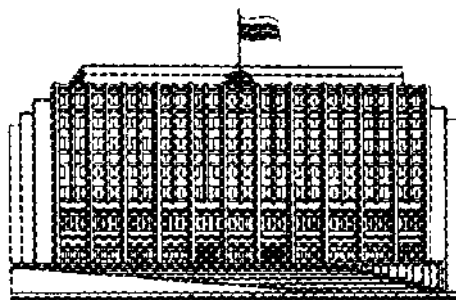


**СОВЕТ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
АНАЛИТИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ АППАРАТА СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ**



Серия: Основные проблемы социального развития России - 76

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

№ 9 (229)

***Проблемы законодательного
обеспечения обязательного
медицинского страхования
в Российской Федерации***

**Москва
2004**



Над выпуском работали:

Г.И. Климантова, заместитель начальника управления – начальник отдела проблем социальной политики Аналитического управления Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, доктор политических наук – редактор вестника;

В.Д. Роик, советник отдела проблем социальной политики Аналитического управления Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, доктор экономических наук, профессор – редактор и составитель вестника;

С.Н. Тимов, консультант отдела проблем социальной политики Аналитического управления Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации – компьютерная верстка и техническая редакция.

Издание подготовлено:

*Аналитическим управлением Аппарата Совета Федерации
103426, Москва, Б. Дмитровка, 26, Совет Федерации,
Телефон: 203-49-36, 203-54-45*

Адрес в Интернет: www.council.gov.ru

Данную версию Аналитического вестника можно получить на сервере Совета Федерации в сети Интранет в разделе «Совет Федерации»

Подписано в печать 22.03.2004 г.

При перепечатке и цитировании материалов ссылка на настоящее издание обязательна



Серия: Основные проблемы социального развития России – 76

Аналитический вестник «Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» под редакцией доктора политических наук Г.И. Климантовой посвящен анализу проблем становления института обязательного медицинского страхования в стране, а также обоснованию важнейших направлений его развития и проблемам законодательного обеспечения.

В числе авторов сборника ученые Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Института экономики РАН, Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации, Омского государственного университета, Самарской государственной экономической академии, специалисты Экспертного управления Администрации Президента Российской Федерации, отдела проблем социальной политики Аналитического управления Аппарата Совета Федерации и комитета по здравоохранению Государственной Думы. В аналитическом вестнике представлены различные точки зрения на решение существующих в данной сфере проблем.

Настоящий вестник приурочен к заседанию «круглого стола» Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему: «Перспективы развития обязательного социального страхования в Российской Федерации и его законодательное обеспечение».

Материалы сборника могут быть полезны членам Совета Федерации и законодательных и исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации в законотворческой деятельности на федеральном и региональном уровнях.



СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Н.Б. Найговзина , заместитель начальника Экспертного управления Администрации Президента Российской Федерации, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации <i>Проблемы охраны здоровья, здравоохранения и возможные меры их решения</i>	7
М.Ю. Федорова , заведующая кафедрой социального права Омского государственного университета, д.ю.н., профессор <i>Правовые аспекты совершенствования российской модели обязательного медицинского страхования</i>	22
В.Д. Роик , советник отдела проблем социальной политики Аналитического управления Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, доктор экономических наук, профессор <i>Медицинское страхование и государственное здравоохранение: проблемы бедности и здоровья</i>	34
Е.В. Кравченко , советник аппарата Комитета Государственной Думы по охране здоровья, к.э.н. Л.С. Ржаницына , главный научный сотрудник Института экономики РАН, д.э.н., профессор <i>Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России</i>	44
В.К. Бочкарева , ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем населения РАН, к.э.н. <i>Перспективы развития медицинского страхования</i>	53



А.Л. Пиддэ, профессор кафедры труда и социальной политики Российской академии государственной службы при Президенте РФ, д.э.н.

Проблемы медицинского страхования в России 58

Е.Н. Шутяк, доцент Самарской государственной экономической академии, к.э.н.

Финансовые аспекты здравоохранения в России: эффективность и проблемы реформирования 67



Введение

Одним из важнейших конституционных прав граждан Российской Федерации является право на охрану здоровья. Здоровье человека носит характер базовых жизненных ценностей, а поэтому организация национальных систем здравоохранения рассматривается как одно из центральных направлений социальной политики государств, которые направляют значительные финансовые и кадровые ресурсы на эти цели. Достаточно отметить, что расходы на здравоохранение составляют 8-10% ВВП в развитых странах мира, и, по оценкам специалистов Всемирной организации здравоохранения, к началу 2001 г. составили около 8% от мирового ВВП.

Уровень развития системы здравоохранения и структура ее базовых институтов определяются комплексом политических, социально-экономических и культурных факторов, существующими в обществе на конкретном историческом этапе, правовыми нормами и моральными ценностями.

Существовавшая в СССР государственная модель здравоохранения в последние десять лет подвергается модернизации. В качестве дополнительных институтов медицинской помощи формируются системы обязательного и добровольного медицинского страхования (далее – ОМС и ДМС).

Правовые, экономические и организационные основы ОМС в России определены законом "О медицинском страховании в Российской Федерации", введенным в действие в 1993 г. Формирование института ОМС с ее специализированным финансово-экономическим механизмом, позволило в сложных условиях перехода к рынку создать независимый (от противоречивого бюджетного процесса и систематической нехватки средств) и стабильный финансовый источник медицинской помощи населению и сделать первые шаги на пути к формированию дополнительной медицинской инфраструктуры и страховых механизмов финансирования здравоохранения.

В настоящее время структура системы ОМС организационно оформилась во всех субъектах Российской Федерации. Законодательно определены субъекты медицинского страхования, в качестве которых выступают: застрахованные (работающие и неработающие граждане), страхователи, страховщики, медицинские учреждения. Их правоотношения регулирует система публично-правовых (законодательно-обязательных) и гражданско-правовых (договорных) отношений. Сформирован кадровый потенциал



системы. Страхователями работающих граждан по ОМС являются работодатели, неработающих граждан – местные администрации субъектов Российской Федерации.

На начало 2004 года договорами об ОМС охвачено около 130 млн. (почти 90%) жителей РФ. На договорной основе с ОМС работает около 6,5 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений и 4,4 стоматологических учреждений.

Средства ОМС занимают второе место среди источников финансирования здравоохранения (около 32% всех затрат). На 2004 год стоимость Базовой программы ОМС, по данным Минфина России, оценивается в 244,3 млрд. рублей.

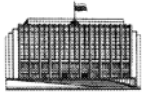
Однако, десятилетний опыт функционирования ОМС свидетельствует о необходимости существенной модернизации медицинского страхования. В условиях бюджетного недофинансирования отрасли здравоохранения средства ОМС оказались по своей сути бюджетно-замещающими, а поэтому страховой ресурс ОМС использовался на другие цели. Это в свою очередь, привело к другой причине слабого развития страховых механизмов: объем и качество медицинского лечения не зависит от накопленных страховых прав застрахованных.

Поэтому дальнейшее развитие ОМС требует внедрения экономико-правовых механизмов, направленных на обеспечение сбалансированности доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам.

Правительство Российской Федерации на своем заседании 15 января 2004 года рассмотрело и в основном одобрило проект федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". На заседании принято решение о доработке указанного проекта федерального закона с учетом высказанных замечаний и внесении его в Государственную Думу. В этой связи, предлагаемый аналитический вестник, подготовленный в преддверии рассмотрения этого крайне важного законопроекта, призван способствовать лучшему пониманию существующих проблем в сфере медицинского страхования и выработке продуманных решений по его совершенствованию.

Заместитель начальника управления – начальник
отдела проблем социальной политики
Аналитического управления Аппарата Совета
Федерации, доктор политических наук

Г.И. Климантова



Проблемы охраны здоровья, здравоохранения и возможные меры их решения

Н.Б. Найговзина, заместитель начальника
Экспертного управления
Администрации Президента
Российской Федерации,
д.м.н., профессор, заслуженный
врач Российской Федерации

Правовая база системы охраны здоровья

В Конституции Российской Федерации (далее - Конституция) определено, что здоровье людей в Российской Федерации охраняется (статья 7) и каждый имеет право на охрану здоровья (статья 41), благоприятную окружающую среду и достоверность информации о ней, возмещение ущерба, причиненного здоровью экологическим правонарушением (статья 42), а также указано, что поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физкультуры и спорта, экологии и санитарно-эпидемиологическому благополучию, финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения (статья 41).

Охрану здоровья населения, вопросы обязательного медицинского страхования Конституция относит к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, **здравоохранение** только в части координации вопросов здравоохранения является предметом их совместного ведения.

Конституция закрепляет право граждан на медицинскую помощь, которая является механизмом социальной защиты. Правовые режимы бесплатной медицинской помощи гарантируются государством за счет средств бюджетов и обязательного медицинского страхования, что свидетельствует об экономическом содержании правовой нормы бесплатной медицинской помощи. Правовой режим платной для граждан медицинской помощи является проявлением конституционных гарантий на медицинскую помощь и свободное развитие.

Конституция определяет (статья 114), что Правительство обеспечивает проведение в Российской Федерации единой государственной политики в области здравоохранения. С этой



целью принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (статья 41).

Федеральным Конституционным Законом о Правительстве Российской Федерации (статья 16) установлено, что Правительство Российской Федерации принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия. При этом в Законе указано на развитие системы бесплатного образования, обеспечение государственной поддержки фундаментальной науки (статья 17), разработку и осуществление мер по развитию физической культуры, спорта и туризма, а также санаторно-курортной сферы (статья 18). Это свидетельствует о том, что данный Федеральный закон определяет здравоохранение как подсистему охраны здоровья.

Федеральным законом «Основы законодательства об охране здоровья граждан» (в дальнейшем - Основы) были дифференцированы понятия охрана здоровья и здравоохранение: охрана здоровья (статья 1) рассматривается как система политических, экономических, правовых, социальных, культурных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мер. Мерами по охране здоровья граждан обеспечивается общественное здоровье, т.е. здоровье населения всей страны и больших групп людей, здравоохранение - обеспечивает индивидуальное здоровье.

Генеральной целью охраны здоровья в соответствии со статьей 8 Основ является поддержание долголетней активной жизни, которое достигается сохранением и укреплением физического и психического здоровья каждого человека, предоставлением ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Неотъемлемое право на охрану здоровья, обеспечиваются **охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда, быта и отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.**

Актуальные вопросы организационной системы охраны здоровья

Формирование институциональных механизмов, обеспечивающих координацию усилий, направленных на обеспечение охраны здоровья, должно обеспечиваться



Правительственной комиссией по охране здоровья граждан. Функциями Комиссии является координация деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и организаций по вопросам реализации государственной политики в области охраны здоровья населения, имеющим общегосударственное значение.

Вместе с тем реализация задач по такому многогранному и сложному вопросу как охрана здоровья населения в рамках Комиссии, осуществляющей свою деятельность на функциональной основе, зачастую носит малоэффективный характер. Это подтверждается и зарубежным опытом функционирования подобных комиссий.

Все вышесказанное указывает на то, что уже в настоящее время необходимо решать задачу формирования общей государственной стратегии «Здоровье для всех» на основе единой структурированной системы охраны здоровья населения, создания государственной статистики общественного здоровья и разработки механизмов взаимодействия системы охраны здоровья с другими системами, равно как взаимосвязей с собственными подсистемами.

Необходимость и срочность ее принятия определяется ухудшением популяционного и индивидуального (личного) здоровья населения, пониманием приоритета сохранения и укрепления здоровья, потребностью в оптимизации затрат на здравоохранение и растущим спросом на качественные медицинские услуги.

Приоритетом должно стать формирование системы охраны здоровья, а все ее компоненты должны стать самостоятельными подсистемами. Система охраны здоровья, сформированная структурно, должна определяться показателями, характеризующими каждую ее составляющую. В этом случае появится реальная возможность оценивать влияние на здоровье населения всех включенных в систему компонентов, в том числе и здравоохранения.

В настоящее время наименее разработаны показатели, позволяющие оценить влияние на здоровье факторов социально-экономического благополучия, здорового образа жизни, влияния экологии. Однако это может быть достигнуто в рамках социально-гигиенического мониторинга, реализуемого в соответствии с положением утвержденным Правительством Российской Федерации.

В основу формирования систем охраны здоровья и здравоохранения должны быть заложены принципы



государственной ответственности за здоровье граждан и ответственности граждан за свое здоровье.

Вместе с тем за последние несколько лет Россия регрессировала по основным показателям здоровья населения: уровню смертности и средней продолжительности жизни, заболеваемости и инвалидности населения, в том числе в связи с проблемами в системе здравоохранения.

В настоящее время необходима модернизация и повышение эффективности здравоохранения исходя из главного приоритета – сохранение и укрепление здоровья человека. В этой связи возрастает значимость системы здравоохранения как важного компонента обеспечения здоровья населения.

Здравоохранение как социальный институт, воздействуя на формирование и эффективное использование человеческого капитала, может выступать в качестве социальной предпосылки экономического роста, фактора обеспечения конкурентоспособной экономики страны на мировом рынке.

Задача удвоения ВВП требует, в свою очередь, ответа на ряд вопросов. Например, какой уровень здоровья граждан России обеспечит этот прирост и какой вклад здравоохранения и других составляющих системы охраны здоровья (политической стабильности, уровня доходов населения, состояния окружающей среды, качества питания, транспортной и экономической доступности медицинской помощи) необходим для этого.

К основным проблемам системы здравоохранения следует отнести следующее:

- конституционные гарантии бесплатной медицинской помощи носят декларативный характер и не сбалансированы с финансовыми ресурсами, а права граждан на ее получение четко не определены. По данным ВОЗ Россия находится в предпоследней пятерке из 196 стран по реализации такой цели здравоохранения как "справедливое финансирование". На практике это означает снижение доступности медицинской помощи определенного качества для основной части населения. В результате человек, имеющий низкие доходы, не может получить необходимую ему, по состоянию здоровья, медицинскую помощь. Как следствие, нарастает платность при получении медицинской помощи, в том числе в теневых формах;

- управление ресурсами здравоохранения осуществляется неэффективно, используемая бюджетно-сметная модель финансирования консервирует избыточную сеть медицинских



учреждений.

Направление дополнительных средств в здравоохранение в связи с неэффективностью ее организационно-финансовых механизмов не изменит ситуацию.

Имеются диспропорции между видами и уровнями медицинской помощи - приоритет отдается дорогостоящим стационарным методам лечения. Из-за отсутствия финансовых стимулов эффективного хозяйствования страдает качество предоставляемой медицинской помощи при возрастающих издержках. Федеральный центр не выполняет в должной мере регулирующие функции по выравниванию условий предоставления медицинской помощи:

- *страховые принципы финансирования здравоохранения не получили должной реализации. Системы обязательного страхования рисков, связанные со здоровьем граждан, страхование на случай болезни, от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, по временной нетрудоспособности в связи с болезнью и другие разобщены;*

- *обязательное медицинское страхование не ввело страховые механизмы, способствующие развитию конкуренции и не включило в оборот здравоохранения необходимого объема финансовых ресурсов, не стало механизмом их эффективного расходования;*

- *работники здравоохранения относятся к одной из самых мало оплачиваемых категорий. Система и уровень оплаты труда не мотивируют их к качественной и результативной работе;*

- *отмечается увеличение стоимости новых медицинских технологий и рост затрат на здравоохранение, что обостряет проблему экономической эффективности использования ресурсов;*

- *происходит усиление импортозависимости по лекарственным средствам и медицинской технике и оборудованию;*

- *отсутствие системообразующих законов, регулирующих сферу здравоохранения, не позволило сформировать единство этого социального института, а переход к частноправовому регулированию данных отношений привел к ослаблению управляющей функции государства, не сформированы и рыночные отношения между субъектами системы здравоохранения;*

- *существующая многоканальность финансирования и различный правовой режим расходования финансовых средств бюджетов всех уровней, обязательного и добровольного*



медицинского страхования, платных услуг, является одной из причин их неэффективного расходования;

- наблюдается потеря системности и управляемости отраслью при сохранившихся органах управления всех уровней;

- отмечается нечеткость разделения компетенции Российской Федерации, ее субъектов и органов местного самоуправления. Процесс делегирования полномочий для здравоохранения прошел в двух направлениях: по вертикали по разделению компетенции - государственное и муниципальное здравоохранение, что можно рассматривать как децентрализованный вариант реализации прав и гарантий граждан, а также частное, и по горизонтали по разделению функций – общественное, ведомственное. При этом между подсистемами, нет четких границ, недостаточно конкретно содержание их деятельности и критерии оценки результатов;

- противоречивость статуса медицинских учреждений. Конституция определила, что государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают бесплатную для граждан медицинскую помощь, а нормы Гражданского Кодекса Российской Федерации определяют, что учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируется им полностью или частично.

При недостаточности денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам учреждения несет собственник имущества. В реальной жизни учреждение вынуждено самостоятельно зарабатывать недостающие денежные средства для обеспечения своей деятельности за счет оказания платных услуг. В результате в здравоохранении в одном ряду на основе государственной и муниципальной собственности одновременно реализуются и государственные, и рыночные отношения.

Формирующиеся рыночные отношения на основе различных видов собственности изменили здравоохранение как социальный институт, в котором остались прежние принципы финансирования сети учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами. При этом государственные и муниципальные учреждения здравоохранения вынуждены приобретать материально-технические ресурсы по рыночным ценам. Возник дисбаланс доходов и расходов учреждений.

До настоящего времени развитие здравоохранения в нашей



стране не приобрело характер зависимости от потребностей граждан, как потребителей медицинской помощи. Человек не стал центральной фигурой при формировании правоотношений на получение медицинской помощи, Потребности человека, государства, направленные на обеспечение необходимого уровня здоровья, не стали основой формирования организационно-экономической модели здравоохранения.

Концептуальные основы совершенствования системы здравоохранения в России

Основными принципами реформирования здравоохранения должны стать:

- *соответствие организационно-правовых и экономических преобразований в отрасли необходимому уровню здоровья населения, с одной стороны, и социально - экономическим преобразованиям, происходящим в стране, и ресурсным возможностям государства, с другой;*
- *системность и сбалансированность, эволюционный характер изменений и их этапность, необходимый темп реформирования;*
- *вовлеченность в процесс реформирования работников системы здравоохранения, ассоциаций специалистов и граждан;*
- *применение мирового и отечественного опыта развития здравоохранения, учет потребностей общества, традиций, обычаев народов России;*
- *определение приоритетов и соблюдение баланса частных и публичных интересов в сфере здоровья (для государства - интересов, связанных с общественным здоровьем, а для человека - с личным здоровьем), возможности современных медицинских технологий.*

Реформирование здравоохранения должно основываться на национальных целях, стратегии приоритетов, оптимальном использовании ресурсов и целостном подходе.

В основе предлагаемых мер должен быть заложен принцип конкретизации государственных гарантий медицинской помощи для человека на социально приемлемом уровне при обеспечении баланса ресурсов и обязательств системы здравоохранения по оказанию медицинской помощи надлежащего качества, с использованием следующих направлений:

1. Развития стандартизации в здравоохранении, как основы реструктуризации медицинской помощи.



На федеральном уровне целесообразно устанавливать требования к лечебным учреждениям, ресурсному их обеспечению в зависимости от их категории (перечням международных технических изделий медицинского назначения, лекарственных средств), применяемым медицинским технологиям, условиям комфортности для пациентов, совершенствуется номенклатура медицинских учреждений, а также клинические рекомендации по заболеваниям. Субъекты Российской Федерации вправе на своей территории предусматривать более широкие гарантии населению.

2. Распределения обязанностей по финансированию медицинской помощи между государством, работодателями и гражданами.

3. Перевода лечебных учреждений на одноканальное финансирование. Цены на их услуги должны отражать реальные затраты медицинских учреждений и устанавливаться в результате коллективных переговоров с участием профсоюзов, работодателей, профессиональных медицинских ассоциаций и органов власти соответствующего региона. Это позволит внедрить доказавшие свою эффективность в ряде территорий способы оплаты медицинских услуг по объемам деятельности, мотивирующие лечебные учреждения повышать качество услуг и одновременно сокращать издержки.

Переход к полным тарифам, целесообразно, осуществить поэтапно. Для этого предлагается на первом этапе включить в тариф и обеспечить полное возмещение расходов, связанных непосредственно с оказанием медицинских услуг, а оплату расходов на содержание и развитие медицинских учреждений сохранить за собственником. При этом должны быть установлены правила, регламентирующие эффективное использование государственной и муниципальной собственности.

При доведении сети учреждений здравоохранения до оптимальной численности, возможно, будет осуществлен переход на оплату по полному тарифу, обеспечивающему возмещение всех расходов, по аналогии с частными медицинскими учреждениями.

4. Осуществления реструктуризации медицинской помощи, направленной на сокращение издержек и формирование модели управляемой медицинской помощи на основе планирования объемов медицинской помощи и ее ресурсного обеспечения; развития менее затратных форм организации медицинской помощи, ресурсоемкой медицинской помощи:

- усиление профилактического направления в



здравоохранении на основе формирования новой тарифной политики;

- поэтапного перехода от трехзвенной системы оказания медицинской помощи (врач - медсестра - санитарка) к двухзвенной (врач - медсестра). Функцию обслуживания больных и содержания больниц целесообразно перевести на договорную форму со специализированными для этих целей организациями, включение профессиональных медицинских ассоциаций в формирование системы стандартизации в здравоохранении и работу, направленную на сокращение издержек;

- перехода от двухэтапной системы организации медицинской помощи, включающей поликлинику и больницу, к многоэтапной системе и формирование моделей организации медицинской помощи в зависимости от плотности населения, места проживания (город, село), профилей заболеваемости, территориальной доступности медицинской помощи, включая:

- *развитие института общей врачебной практики рассматривать как расширение функций участкового терапевта, участкового педиатра и приобретение ими отдельных функций врачей-специалистов (ВОП для взрослого населения, ВОП для детского населения), а также изменение возраста пациентов - модель семейного врача, которую более целесообразно реализовать преимущественно в сельской местности и небольших городских поселениях, в том числе самостоятельно - хозяйствующего субъекта;*
- *развитие модели многопрофильных поликлиник, объединяющих педиатрическую, терапевтическую и акушерско-гинекологическую помощь, включение их в единые центры с больницей;*
- *совершенствование и продвижение модели организации медико-социальной помощи, включающей медицинский уход, контроль назначений и выполнение назначений, реализуемый на дому и в специализированных отделениях сестринского ухода в структуре больниц на основе долевого участия средств социального обеспечения и здравоохранения;*
- *создание нормативной базы, обеспечивающей развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи, включая доступность для амбулаторных больных высокоспециализированной медицинской помощи в больничных учреждениях;*



- *проведение медико-экономического анализа деятельности службы скорой помощи, разработка клинических рекомендаций, позволяющих врачу-диспетчеру верифицировать показания для неотложной помощи на дому, транспортировке в стационар и оказания неотложной помощи, включая необходимый объем диагностических исследований в специализированном отделении краткосрочного пребывания больницы;*
- *разработку модели центра самопомощи для городов, особенно крупных (имеются зарубежные аналоги).*

По экспертным оценкам итогом проведения реструктуризации медицинской помощи должно стать снижение необходимости лечения в больничных условиях в 3-4 раза. Сэкономленные средства можно направить на развитие медицинских технологий, что, в свою очередь, обеспечит медико-экономический эффект без снижения доступности медицинской помощи для граждан.

Реструктуризация должна обеспечить перегруппировку ресурсов внутри и между звеньями, этапами и уровнями медицинской помощи в целях использования наилучших и наименее затратных решений с учетом меняющихся потребностей в услугах.

Перемещение ресурсов от оплаты больничной помощи к оплате амбулаторной помощи, в том числе оказываемой в больницах (сокращение направления финансовых средств на стационарный этап медицинской помощи с 70% до 50% от объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи), должно обеспечить более рациональное их использование. Многоэтапность медицинской помощи должна обеспечить направление пациента в то учреждение и к тем специалистам, где ему будет оказана медицинская помощь, эффективная с клинической и экономической точек зрения;

5. Перехода от бюджетного содержания медицинских учреждений к принципу оплаты оказанных ими пациенту услуг. Значительной части учреждений предполагается законодательно предоставить большую самостоятельность и гибкость в использовании ресурсов, при обеспечении их прозрачности для государства и общественности, что должно привести к оптимизации сети учреждений.

Средства, высвобожденные в результате оптимизации системы здравоохранения, станут существенным «инвестиционным» ресурсом отрасли.

6. Перехода к системе интенсивных финансовообразующих



показателей деятельности учреждений здравоохранения, зависящих от объема деятельности и качества труда (прикрепленный пациент в поликлинике, выбывший больной в стационаре, процент охвата профилактическими мероприятиями и т.д.);

7. Совершенствования системы страхования, повышение эффективности использования финансовых средств на основе объединения однородных рисков, связанных со здоровьем работающего населения: риска утраты заработка и риска необходимости получения медицинской помощи при болезни или травме. Это сформирует экономическую мотивацию к повышению интенсивности лечения, проведению профилактических и реабилитационных мероприятий. Средства, затраченные по этим направлениям, приведут к сокращению выплат по временной или стойкой утрате трудоспособности.

В рамках медико-социального страхования предоставляются все гарантированные виды медицинской помощи, реализуя принцип оплаты лечения каждого застрахованного из одного, а не нескольких источников.

С целью балансировки ресурсов и обязательств по медико-социальному страхованию работающего населения Федеральным законом устанавливается ставка страхового взноса, исчисляемая в процентах от фонда оплаты труда. Кроме того, федеральным законодательством устанавливается порядок ежегодного определения субъектами Российской Федерации *минимальной суммы страхового взноса* (в части медицинского страхования) на одного застрахованного.

Такая мера позволит приблизить отчисления работодателей на медико-социальное страхование работников к реальной стоимости страховой защиты (стоимости страхового года) и, кроме того, соответствует курсу на противодействие теневым формам выплаты заработной платы.

Страхование неработающих граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, возможно, осуществлять в форме государственного медицинского страхования¹.

Обязательства региональных органов власти по взносам на медицинское страхование неработающего населения должны определяться не самими региональными властями исходя из имеющихся средств, а исходя из методики расчета подушевого

¹ Государственное медицинское страхование – вид страхования, осуществляемый за счет бюджетов всех уровней.



норматива финансирования (стоимости страхового года), носящей обязательный характер и обеспеченной доходными источниками бюджетов субъектов Российской Федерации.

Человек, а не медицинское учреждение, должен стать центральной фигурой в системе правоотношений по поводу получения медицинской помощи. При этом у него необходимо сформировать понимание здоровья, как блага, общественно и государственно-значимого, и осознанную потребность в получении им медицинской помощи, обусловленную информированностью о показателях заболеваемости, смертности, инвалидности, реальных возможностях здравоохранения и медицинской науки.

Медицинские услуги должны предоставляться тем медицинским учреждением, которое выбрал человек, деньги должны следовать за пациентом, при этом необходимо исключить многократное прикрепление граждан к различным медицинским учреждениям.

Правила доступа медицинских организаций, в том числе ведомственных и частных, к работе в системе страхования должны быть просты и прозрачны, стимулируя конкуренцию между ними организаций.

8. Реализация конституционного принципа свободного развития, стимулирование развития добровольного медицинского страхования, осуществляемого работодателем, и (или) работником, как солидарной формы оплаты дополнительных медицинских услуг для себя и неработающих членов семьи и более эффективной по сравнению с формой их прямой оплаты. Мерами в этом направлении могли бы стать частичный зачет взносов на ОМС в счет платежей по добровольному страхованию работников и членов их семей, а также стимулирующий налоговый режим таких платежей работников и работодателей.

Дальнейшим шагом могло бы стать поэтапное введение обязательного медицинского семейного страхования², на первом этапе - для высокодоходных групп, работающих граждан. При этом они могут стать страхователями своих детей и, возможно, других неработающих членов семьи.

9. Формирование программы государственных гарантий предоставления гражданам медицинской помощи должно осуществляться на иных принципах.

В настоящее время программа формируется на основе

² Обязательное медицинское страхование-вид страхования, которое осуществляется за счет страховых взносов, уплачиваемых работодателем и/или работником.



объемных показателей деятельности медицинских учреждений и гарантирует им возможность произвести эти объемы медицинской помощи в соответствии с заданием, получить соответствующее финансирование, т.е. является инструментом оценки эффективности государственных расходов и управления ресурсами государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Необходима Программа, гарантирующая гражданам получение необходимого (базового) пакета медицинских услуг.

10. Изменение кадровой политики в отрасли. Процессы формирования и использования медицинских кадров существенно отличаются от общих тенденций занятости экономически активного населения. В целом по стране рост занятости в социальной сфере, в том числе в здравоохранении, возрос в полтора раза, а темпы движения работающих снизились. Формирование кадрового состава отрасли по врачебным и сестринским специальностям происходит неравномерно. За последние тридцать лет число занятых должностей врачей увеличилось в два раза, медицинских сестер - на 30%.

Неуклонное возрастание числа врачей при уменьшении численности средних медицинских работников может быть мерой компенсации дефицита современных медицинских технологий и неэффективной организации труда. Недостаточное количество младшего медицинского персонала приводит к тому, что часть их обязанностей переходит к среднему медицинскому персоналу, а часть функций среднего медицинского персонала - к врачам. В результате нарушается система распределения обязанностей и снижается качество медицинской помощи.

Сравнение же численности врачебного персонала в России и других странах показало, что по обеспеченности врачами в абсолютном выражении Россия находится на высшей ступеньке распределения, а по числу врачей по отношению к численности населения, Россия уступает большинству развитых стран. Поэтому необходимо изменить соотношение должностей врач - средний медработник в пользу средних медицинских работников.

Принципиальным вопросом является повышение уровня оплаты труда не менее чем в три-пять раз. В противном случае любые попытки реформировать здравоохранение не будут успешны из-за сохранения теневого рынка медицинских услуг.

Необходимой мерой должно стать совершенствование нормативной базы по труду. Так, например, существующая система разделения больничных учреждений по коечной мощности, от которой зависит финансирование и формирование оплаты труда



руководителей, является серьезным сдерживающим фактором реструктуризации коечной сети. Основой формирования должны стать показатели деятельности, отражающие конкретный объем и уровень медицинской помощи.

Одной из мер закрепления кадров в сельской местности может быть введение повышающего коэффициента доплат медицинским работникам, сельских медицинских учреждений, причем, чем дальше от городского поселения, тем выше коэффициент доплаты.

11. Изменение системы подготовки кадров должно включать: обучение вопросам экономики здравоохранения и стандартизации, подготовку новых учебников по клиническим специальностям для медицинских высших учебных заведений, основанных на доказательной медицине и, включающих обучение по стандартизации в здравоохранении.

12. Сокращение расходов на лекарственное обеспечение:

- *крупная упаковка лекарственных средств для применения в медицинских организациях;*
- *введение метода одно-дозовой раздачи лекарств;*
- *введение организационных и экономических мер борьбы с полипрагмазией (формулярная система и система дотирования эффективных лекарственных средств).*
- *разработка механизма реинвестирования в здравоохранение сэкономленных средств.*

13. Возрастание роли правового регулирования в сфере здравоохранения, в т.ч. необходим закон о здравоохранении в Российской Федерации, закрепляющий принципы единства системы здравоохранения и медицинского страхования; содержание, особенности правового режима и юридические гарантии одноканального финансирования медицины; конкретизация полномочий муниципальных образований, субъектов Российской Федерации и Российской Федерации и их разграничение.

14. Развитие частной системы здравоохранения, как цивилизованного рынка предложения и потребления медицинских услуг.

Успех реформы здравоохранения зависит от темпа вовлеченности в процесс реформирования всех субъектов системы, прежде всего граждан, работников системы здравоохранения, включая ассоциации специалистов, работодателей и соответствовать социально-экономическим преобразованиям в стране и ресурсным возможностям государства.

Можно ожидать следующие последствия предлагаемых мер:
для населения - повышение доступности и качества



медицинской помощи, повышение ответственности граждан за состояние здоровья, формирование навыков рационального поведения на рынке медицинских услуг;

для медицинских работников - возможность легально получать достойную заработную плату в соответствии с объемом и качеством оказываемых услуг;

для государства - сохранение и укрепление здоровья граждан.

Здравоохранение, как социальный институт, должно участвовать в формировании ответственности экономически активного населения трудоспособного возраста за свое здоровье, активной их позиции в решении социальных вопросов и ответственности за здоровье неработающих членов семьи. При этом государство может передать работодателю функции и ответственность по формированию нового стиля социально-экономического поведения граждан трудоспособного возраста через использование финансовых инструментов (страхования, кредитов, предоставления налоговых льгот и т.д.), точкой приложения которых должен стать человек, его здоровье.

Вовлечение человека, семьи в целом, в использование финансовых инструментов, обеспечивает реализацию прав граждан, как субъектов правоотношений социальных институтов (здравоохранение, образование, жилье, культура и т.д.).

При этом необходимо трансформировать социальные институты таким образом, чтобы их организационные структуры были самостоятельными хозяйствующими субъектами, заинтересованными в объеме и качестве произведенного ими труда и обеспечивающими достойную оплату труда и качество жизни своим работникам.

Государство же должно усилить заботу о тех категориях неработающих граждан, которые в силу возраста или состояния здоровья (дети, пенсионеры и т. д.) нуждаются в этом. В таком случае должна возрастать роль федерального центра наряду с органами исполнительной власти и местными администрациями в обеспечении социальных обязательств государства (например, со платежи Пенсионного фонда за неработающих пенсионеров).

Таким образом, требуется парадигма новой социальной политики, направленной на развитие экономических основ социальных институтов, формирование активного социально-экономического поведения трудоспособных членов общества и обеспечение повышенной социальной защиты людей, в силу возраста или болезни, нуждающихся в особой заботе.



Правовые аспекты совершенствования российской модели обязательного медицинского страхования

М.Ю. Федорова, заведующая кафедрой социального права Омского государственного университета, д.ю.н., профессор

Правовая природа медицинского страхования

Медицинское страхование определяется в законодательстве как форма социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья. Оно может осуществляться в двух видах – обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование (далее – ОМС) является составной частью государственного социального страхования и призвано обеспечить всем гражданам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи за счет страховых средств в объеме и на условиях, определяемых соответствующими программами.

Добровольное медицинское страхование является гражданско-правовым личным страхованием, объектом которого выступают имущественные интересы застрахованных лиц в области получения квалифицированной медицинской помощи.

Законодательство о медицинском страховании весьма обширно. Оно включает в себя как законы федерального и регионального уровней, так и подзаконные нормативные акты (постановления Правительства, приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации и т.д.).

Основным среди этих нормативных актов является Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г., который регулирует оба вида медицинского страхования – и обязательное, и добровольное, что вызывает серьезные возражения, поскольку последние различаются по отраслевой природе, по кругу субъектов, по основаниям возникновения соответствующих отношений и т. д.

Кроме того, Закон о медицинском страховании был принят достаточно давно и в целом не подвергался сколько-нибудь существенным изменениям и дополнениям, хотя эффективность содержащихся в нем правовых норм признается специалистами крайне низкой.



Обязательное медицинское страхование, представляя собой один из видов обязательного социального страхования, должно регулироваться специальным законом, необходимость принятия которого предусматривается Федеральным законом от 16 июля 1999 г. «Об основах обязательного социального страхования».

При разработке проекта этого закона необходимо учесть имеющийся национальный опыт организации ОМС, как положительный, так и негативный, а также обеспечить его согласованность с другими нормативными актами, регулирующими отношения по социальному страхованию и отношения в сфере охраны здоровья населения (Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, федеральными законами о лекарственных средствах, об иммунопрофилактике инфекционных болезней и др.).

Характеризуя ОМС как вид обязательного социального страхования, необходимо подчеркнуть его особенности в сравнении с другими разновидностями: пенсионным, страхованием на случай временной нетрудоспособности, страхованием профессиональных рисков.

К их числу следует отнести, во-первых, специфику социального риска, который должен компенсироваться в системе ОМС, во-вторых, особенности субъектного состава, в-третьих, установление специальных правил формирования финансовой системы ОМС, в-четвертых, предоставление обеспечения по страхованию в натуральной форме и отсутствие дифференциации при предоставлении медицинских услуг в зависимости от степени страхового социального риска.

Объект ОМС. *В отличие от других видов социального страхования ОМС является всеобщим, охватывает как экономическим активное население, так и неработающее (пенсионеров, детей, учащихся, студентов, безработных)* (ст. 2 Закона о медицинском страховании граждан).

Несмотря на то, что медицинская помощь тех или иных видов необходима всем, характер социального риска, которому подвергаются указанные категории населения, существенно различается. Если объектом социального страхования является социальный риск как предполагаемое событие, влекущее изменение материального и (или) социального положения застрахованного лица, то объектом ОМС, как следует из ст. 7 Федерального закона об основах обязательного социального страхования, выступает необходимость получения медицинской помощи.

По нашему мнению, медицинское страхование выступает



формой страхования расходов на медицинскую помощь, то есть позволяет защищать доходы населения на случай несения повышенных социально значимых расходов. Страхование становится возможным только в том случае, если все охваченные им лица подвержены страховому риску примерно в равной степени. Поэтому в системе ОМС осуществляется покрытие только расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, предусмотренной Программой ОМС, которая не включает лечение некоторых видов заболеваний, которые проводятся за счет средств бюджетов различных уровней.

Субъекты ОМС. Основными субъектами ОМС являются застрахованные лица, страхователи и страховщики. Выше отмечалось, что ОМС распространяется на все население, но в зависимости от социального статуса застрахованных различаются и страхователи. Так, страхователями наемных работников выступают работодатели. Самозанятые граждане являются одновременно и страхователями, и застрахованными. В отношении неработающего населения страхователями будут органы исполнительной власти субъекта РФ или органы местного самоуправления, на которые возлагается обязанность по уплате страховых платежей.

В соответствии с законом, страховые медицинские организации выступают в качестве страховщика. Помимо договора ОМС, заключаемого со страхователями, они должны заключить договоры с медицинскими учреждениями о предоставлении медицинских услуг застрахованному контингенту и обеспечить реализацию прав граждан на медицинскую помощь в системе ОМС. Страховые организации – это коммерческие организации любой организационно-правовой формы. В соответствии с Положением о них, утвержденным постановлением Совета Министров-Правительства РФ от 11 октября 1993 г.³, они обязаны осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе.

Средства, поступившие из Фонда ОМС, используются на оплату медицинских услуг, на расходы по ведению дела по ОМС, формирование резервов и оплату труда работников. Доход страховой организации образуют средства, сэкономленные на ведении дела по ОМС. Получается, что страховая организация, главной задачей которой является осуществление контроля за объемом и качеством медицинских услуг, непосредственно заинтересована в том, чтобы эти услуги оказывались некачественно, что дает ей право отказывать в оплате услуг либо

³ Собрание актов Президента и Правительства РФ. 1993. № 44. Ст. 4198.



снижать ее.

При этом необходимо подчеркнуть, что страховая организация, являясь коммерческой, распоряжается средствами ОМС. Налицо коммерциализация государственных функций. Это противоречит ст. 6 Федерального закона об основах обязательного социального страхования, предусматривающей, что в данной системе страховщиком могут выступать только некоммерческие организации.

Неслучайно во многих субъектах Российской Федерации отказались от страховой модели организации ОМС, в которой страховщиками являются только страховые медицинские организации. Так, 36 субъектов Федерации используют смешанную модель, в которой страховщиками являются и страховые организации, и фонды ОМС. В 16 регионах применяется «фондовая» модель, страховщиками выступают фонды, а страховые организации задействованы только в системе добровольного медицинского страхования. «Условная», или «нулевая» модель ОМС в 1995 г. существовала в 18 субъектах Федерации. Собранные фондами средства передавались органам управления здравоохранением.

Наиболее эффективной специалисты считают вторую, смешанную модель, при которой до исполнителя услуги доходило 98,6 % средств ОМС. Фондам ОМС функции страховщика были предоставлены на переходный период, но, как видно из приведенных данных, они заинтересованы в сохранении своих полномочий и их расширении. В большинстве стран, использующих страховую модель организации здравоохранения, ОМС осуществляют государственные или квазигосударственные структуры, подобные нашим фондам.

Если буквально следовать Федеральному закону об основах обязательного социального страхования (ст. 6, 11, 21 и др.), страховщиком в системе ОМС выступают фонды⁴.

Во-первых, в качестве страховщиков могут выступать лишь некоммерческие организации, к числу которых можно отнести внебюджетные социальные фонды, включая фонды ОМС. Во-вторых, именно в компетенцию фондов входит формирование страхового фонда, сбор страховых платежей за неработающее население, регистрация страхователей и ведение их учета и т. д. К ведению страховых организаций относится только такое

⁴ Типовые правила ОМС граждан, которые утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 3 октября 2003 г., предусматривают право территориальных фондов ОМС выполнять полномочия страховщика (см., например, п. 5.5.) // Рос. Газ. 2003.31 декабря.



полномочие страховщика, как своевременная выплата страхового обеспечения.

Точнее, в системе ОМС страховые организации осуществляют оплату оказанных застрахованным лицам медицинскими учреждениями услуг, поэтому более правильно говорить о том, что страховое обеспечение в натуральной форме предоставляют медицинские учреждения в соответствии с теми договорами, которые с ними заключили страховые организации.

Можно сделать вывод, что в системе ОМС имеет место ситуация, когда полномочия страховщика распределены между фондами и страховыми организациями, своеобразный «дуализм страховщика», причем функции по непосредственному предоставлению обеспечения выполняют медицинские учреждения.

Финансовая природа медицинского страхования

С введением в действие второй части НК РФ фонды ОМС как страховщики утратили такие важные полномочия, как сбор страховых взносов за работающее и samozанятое население в составе единого социального налога или специальных налоговых режимов. Сбор налогов осуществляют органы Министерства РФ по налогам и сборам. Собранные средства через органы федерального казначейства передаются фондам, а затем направляются ими страховым медицинским организациям, которые, в свою очередь, перечисляют их медицинским учреждениям как плату за оказанные застрахованным гражданам услуги по ОМС.

Таким образом, с введением единого социального налога усложнился механизм прохождения денежных средств ОМС, увеличилось количество промежуточных звеньев. Особенно актуально это применительно к ОМС неработающего населения, которое фактически осуществляется за счет региональных или местных бюджетов. Органы исполнительной власти субъектов федерации или органы местного самоуправления ежемесячно перечисляют в территориальные фонды ОМС 1/3 квартальных расходов соответствующих бюджетов на здравоохранение⁵.

Размеры страховых платежей местной администрации за неработающее население основаны на нормативных актах о местном бюджете, совершенно не учитывают степень страхового риска и с учетом этого не позволяют полностью возмещать расходы

⁵ См.: Инструкция о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование, утв. пост. Совета Министров-Правительства РФ от 11 октября 1993 г. // Собрание актов Президента и Правительства РФ. 1993. № 44. Ст. 4198.



на лечение представителей соответствующих категорий, к которым относятся, в первую очередь, пенсионеры, чаще других обращающиеся за медицинской помощью.

Поскольку местные бюджеты образуются за счет налоговых поступлений, в системе ОМС осуществляется перераспределение средств между поколениями. Статистика свидетельствует о том, что России из 127,1 млн. человек (86,7 % населения, охваченного ОМС), 55 млн. (37,5 %) составляют работающие и 72,1 млн. (49,2 %) неработающие. Удельный вес страховых платежей за неработающее население в финансовой системе ОМС – 23,4 %, в то время, как доля неработающих в общей массе населения – 57 %⁶.

Такая ситуация обусловлена в том числе демографическим кризисом: старением населения, падением рождаемости и т. д. Отсюда – стремление увеличить финансовую нагрузку на работающее население. При введении ОМС в 1992 г. было определено, что для финансирования программы обязательного медицинского страхования тариф взносов должен был составить 8%, а по отдельным субъектам РФ показали, что тариф должен составлять от 7 до 18% фонда оплаты труда с учетом численности и состава населения, состояния здоровья граждан и других факторов. Установление гораздо более низкого тарифа было обусловлено тем, что общая социально-страховая нагрузка не должна, по оценкам экономистов, превышать 40 % фонда оплаты труда.

В российской модели ОМС, таким образом, имеет место двойное перераспределение: с одной стороны, экономически активное население платит налоги в бюджеты, которые используются в том числе на финансирование здравоохранения, с другой – платит страховые взносы, но пользуется медицинскими услугами гораздо реже, чем неработающее население, при этом зачастую не имея возможности получить медицинскую помощь за счет страховых средств и поэтому оплачивает оказанные услуги самостоятельно.

Для решения проблемы страховых платежей за неработающее население начиная с 2003 года применяется новая схема, которая предполагает заключение соглашений между органами исполнительной власти субъекта РФ и Пенсионным фондом России (далее - ПФР). В соответствии с соглашениями из ПФР перечисляются дополнительные платежи за неработающих

⁶ См.: Дахов И.Г. Отчет о результатах комплексной ревизии исполнения доходных и расходных статей бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 1999 г. // Бюллетень Счетной палаты РФ. 2000. № 9 (33). С. 153.



пенсионеров, которые получают трудовые пенсии по старости при условии уплаты органами исполнительной власти страховых платежей на ОМС неработающего населения в объеме не ниже платежей ПФР⁷.

За счет дополнительных финансовых ресурсов должна оказываться адресная медицинская помощь указанным категориям пенсионеров. Если в 2003 году в бюджете ПФР на эти цели было предусмотрено 1,5 млрд. руб., то в 2004 году – уже 6,5 млрд. руб. (в расчете на одного пенсионера – 580 руб.). С 18 до 50 увеличится число регионов-участников эксперимента⁸. Несмотря на положительную оценку его результатов в СМИ, данный эксперимент наглядно демонстрирует наличие свободных финансовых ресурсов в пенсионном страховании и их нецелевое использование, что не способствует достижению целей пенсионной реформы.

Уровень помощи по медицинскому страхованию

В ст. 8 Федерального закона от 16 июля 1999 г. в качестве обеспечения по ОМС названа оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи.

Объем социально-страхового обеспечения, предоставляемого в натуральной форме – это перечень услуг, которые может получить застрахованное лицо с их оплатой за счет средств социального страхования. Объем обеспечения по ОМС означает перечень медицинских услуг, которые застрахованные могут получить за счет страховых средств. Он определяется в Федеральной и территориальных программах ОМС, точнее, в тех разделах программ, в которых перечисляются виды медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ, граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. При этом базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, утвержденной

⁷ Пост. Правительства от 17 марта 2003 г. «О дополнительном финансировании в 2003 г. расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам» // СЗ РФ. 2003. № 12. Ст. 1135.

⁸ Невинная И. Кто заплатит за бесплатного пациента // Рос. Газ. 2004. 15 января.



постановлением Правительства РФ от 26 октября 1999 г. (далее – Программа государственных гарантий)⁹.

К недостатку этих программ можно отнести крайне малый удельный вес профилактических мероприятий. Так, несмотря на то, что Программа государственных гарантий относит к амбулаторно-поликлинической помощи проведение профилактических мероприятий, базовая программа ОМС говорит о предоставлении этого вида помощи при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за некоторыми исключениями), новообразованиях, болезнях различных органов и систем и прочих расстройствах и нарушениях.

Это совершенно не согласуется с провозглашенным в ст. 2 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (далее – Основы) принципом приоритета профилактических мер. А ведь любую болезнь легче предупредить, чем лечить, и не только легче, но и дешевле как для отдельного человека, так и для общества в целом.

Поэтому значительную долю в программе ОМС должны занимать меры профилактики и ранней диагностики заболеваний, как это делается, например, в ФРГ. Там программы страхования на случай болезни предусматривают санитарное просвещение застрахованных, профилактику стоматологических заболеваний, ежегодные обследования по раннему распознаванию рака у женщин начиная с 20 летнего возраста, а у мужчин начиная с 45 лет.

Важно и то, что в Германии супруги и дети охвачены единой страховой программой, застрахованы в той же больничной кассе, что и застрахованные¹⁰. Это позволяет развивать так называемую общую врачебную практику.

В нашей стране чаще всего дети застрахованы в муниципальных страховых компаниях, а каждый из родителей – в страховой медицинской организации, которая избрана их работодателем. Поэтому вряд ли можно говорить о том, что в ближайшее время у каждой российской семьи появится семейный врач и будут реализованы важнейшие принципы охраны здоровья семьи, закрепленные в ст. 22 Основ.

Не реализуется и право застрахованных на выбор врача, предусмотренное ст. 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ».

Не менее остро сегодня стоит проблема лекарственного

⁹ СЗ РФ. 1999. № 44. Ст. 5322.

¹⁰ См., например: Бабич А. М., Егоров А. К., Жильцов Е. Н. Экономика социального страхования. М.: ТЕИС, 1998. С. 36-37.



обеспечения. При скудном финансировании медицинских учреждений даже при стационарном лечении пациенты не обеспечиваются лекарственными средствами, одноразовыми шприцами, перевязочными материалами, хотя это и предусмотрено законодательством. Амбулаторное лечение вообще не предполагает обеспечения лекарствами.

Поэтому можно сделать вывод о том, что программы ОМС по объему медицинской помощи не позволяют компенсировать социально-рисковую ситуацию, связанную с необходимостью получения медицинской помощи или профилактики заболеваний.

Но даже та помощь, которая оказывается, зачастую не соответствует стандартам качества, поэтому при характеристике медицинских услуг как вида социально-страхового обеспечения можно говорить не только об их объеме, но и о качестве. Обеспечение качества медицинской помощи долгое время рассматривалось как ведомственная задача, однако сегодня с принятием целого ряда важнейших законодательных актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья и права пациента, ситуация начинает меняться.

Наряду с ведомственными методиками оценки и контроля качества медицинской помощи начинает развиваться экспертная оценка в системе ОМС, хотя применяемые методики существенно отличаются друг от друга. Практически каждая страховая медицинская организация имеет в штате квалифицированных экспертов, способных оценить качество оказанных медицинских услуг. Если оно не соответствует установленным стандартам, страховщик вправе уменьшить размер оплаты услуги или вовсе ее не производить. Поэтому страховые медицинские организации заинтересованы в развитии экспертизы качества услуг.

Практика показывает, что наряду с увеличением количества жалоб застрахованных в страховые компании (если в Омской области, по данным Главного управления здравоохранения областной Администрации, в 1998 г. их было 88, то в 1999 г. – 434, а в первом полугодии 2000 – 319) наблюдается тенденция повышения эффективности защиты прав застрахованных, в том числе посредством проведения экспертизы качества оказанных услуг. Ею охватываются 5-9 % всех случаев лечения застрахованных лиц.

Рассматривая ОМС как один из видов социального страхования, которое должно быть направлено не только на компенсацию социального риска, но и на предупреждение социально неблагоприятных ситуаций, нельзя обойти вниманием



вопрос о более пропорциональном распределении ответственности за обеспечение здоровья населения между государством, субъектами экономических отношений и самими гражданами.

В рамках обязательного медицинского страхования необходимо создать механизм стимулирования активности граждан в деле охраны и поддержания собственного здоровья. К примеру, всем хорошо известно, что не реже одного раза в шесть месяцев необходимо проходить профилактический осмотр врача-стоматолога.

Однако, немногие проявляют подобную заботу о своем здоровье. А если бы в нашей системе ОМС действовало правило, подобное установленному законодательством ФРГ, то число таких людей быстро бы увеличилось. Речь идет о том, что оплата стоматологических услуг за счет средств медицинского страхования осуществляется только в том случае, если гражданин соблюдает указанный в полисе срок. При пропуске этого срока размер страхового обеспечения уменьшается либо оно вовсе не производится, потому что гражданин не проявил солидарности с остальными застрахованными, не позаботился о сохранении своего здоровья, тем самым не только подвергая излишнему риску себя, но и завышая уровень необходимого страхового обеспечения.

На сегодняшний день в нашей стране практически не осуществляется дифференциация программ ОМС для различных категорий населения с учетом их потребностей. Так, для работающих важны профилактические мероприятия, диспансеризация, раннее выявление заболеваний, для нетрудоспособных и престарелых – лечение имеющихся заболеваний, реабилитационные мероприятия и т.д.

Основные варианты реформирования системы ОМС в Российской Федерации

В течение последних нескольких лет предложения о реформировании ОМС высказывались неоднократно. Их можно свести к трем основным вариантам:

1) объединение ОМС и страхования на случай болезни, материнства и смерти и переход к медико-социальному страхованию;

2) переход к условно-обязательному медицинскому страхованию экономически активного населения;



3) переход к условно-обязательному медицинскому страхованию неработающего населения.

Для первого варианта характерны как достоинства, так и недостатки. С одной стороны, он позволяет учесть специфику социальных страховых рисков для работающих граждан. Цель страхования в данном случае – обеспечить охрану заработка или иного трудового дохода от дополнительных финансовых затрат по оплате медицинских услуг, тем самым не допустив ухудшения состояния здоровья и утрату этого заработка.

Поэтому логично ввести один вид страхования – по болезни, предусматривающий как оплату медицинской помощи, так и выдачу пособий по временной нетрудоспособности¹¹. Это подтверждает также исторический опыт формирования отечественной социально-страховой системы, для которой всегда было характерно объединение этих рисков в одном виде страхования¹².

Но два вида социального страхования не должны объединяться механически, как это предлагалось в проекте Федерального закона «О медико-социальном страховании». Необходимо их усовершенствование, прежде всего с точки зрения оптимизации субъектного состава с учетом того, что для неработающих граждан такая система еще менее логична в сравнении с нынешней. Важен и вопрос о страховщике: будут ли его функции выполнять органы Фонда социального страхования? Фонды ОМС? Страховые компании?

Второй вариант неприемлем как с экономической, так и с юридической точки зрения. Во-первых, потому, что предоставленное работающим гражданам право на добровольный отказ от ОМС при условии заключения договоров добровольного медицинского страхования на практике будет осуществляться работодателями исходя из принципа минимизации издержек по найму персонала. В итоге уровень государственных гарантий права граждан на бесплатную медицинскую помощь будет близок к нулевой отметке.

Во-вторых, это потребует внесения в законодательство об обязательном социальном страховании изменений, направленных на отмену или умаление ранее установленных социальных прав, что не согласуется с требованиями Конституции РФ (ст. 55).

Третий вариант предполагает отказ от федерального

¹¹ См., например: Социальная политика: реформа социального страхования / Под ред. Л. А. Беляевой. М.: Центр комплексных социальных исследований и маркетинга, 1995. С. 26.

¹² См.: Теттенборн З. Страхование на случай безработицы, болезни и материнства. М.: Изд-во НКЮ РСФСР, 1928. С. 114.



характера ОМС в отношении неработающего населения, постоянно проживающего в субъектах Федерации, не заключивших соответствующее соглашение с Федеральным фондом ОМС, Пенсионным фондом России, Министерством финансов России и Министерством здравоохранения России. Эти граждане должны быть охвачены региональной системой ОМС, об эффективности которой трудно судить в условиях существующих диспропорций в уровне экономического развития российских регионов. Кроме того, следует учитывать и обозначенные выше причины юридического свойства, в силу которых подобный подход не является оптимальным.

Выводы и предложения для законодателей

1. Система ОМС, которая должна была стать основной формой реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь, в нынешнем виде указанной цели не обеспечивает. Она является затратной и мало эффективной с экономической точки зрения, прежде всего за счет многосубъектности, а именно «распыления» полномочий страховщика между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями.

Она ориентирует участников правоотношений на отсутствие заинтересованности в улучшении состояния общественного и личного здоровья, в повышении качества медицинских услуг, предоставляемых по ОМС. Финансовые ресурсы ОМС, прежде чем попасть к медицинскому учреждению как исполнителю медицинской услуги, проходят очень длинный путь и частично идут на содержание фондов и страховых компаний, несмотря на то, что это средства, находящиеся в федеральной государственной собственности.

2. Можно предложить два пути реформирования ОМС. Первый является радикальным и предполагает полный отказ от ОМС и возврат к государственному финансированию здравоохранения, в том числе, возможно, при условии введения соответствующего целевого налога. Второй путь, который может расцениваться как компромиссный, предполагает отказ от ОМС неработающих граждан в целях более эффективного использования бюджетных средств под контролем государственных органов.

Предоставление неработающим лицам бесплатных медицинских услуг должно осуществляться в рамках такой



организационно-правовой формы, как государственное социальное обеспечение с прямым бюджетным финансированием. Для работающих и самозанятых граждан не исключена возможность формирования медико-социального страхования, в котором обеспечение могло бы предоставляться по выбору застрахованного лица либо в натуральной форме (как бесплатная медицинская услуга) либо в денежной форме (как компенсация расходов по оплате медицинских услуг, входящих в Программу ОМС, с учетом подушевого норматива финансирования здравоохранения).

При таком подходе может быть реализован принцип «софинансирования» медицинских расходов, о котором много говорят в последнее время, в том числе в критическом ключе. Очевидно одно: система ОМС нуждается в реформировании на принципах сохранения государственных гарантий по бесплатному оказанию основных видов медицинской помощи. Это возможно лишь при соблюдении двух основных условий: достаточности финансовых ресурсов и защиты конституционных прав граждан в области охраны здоровья.

Медицинское страхование и государственное здравоохранение: проблемы бедности и здоровья

В.Д.Роик, советник отдела проблем социальной политики Аналитического управления Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации,
д.э.н., профессор

Медицинское страхование: достижения и новые вызовы

Создание систем медицинского страхования в ряде развитых стран на рубеже XIX и XX столетий, их последующее развитие, распространение и превращение в эффективные национальные институты медицинской помощи населению является одной из наиболее крупных цивилизационных вех социального развития в двадцатом столетии.

С помощью медицинского страхования произошло масштабное



расширение сферы медицинской помощи в промышленно развитых странах, что привело к качественно новому уровню здравоохранения. Столь значительная эффективность медицинского страхования объясняется его публично-правовой природой страховой защиты, которая отвечает интересам наиболее активных хозяйственных субъектов (работодателей и работников), а поэтому "включила" и направила их мотивационные и финансовые ресурсы на создание эффективных механизмов медицинской помощи работающим и членам их семей.

В этой связи наглядным результатом функционирования медицинского страхования служит демографическая и медицинская статистика. В начале XX столетия средняя продолжительность жизни была низкой (практически в два раза меньше, чем сегодня), трудящиеся подвергались высокому риску инфекционных и профессиональных заболеваний, ограниченным оставался доступ к медицинскому обслуживанию.

Сегодня многие из этих рисков смягчены, а возможности по их оценке и управлению обеспечиваются не только с помощью государственных научных и диагностических центров, но и широкой сетью многочисленных страховых и реабилитационных структур.

Доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию открыт для большинства населения и составляет предмет забот специализированных государственных и страховых организаций.

Благодаря развитию медицинской науки и открытиям в области фармакологии искоренены многие инфекционные заболевания, поражающие в первую очередь детей, а также мужчин и женщин в расцвете сил. Основные ресурсы, предназначенные для развития медицины, направляются на борьбу с хроническими заболеваниями и на решение проблем герантологии.

Однако этим положительным тенденциям противостоят отрицательные их антиподы. Лавинообразно нарастают экологические проблемы, которые резко обострили проблему онкологических заболеваний, бичом XXI века грозят стать новые виды инфекционных заболеваний (СПИД, модификации атипичной пневмонии и т.д.), наркомания, расширяется перечень профессиональных заболеваний.

Помимо вышеуказанных разнонаправленных тенденций, в России в настоящее время на состояние здравоохранения оказывает влияние крупный массив политических, экономических и социальных процессов: модернизация общественной системы, обвальное (в два раза) снижение объема производства и ВВП в 90-е годы и резкое в связи с этим снижение затрат государства на цели



здравоохранения, а также малоэффективное (по методам) проведение в последние 10 лет реформы государственной системы здравоохранения.

Бедная медицина – одна из причин бедности населения

С введением в действие в 1993 году Закона Российской Федерации "О медицинском страховании в Российской Федерации" в стране начался процесс непосредственного реформирования системы здравоохранения. Помимо государственного сегмента здравоохранения, важнейшими ее компонентами призваны стать системы обязательного и добровольного медицинского страхования (далее – ОМС и ДМС).

Цели реформирования связывались прежде всего с созданием страховых механизмов защиты населения от рисков нести затраты, связанные с заболеваниями, травмами в быту и на транспорте в условиях рыночных отношений. Медицинское страхование призвано служить финансовым источником и организационно-правовым механизмом предоставления комплекса медицинских и реабилитационных услуг населению, а также установить удобные и "короткие", наглядные и прозрачные финансовые связи между населением, страховщиками и медицинскими учреждениями.

Предполагалось, что с введением рыночных механизмов в оказании медицинских услуг населению (введение конкуренции среди производителей услуг, расширении числа субъектов и разнообразии функций по организации медицинской помощи) и переходом к договорным отношениям будет повышена эффективность затрат при оказании медицинских услуг.

Таким образом, первоначальные цели реформирования здравоохранения связывались с улучшением качества лечебной помощи, усилением профилактической работы, устранением фактического неравенства в доступе к квалифицированной медицинской помощи в зависимости от места работы, проживания и уровня доходов граждан.

Однако, столь крупный и сложный комплекс задач по формированию института обязательного социального медицинского страхования решался в последние 10 лет по упрощенной схеме – получения дополнительных источников финансирования системы здравоохранения, причем, не в дополнение к сложившейся базе государственного финансирования, а взамен ее.

В качестве двух основных источников финансирования ОМС



были определены: страховые взносы работодателей, вносимые ими за наемных работников; за неработающее население предполагалось получить ресурсы из бюджетов (федерального и региональных), которые **вдвое** должны были превышать платежи работодателей.

Страховые тарифы увязывались с учетом численности и состава населения, состояния здоровья граждан и других факторов и их величина (при условии полного покрытия расходов на уровне субъектов Федерации) оценивались в диапазоне 7-18% фонда оплаты труда.

На практике страховой тариф был установлен на уровне всего 3,6% фонда оплаты труда, что по крайней мере в 2,5-3,0 раза меньше требуемой величины. Что касается уплаты страховых взносов за неработающее население на постоянной основе и в приемлемых объемах, то эта задача не решена: отсутствует ее законодательное решение, не сформированы экономические и организационные механизмы.

Это приводит к тому, что медицинское страхование внедрено в усеченном и не страховом виде¹³, оно не дополняет государственную медицинскую помощь, а замещает ее.

Основная причина сложившегося положения дел состоит в том, что *совокупные расходы на функционирование здравоохранения (государственные и страховые) крайне низки и достигают порядка 2.8 – 3.0% ВВП, тогда как по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и международной организации труда (МОТ) их минимально-допустимый уровень должен составлять не менее 5% ВВП.*

Для России с ее территориальной спецификой рассредоточения малонаселенных пунктов и мест проживания этот минимальный порог объемов финансирования должен быть существенно выше.

Развитые страны в среднем тратят около 6-8% ВВП на медицинское обслуживание населения, что в абсолютном выражении в расчете на одного жителя равняется примерно 2,0-2,5 тысяч долларов в год, по сравнению с 100 долларами в России (см. таблицу).

Более того, такой важный бюджетоформирующий показатель, как расчетный норматив Минздрава России по оказанию медицинской помощи населению за счет бюджетных средств,

¹³ Все еще сохраняется финансирование больниц и поликлиник в зависимости от объемных показателей (количества коек, численности врачебного персонала и т.д.) без учета качества лечения.



составляет всего 1544 руб. в год на душу населения, то есть всего 50 долларов.

Таблица

Совокупные государственные расходы на социальное обеспечение, на начало 2001 г., в % от ВВП¹⁴

Страна	Доля общих расходов на социальное обеспечение в ВВП	Доля пенсий в ВВП	Доля расходов здравоохранения в ВВП	Доля расходов на социальное обеспечение в общих государственных расходах
Австрия	26,2	14,9	5,8	49,4
Великобритания	22,8	10,2	5,7	54,9
Германия	29,7	12,4	8,3	52,1
Испания	22,0	10,9	5,8	56,7
Италия	23,7	15,0	5,4	45,5
Польша	25,1	14,3	5,2	52,1
Украина	19,8	9,6	4,1	...
Россия	10,4	6,0	3,0	26,9

Это приводит к низкому уровню медицинского обслуживания в стране, особенно малоимущих слоев населения, для которых медицинские услуги предоставляются зачастую только в самых неотложных случаях и на поздних стадиях протекания заболеваний, остро ощущается нехватка медикаментов, а уровень и качество услуг не отвечают современному уровню медицинских технологий. Достаточно показательна в этой связи комплексная оценка системы здравоохранения в Российской Федерации, данная Всемирной организацией здравоохранения в 2000 году: Россия находится на 130 месте в группе из 191 страны-члена организации.¹⁵

В настоящее время система здравоохранения в России является бесплатной лишь номинально. На практике, зачастую повсеместно, пациенты вынуждены оплачивать ряд медицинских

¹⁴ Источники: оценки основаны на публикации Международного Бюро Труда, Труд в Мире 2000 г., М., 2001, С.315; оценки федерального бюджета и внебюджетных фондов.

¹⁵ WHO, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation. 2000, p.206.



услуг и лекарств. Объем оплачиваемых медицинских услуг эксперты оценивают в диапазоне 25-50% всех затрат на здравоохранение.

Бедность и здоровье: как разрубить "гордиев узел"

Бедность пагубна для человека тем, что лишает его возможности получить достаточное и адекватное питание или необходимые лекарственные средства для лечения поддающихся излечению заболеваний.

Кроме того, бедность, плохое состояние здоровья приводит к повышенной уязвимости людей со стороны экологических и профессиональных факторов риска, что для России особенно актуально.

В этой связи уместно напомнить определение категории "здоровье", данное ВОЗ, которое включает в себя: состояние полного физического, душевного и социального благополучия.

Поэтому главной проблемой в сфере отечественного здравоохранения является хроническое ее недофинансирование, объем которого по оценкам специалистов составляет около половины от потребностей.

По этой причине государственные обязательства и гарантии в получении бесплатных медицинских услуг в значительной степени не покрывают объективные потребности населения.

Особенно проблема недофинансирования обострена в региональном аспекте. Так, в республиках Бурятия, Ингушетия, Хакасия и Агинском Бурятском автономном округе территориальные программы бесплатной медицинской помощи недофинансируются более чем на половину, а в 39 субъектах Российской Федерации – на четверть.

Дифференциация в финансировании территориальных программ в расчете на одного жителя по регионам страны в 2000 году составила 13 раз, в 2001 году – 15 раз: от нескольких сотен рублей в год на человека до 7-8 тысяч рублей в год.

В результате состояние и качество медицинской помощи значительной части населения является неудовлетворительными. Уровень смертности трудоспособного населения России превышает аналогичные показатели по Евросоюзу в 2,5 раза, крайне низкой является продолжительность жизни населения страны, особенно у мужчин.

На протяжении последних двадцати лет ученые и специалисты отмечают небывалые для цивилизованных стран, сверхвысокие в России показатели смертности мужчин в трудоспособном возрасте –



от 40 до 60 лет.

Неблагоприятные тенденции со здоровьем населения наблюдаются и в последнее десятилетие. Уровень первичной заболеваемости за последние 5 лет увеличился почти на 10%, а общей – на 15%. В 2001 году были госпитализированы 32 млн.человек, что на 600 тысяч больше, чем в предыдущем.¹⁶

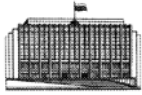
Небывалое для мирного времени ухудшение здоровья населения России объясняется комплексом причин: снижением качества жизни и качества трудовой жизни, чрезмерными стрессовыми нагрузками, алкоголизацией общества, угрожающим состоянием окружающей среды, низким качеством медицинской помощи. Показательны в этой связи крайне негативная динамика и удручающее состояние с таким социальным заболеванием, как туберкулез, что отечественные и зарубежные специалисты связывают с пониженным иммунитетом населения страны.

Например, в Орловской области число зарегистрированных случаев туберкулеза увеличилось с 41,4 на 100 тыс.человек в 1990 г. до 71,2 на 100 тыс.чел. в 1999 г. или в 1,7 раза. Помимо этого показатель незавершенного лечения в некоторых районах достиг 30%, в результате чего возникла дополнительная проблема – развитие лекарственно устойчивых форм туберкулеза. Анализ проблемы Комитетом здравоохранения Орловской области подтвердил тот факт, что бедные представляют собой наиболее серьезную группу риска. Причем, опасность заключается в том, что больные туберкулезом являются источниками и распространителями этого опасного заболевания.

Городские власти прибегли к рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и совместно с ее специалистами и при поддержке Российского Красного Креста и Международной Федерации Общества Красного Креста и Красного Полумесяца начали осуществлять совместную программу. Ежедневно или еженедельно пациентам выдавались продуктовые наборы в то время, когда они приходили в медицинское учреждение для приема лекарства.

Это не только создавало стимулы для продолжения лечения до его полного завершения, но и обеспечивало, чтобы даже самые бедные из пациентов не голодали. Отмечается положительный результат данной программы: число случаев незавершенного

¹⁶ Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. С. 3-6.



лечения в Орловской области составило всего около 3%¹⁷.

Крупными проблемами плохого состояния здоровья и недостаточного питания, низкого уровня медицинской помощи отличаются такие группы населения как заключенные и пенсионеры.

В 2000 г. в Российской Федерации насчитывалось приблизительно 1 млн. заключенных, среди которых до 10% была обнаружена активная форма туберкулеза. Причинами такого высокого уровня заболеваемости заключенных является переполненность камер в тюрьмах, низкое качество питания и плохие условия жизни.¹⁸

Как показали обследования условий жизни пенсионеров в г. Таганрог, "плохим" и "очень плохим" считают свое материальное положение 60,5% домохозяйств отдельно проживающих неработающих пенсионеров и 36,5% домохозяйств работающих пенсионеров.¹⁹

Следует отметить, что субъективная оценка материального положения пенсионеров совпала с критериями бедности: денежный доход ниже прожиточного минимума имели 62,1% домохозяйств, а свое материальное положение оценили как "плохое" и "очень плохое" – 63%.²⁰

Понятно, что для большинства пенсионеров очень острой является проблема покупки лекарств и возможности пользоваться услугами платных медицинских учреждений.

Для оказания практической помощи пенсионеров в 2003 году в ряде регионов осуществлялся эксперимент по отработке новых механизмов обязательного медицинского страхования. Дополнительные платежи на оказание адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам по старости в рамках базовой программы ОМС осуществлялись за счет средств Пенсионного фонда Российской Федерации в размере до 525 руб. в год на одного неработающего.

Проблемы формирования институциональной основы медицинского страхования

В кругу наиболее часто упоминаемых проблем медицинского страхования, специалисты, ученые и эксперты обычно отмечают

¹⁷ Системы здравоохранения против бедности. Всемирная организация здравоохранения, 2003, с. 12-13; 135-145

¹⁸ Там же, с. 138.

¹⁹ Население: уровень жизни и здоровье. Проект "Таганрог – IV, 1998". РАН, Институт социально-экономических проблем народонаселения. М., 2001, с. 134.

²⁰ Там же, с. 135.



следующие их виды:

- законодательно неурегулированный вопрос уплаты страховых взносов за неработающее население;
- отсутствие действенных механизмов выравнивания условий реализации Базовой программы ОМС как по отдельным субъектам Федерации, так и в пределах каждого из них;
- отсутствие эффективного вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Кроме того, система финансирования здравоохранения за счет средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования запутанна, неупорядоченна, зачастую дублирует одни и те же статьи расходов, в результате к ней применима пословица: «где густо, а где и пусто».

Следует однако, отметить, что помимо вышеуказанных проблем, существует ряд других, которые носят более сложный концептуальный и правовой характер, а поэтому требуют глубокого и всестороннего анализа.

Существенное отставание в формировании института обязательного социального медицинского страхования во многом обусловлено концептуальными и методологическими недостатками, которые не позволили решить ряд ключевых задач:

- *не определены страховые механизмы медицинского страхования для конкретных групп населения (работающее и неработающее, с высокими и низкими уровнями риска заболевания), что не позволило увязать в приемлемых пропорциях размеры страховых взносов и объемы получаемой медицинской помощи;*
- *не определены приоритетные программы и финансовые источники по созданию страховой инфраструктуры оценки социальных рисков заболеваний по их нозологии, по формированию сети центров ранней диагностики хронических и профессиональных заболеваний, а также центров медицинской и медико-социальной реабилитации;*
- *не определены уровни государственных гарантий населению, обеспечиваемых медицинским страхованием и правовая процедура рассмотрения жалоб застрахованных на некачественную страховую медицинскую помощь, не сформированы независимые экспертные службы по оценке качества предоставляемых страховых услуг, что в итоге*



свидетельствует об отсутствии центрального элемента медицинского страхования - публично-правовых механизмов соблюдения прав застрахованных.

Вопросы становления института медицинского страхования тесно увязаны с системой заработной платы наемных работников и доходов самозанятого населения. Поэтому важнейшим направлением при формировании мотивационных установок работающего населения должно стать формирование страхового финансового механизма по установлению зависимости между объемом уплачиваемых страховых взносов и объемов предоставляемых медицинских услуг.

Ключевой вопрос, который необходимо решить, состоит в законодательном определении базового набора услуг, оплачиваемых за счет ОМС, а также услуг, оплачиваемых за счет государственного здравоохранения.

Важной задачей, решение которой следует предусмотреть законодателям в ближайшее время, является законодательное определение алгоритма совместной работы органов здравоохранения и региональных фондов ОМС, а также медицинских страховых организаций с целью совместного медицинского аудита, потребность в котором продиктована необходимостью формирования эффективной системы мониторинга и контроля за кругом и качеством медицинских услуг.

Для этого крайне актуальным вопросом является выработка подходов по формированию национальной модели здравоохранения. Важно концептуально решить задачу – какой быть модели: страховой - по аналогии с моделью страхования (по модели Бисмарка), государственного здравоохранения - (советская модель), либо сочетающей в себе страховую и государственного здравоохранения доли, примерно в равных пропорциях, то есть симбиоз моделей Бисмарка и советской - (модель Бевериджа).

Еще одним крупным вопросом финансового обеспечения медицинского страхования является проблема поиска и аккумуляции ресурсов на федеральном уровне для оказания приемлемой по размерам помощи регионам. Для этого требуется не так уж и много средств – всего 1,5% от ФОТ, что позволит Федеральному фонду ОМС обеспечить выравнивание условий финансирования Базовой программы ОМС во всех субъектах Российской Федерации.

Таким образом, в настоящее время необходимо провести совершенствование ОМС на страховых принципах и повысить объем страховых ресурсов. Выполненные нами



макроэкономические расчеты свидетельствуют о том, что для этого можно предложить следующие виды и объемы ресурсов:

- ввести страховые взносы с заработной платы работающих в объеме 1,0-1,5% от их заработной платы;
- ввести целевой региональный налог на алкоголь, табачные изделия и игорный бизнес на финансирование ОМС за неработающее население: 3% с дохода за эти изделия и дохода с соответствующей деятельности (игорного бизнеса).

Положительное решение данного принципиального вопроса поможет определить пропорции, соотношения и случаи применения способов финансирования медицинской помощи в системе ОМС: платы за услуги и/или подушевое финансирование.

Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России

Е.В. Кравченко, советник аппарата
Комитета Государственной Думы
по охране здоровья, к.э.н.

Л.С. Ржаницына, главный научный сотрудник
Института экономики РАН, д.э.н., профессор

Экономика здравоохранения: актуальные проблемы

Необходимость проведения реформ в здравоохранении России обусловлена рядом причин. Прежде всего это неблагоприятное состояние здоровья населения, которое является главным фактором экономического развития. Растет уровень заболеваемости по всем классам болезней, повышается уровень хронической заболеваемости и инвалидности населения, в том числе трудоспособного; высокими остаются показатели младенческой, детской и материнской смертности.

В Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году отмечается, что люди умирают все более молодыми и у молодых наблюдается наибольший прирост уровня смертности. В 2002 году по сравнению с 1998 годом смертность населения в рабочих возрастах возросла на 28



процентов²¹. В результате средняя продолжительность жизни мужчин на 10-12 лет короче, чем в западных странах, женщин – на 6-8 лет.

Несмотря на некоторое улучшение финансирования здравоохранения в последние годы, объем выделяемых средств остается недостаточным для нормального функционирования отрасли. Дисбаланс между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми потоками привел к нарастанию платности медицинской помощи. Расходы на медицинские нужды все больше перемещаются на население. Легальная и теневая оплата медицинских услуг и приобретение лекарственных средств населением составляют, по разным оценкам, от 24 до 45% совокупных расходов государства и населения на здравоохранение.

В России используется бюджетно-страховая модель финансирования. Общие расходы государства на здравоохранение складываются из нескольких источников-расходов: бюджетов разных уровней, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В прогнозных расчетах на 2004 год заложено следующее соотношение этих источников – на федеральный бюджет приходится 8,7 процентов всех расходов на здравоохранение, бюджеты территорий – 64,3, средства фондов обязательного медицинского страхования (налоговые платежи) – 27,0 процентов, в том числе средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 1,5 процента.

Общая сумма расходов на здравоохранение на 2004 год (консолидированный бюджет и средства фондов ОМС) оценивается примерно в 426,3 млрд. рублей. В расчете на душу населения в год это составляет 2986 рублей, или примерно 100 долл. США.

Расходы на здравоохранение по отношению к ВВП в 2004 году составят примерно 2,78%.²² Этого крайне недостаточно для нормального развития отрасли. Для сравнения отметим: удельный вес государственных расходов на здравоохранение к ВВП в Бельгии составляет 7 процентов, Германии - 8,2 процента, Франции - 7,7 процентов, Нидерландах - 6,8 процентов, Норвегии - 6,6 процентов.²³

²¹ Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.-100 с.

²² Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2004 год» (принят Государственной Думой 28 ноября 2003 года).

²³ Россия и страны мира. 2002.Стат. сб. Госкомстат России.-М.



При этом важно подчеркнуть и то, что в связи с низким уровнем развития экономики даже при условии увеличения доли расходов на здравоохранение до уровня экономически развитых стран, подушевые расходы на здравоохранение в России будут многократно ниже.

Важной проблемой российского здравоохранения являются также существенные региональные различия в финансировании бесплатной медицинской помощи населению, так как действующие механизмы финансового выравнивания условий деятельности учреждений здравоохранения в регионах не обеспечивают равенства граждан в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи (разрыв в финансировании территориальных программ в расчете на одного жителя по регионам в последние годы составлял 13-15 раз).

В настоящее время одной из основных проблем функционирования системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) является неисполнение в полном объеме органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления функций страхователя неработающего населения, несвоевременное и неполное перечисление ими страховых взносов на ОМС неработающих граждан.

Так, по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, за 10 лет реализации Закона в систему ОМС мобилизовано около 438 млрд. рублей. При этом, что доля неработающего населения составляет более 60 процентов от общей численности населения Российской Федерации, 63 процента от этой суммы составили взносы, уплаченные работодателями за работающих граждан, и лишь 27 процентов – платежи из бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов муниципальных образований на ОМС неработающего населения.²⁴

В Федеральном фонде ОМС для последующего перераспределения централизуется недостаточный объем средств (на 2004 год 6,4 млрд. рублей, в то время как, по расчетам специалистов, эту сумму необходимо увеличить минимум в 5 раз).

Важными проблемами здравоохранения являются слабые стимулы к труду медицинских работников, низкая эффективность использования имеющихся в здравоохранении ресурсов; крайняя изношенность имеющегося в лечебно-профилактических

²⁴ Доклад о развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. - Государственный совет Российской Федерации.-М., апрель 2003 года



учреждениях медицинского оборудования (по данным Счетной палаты РФ в эксплуатации находится до 80 процентов физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники. Ряд приборов и аппаратов эксплуатируется 15-20 лет, они неоднократно выработали свой ресурс, морально устарели, что не может гарантировать высокое качество медицинских обследований и эффективность лечения).

Особенностью российской системы здравоохранения является развитая ведомственная структура. Расходы из федерального бюджета на здравоохранение в последние годы выделяются примерно двум десяткам министерств и ведомств. За счет указанных средств содержатся федеральные медицинские центры и клиники, обслуживаются сотрудники соответствующих министерств и ведомств. Стоимость обслуживания в ведомственных больницах и поликлиниках высока, что делает их недоступными для населения.

Пути совершенствования системы здравоохранения

Показатели здоровья населения могут быть улучшены на основе совершенствования системы управления отраслью, более эффективного использования ресурсов системы здравоохранения, обеспечения равного доступа всех граждан к системе здравоохранения. С этой целью в 2004 году намечено приступить к реформированию системы здравоохранения.

В ходе реформирования планируется обеспечить достижение баланса между объемами государственных обязательств в здравоохранении и объемами его финансирования, изменить принципы оплаты труда медицинских работников и тарификации медицинских услуг, осуществить переход к финансированию по нормативам или по результатам, провести структурные преобразования лечебной сети, изменить организационно-правовой статус медицинских учреждений, осуществить переход к реальным страховым принципам в системе обязательного медицинского страхования, внедрить принцип взаимодополнения систем обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Особое внимание в ходе реформ планируется уделить обеспечению баланса между объемами государственных обязательств и финансирования. Для этого предполагается рассчитать реальную стоимость медицинских услуг и потребность



населения в медицинской помощи, определить все потенциальные источники покрытия расходов на оказание медицинской помощи, законодательно закрепить компетенцию и ответственность для каждого из участников системы финансового обеспечения оказания медицинской помощи, устранить дублирование платежей за одни и те же услуги из разных источников.

Здравоохранение нуждается в увеличении расходов на содержание лечебно-профилактических учреждений, повышении доли внебюджетных источников финансирования, прежде всего привлечения на указанные цели средств предприятий. Следует также рассмотреть вопрос о направлении на цели, связанные с охраной здоровья граждан, дополнительных источников финансирования, например, части акцизов на алкогольную продукцию и табачные изделия.

Первоочередными мероприятиями по реализации этих задач в ближайшее время должны стать:

- *повышение доли совокупных государственных расходов на здравоохранение до 5% от ВВП. По критериям ВОЗ - это минимум для поддержания приемлемого уровня здравоохранения (в последние годы расходы на здравоохранение в России не превышали 2,9-3,5 процента ВВП);*
- *разработка нормативов минимальной бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение и нормативов ресурсной обеспеченности здравоохранения на всех уровнях;*
- *создание системы национальных счетов в здравоохранении для обеспечения контроля за использованием финансовых средств, которыми располагает отрасль;*
- *отработка механизма финансового выравнивания условий оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий в зависимости от состояния здоровья населения и половозрастного состава населения;*
- *увеличение доли финансирования первичного звена здравоохранения - амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений с целью развития профилактического направления их работы.*

Важным условием для успешного решения накопившихся проблем должно стать дальнейшее развитие законодательства в области охраны здоровья граждан. Развитие государственной политики в сфере охраны здоровья граждан требует проведения работы по развитию законодательной базы. Российскому законодательству в этой сфере присущи многие недостатки. Среди



них – отсутствие комплексного подхода к решению проблемы, недостаточное финансовое обеспечение, декларативность и противоречивость отдельных норм. Законы не всегда содержат четкое описание процедуры исполнения, распределение предметов ведения и полномочий.

В ближайшее время должны получить развитие следующие основные направления законотворческой деятельности:

- *необходимо принять закон, регламентирующий деятельность национальной системы здравоохранения (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 в настоящее время устарели). Это позволит устранить разобщенность и раздробленность государственной, муниципальной и частных систем здравоохранения, а также восстановить их управляемость;*

- *для сохранения равенства и доступности населения к системе здравоохранения необходим закон «О государственных гарантиях медицинской помощи гражданам Российской». В нем следует четко определить пакет медицинских услуг, гарантированных населению в рамках обязательного медицинского страхования.*

Российское законодательство в сфере охраны здоровья следует дополнить такими федеральными законами как «О регулировании частной медицинской деятельности», «О правах пациентов», «О репродуктивном здоровье населения». Их принятие заложит правовые основы для обеспечения доступности и повышения качества услуг здравоохранения.

Принятый в 1991 году Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» сыграл положительную роль, но в настоящее время нуждается в модернизации в соответствии с потребностями сегодняшнего дня.

Прежде всего необходимо повысить финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования, усилить механизм выравнивания финансирования базовой программы ОМС в субъектах Российской Федерации, законодательно закрепить ответственность субъектов системы обязательного медицинского страхования, определить требования к страховщикам, осуществляющим обязательное медицинское страхование, установить единые принципы страхового возмещения. В особую группу выделяется задача проведения актуарных расчетов страховых тарифов на обязательное медицинское страхование.



В связи с этим важной остается проблема установления ставок единого социального налога на обязательное медицинское страхование. В настоящее время рассматривается несколько вариантов внесения изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации, затрагивающих изменение ставок единого социального налога в части, зачисляемой в фонды обязательного медицинского страхования. К сожалению, все они направлены на сокращение отчислений в фонды ОМС.

Государственной Думой принят в первом чтении проект федерального закона № 314634-3 «О внесении изменений в статью 241 Налогового кодекса Российской Федерации». Концепция указанного законопроекта предусматривает снижение ставки единого социального налога в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования. Прежде всего это касается территориальных фондов обязательного медицинского страхования - действующую ставку налога в размере 3,4 процента авторы предложили заменить на 3,0 процента.

Принятие решения о снижении базовых налоговых ставок единого социального налога создаст дополнительные трудности с финансированием базовой программы обязательного медицинского страхования, выплатой заработной платы медицинским.

В настоящее время также рассматривается и другой вариант внесения изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации, направленный на изменение системы платежей, подлежащих зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

В случае реализации основных идей законопроекта (прежде всего, предоставление налогоплательщикам права уменьшать сумму налога, подлежащую уплате в фонды обязательного медицинского, на сумму произведенных ими самостоятельно страховых взносов по договорам добровольного медицинского страхования работников и членов их семей), доходы бюджетов Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования существенно сократятся.

Учитывая, что в настоящее время главной проблемой системы ОМС является несбалансированность программы ОМС с имеющимися финансовыми ресурсами, реализация законопроекта еще более усугубит данную проблему и приведет к снижению качества и доступности медицинской помощи для значительной части населения.

Законопроект предусматривает, что взносы по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату



страховщиками медицинских расходов застрахованных работников и членов их семей, без каких-либо ограничений (т.е. в размере фактических затрат) включаются в состав расходов. В ряде случаев это может привести к росту цен на товары и услуги.

Считаем, что следует ввести ограничения на размер взносов по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов, включаемых в состав расходов (прежде всего, следует подумать, насколько целесообразно включать в состав расходов взносы за членов семей).

Кроме того, предложение по дополнению Налогового кодекса РФ нормой, предусматривающей уменьшение суммы налога, подлежащей уплате налогоплательщиками в фонды ОМС на сумму произведенных ими самостоятельно страховых взносов до договорам добровольного медицинского страхования и членов их семей, необходимо рассматривать одновременно с нормами, регламентирующими право застрахованного на выход из системы ОМС, порядок его реализации, социальные гарантии застрахованного.

Иначе за лицами, в пользу которых работодателем заключен договор добровольного медицинского страхования, сохранится право на получение медицинской помощи в системе ОМС при отсутствии соответствующих платежей в фонды обязательного медицинского страхования.

Внедрение новых организационно-финансовых механизмов предполагает также обеспечение хозяйственной самостоятельности и увеличение разнообразия организационно-правовых форм медицинских организаций, переход к единым методам оплаты медицинской помощи, повышение действенности механизмов координации управления здравоохранением, а также уточнение соответствующих надзорных полномочий на федеральном и региональном уровнях, процедур лицензирования и регулирования деятельности страховщиков.

Назрела необходимость принятия решений о проведении структурных и организационных преобразований в системе здравоохранения и изменении функций ряда медицинских служб с целью уделить больше внимания проведению предупредительных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения и профилактику заболеваний.

Ослаблению здоровья нации, в том числе работающего населения, способствуют неблагоприятные условия труда, нездоровый образ жизни (чрезмерное потребление алкоголя,



курение табака, неполноценное питание, малоподвижность, и т.п.), неблагоприятные экологические условия. В связи с этим необходимо приблизить медицинские услуги к работающему населению, восстановить на предприятиях службы охраны труда, медицинские части. Нуждается в усилении пропаганда здорового образа жизни путем развития социальной рекламы.

Для более эффективного использования ресурсов системы здравоохранения необходимо создать стимулы для медицинских работников, обеспечение достойной заработной платы медицинским работникам и улучшение условий их труда.

Повышение с 1 октября 2003 заработной платы работников организаций бюджетной сферы в 1,33 раза не решило проблемы повышения уровня жизни работников здравоохранения. В ноябре 2003 года уровень начисленной средней заработной платы работников здравоохранения составил 4363 рубля или 60 % к ее уровню в промышленности. Сохраняется задолженность по оплате труда работников здравоохранения.

Актуальной остается проблема перехода работников организаций бюджетной сферы, в том числе работников здравоохранения, на отраслевые системы оплаты труда.

Для перехода на отраслевые системы оплаты труда нужны финансовые средства, которые позволят повысить уровень оплаты труда работников здравоохранения не менее чем в 2 раза. Изменение принципов оплаты труда медицинских работников требует разработки критериев эффективной работы и создание системы мотивации за более интенсивную и качественную работу. Это должно в перспективе привести к установлению средней заработной платы медицинских работников выше среднего уровня по стране.

Реформе оплаты труда работников организаций бюджетной сферы должна предшествовать реформа межбюджетных отношений, завершение работы по разграничению полномочий между уровнями власти. На наш взгляд, наиболее вероятный срок перехода к отраслевым системам оплаты труда - 2005 год.



Перспективы развития медицинского страхования

В.К. Бочкарева, ведущий научный сотрудник
Института социально-экономических
проблем народонаселения РАН, к.э.н.

С начала 90-х годов прошлого столетия в России делаются попытки воссоздания института социального страхования. Анализируя опыт прошедших лет, можно с уверенностью заключить, что реальной заинтересованности в завершении этого «долгостроя» у государственных властных структур пока нет. Все реформы в этой сфере идут по схеме «шаг вперед, два назад»: один шаг в сторону законодательного признания страхования, другой - замену страховых механизмов на административные.

За все прошедшие годы было потрачено много финансовых ресурсов на изучение опыта развитых стран, на разработку различных концепций, на социологические обследования, но ни разу не были поставлены основополагающие для страхования задачи с позиций:

- обоснования страхового тарифа каждого вида страхового риска;
- создания системы учета и отчетности, которая соответствует цивилизованным нормам страхования, позволяет проводить актуарные расчеты, эффективно управлять и контролировать эффективность деятельности страховой системы.

Страховая статистика существенно отличается от той, которую разрабатывает Госкомстат России и той, какая существует в государственных внебюджетных фондах. Практически реформа социального страхования осуществляется вслепую. По сути дела реформируется «черный ящик», так как истинное положение дел в нем (каждом государственном социальном фонде) в лучшем случае знает только ограниченный круг специалистов этих фондов.

Возможно, последнее самое большое заблуждение и у этих специалистов представления о путях развития социального страхования не отличаются должным осмыслением существующих проблем, так как почти сразу после очередного этапа реформы следуют поправки, существенно меняющие суть и даже стержень новации, что наводит на мысль об отсутствии либо



профессионализма, либо необходимой информации у инициаторов.

Самый первый вопрос, на который нет ответа - какой удельный вес работающих охвачен обязательным страхованием?

Ориентировочно можно определить охват страхованием по размеру собираемых средств в сопоставлении с нормативом. По такой оценке получается, что в страховании не участвует приблизительно 30% фонда оплаты труда (ФОТ) и, соответственно, близкая к этой величине и доля работающих.²⁵

Экономика медицинского страхования: причины низкой эффективности

На фоне имеющихся проблем важно попытаться максимально объективно оценить причины медленного продвижения на пути становления медицинского страхования.

В этой связи следует отметить, что само здравоохранение осталось государственным, принцип оплаты медицинских работников остался прежним - за присутствие, а не за пролеченных и вылеченных. Существенные изменения произошли в сферах сокрытых от глаз как врачей, так и пациентов. В этих «высших» сферах финансовые потоки идут по довольно длинным цепочкам. Социальный налог: 1 (за работающее население) работодатели → казначейство → фонды обязательного медицинского страхования (ОМС) → страховые медицинские организации (СМО) → лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ); 2 (за не работающее население) налогоплательщики (региональные органы исполнительной власти) → казначейство → региональные бюджеты → ФОМС → СМО → ЛПУ.

Во второй цепочке существуют модификации: в некоторых регионах отсутствуют СМО и тогда средства из фондов идут сразу в ЛПУ или, минуя и СМО и фонды ОМС, идут в ЛПУ.

Бюджетное финансирование: налогоплательщики → казначейство → бюджеты (федеральный и региональные) → ЛПУ.

В этой связи следует отметить, что за счет социального налога **должны** оплачиваться медицинские услуги застрахованным по базовой программе ОМС (т.е. заработная плата медицинскому персоналу), за счет бюджетных средств (т.е. общих налогов) - развитие материальной базы, лекарственное обеспечение, питание и т. д. Жесткие, закрепленные в законе нормативы есть только в

²⁵ В.К.Бочкарева. Медицинское страхование или платная медицина? Журнал «Социальный мир» 2001г. № 12.



начальной (фискальной) стадии цепочки - налоги, и в конечной - единая тарифная сетка (ЕТС) оплаты труда медицинских работников. Все остальное движение средств идет в договорном, т.е. административном режиме.

Практически действует распределительный механизм в котором бюджетное финансирование является дополнением к страховому финансированию, а не наоборот. Если поступления от социального налога в регионе достаточны, с точки зрения распределяющих ресурсы чиновников, то по договору региональной администрации с территориальным фондом ОМС подушевой норматив платежа за неработающее население сокращается. Практически не бывает наоборот, более того - треть регионов вообще не вносит свои платежи за неработающее население.

В конечном итоге, из двух источников вместо обещанных федеральным законом о здравоохранении не менее чем 6% от ВВП здравоохранение получает всего половину - 3% ВВП. Самым благоприятным годом для отрасли был 1994г., когда финансирование из государственного бюджета составило 3,2%, а из ОМС - 0,7% к ВВП. К 2002г. финансирование снизилось почти на четверть и составило соответственно 2,4% и 0,6%.

В своих программных документах правительство постоянно рекомендует здравоохранению искать внебюджетные источники. И эта рекомендация «успешно выполняется» за счет оплаты населением медицинских услуг в тех же государственных ЛПУ за услуги, которые входят в Базовую программу.

В результате стихийной приватизации медицинских услуг доля расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение превысила 50%. Для сравнения: эта доля составляет в развитых странах ОЭСР - 24%, в развивающихся странах с высоким доходом - 33%, в развивающихся странах с низким доходом - 53%²⁶. Перераспределение средств от среднеоплачиваемого слоя работников идет двумя путями - за счет сокращения платежей из региональных бюджетов за неработающих и за счет оплаты медицинских услуг в государственных ЛПУ из собственного кармана.

Таким образом, мы имеем модель, совмещающую некоторые элементы страхования, в основном на фискальной стадии для реального сектора экономики, и государственную социальную помощь на стадии предоставления услуг или выплат из системы.

Система находится полностью в управлении исполнительной

²⁶ Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении. 2000г.



власти, точнее ее финансового звена. И заинтересованность исполнительной власти в сохранении сложившейся системы контроля и управления финансовыми ресурсами с тем, чтобы максимально использовать их для финансирования тех социальных обязательств государства, которые по разным причинам оно не может отменить, но и не желает финансировать (или искать иные источники).

Последствия для населения и для медицины крайне неблагоприятны: снижается качество лечения, медицинские услуги становятся недоступны и предоставляются для основной части населения зачастую низкого качества.

Пути развития медицинского страхования

Существует два пути дальнейшего развития медицинского страхования.

Первый - отказ от попытки создания механизма социального страхования и переход полностью на модель государственного социального обеспечения. При этом все средства социального и подоходного налога обязательно должны быть объединены в целевой социальный бюджет и через казначейство распределяться по их назначению. Плюсы этого пути – повышается ответственность и система становится более прозрачна, понятна и конкретна. С позиции субъекта ответственности - это только исполнительная власть. При этом, сокращается число посредников в цепочке финансирования и укорачивается путь прохождения финансовых средств.

Второй - последовательное развитие экономического механизма (а не формы) медицинского страхования, предполагающее изначально четкое разделение обязательств, источников финансирования этих обязательств, организационных структур и ответственности между исполнительной властью и страховыми институтами, создание систем страховой статистики. И обязательное условие при этом - вывод страховщиков из-под юрисдикции правительства.

Понятно, что первый путь не будет принят из-за политических соображений, и, прежде всего, из-за якобы потери статуса государства либерально-демократического типа. Правда, существование такой системы в Великобритании в форме государственного здравоохранения не мешает ей пребывать в этой категории стран. И даже Железной Леди, которая предпринимала соответствующие попытки, не удалось переломить ситуацию и



отказаться от государственного здравоохранения.

Второй путь не будет принят из-за сложившегося типа экономических интересов всех участников современной схемы перераспределения средств социального налога.

Поэтому существующая модель будет модернизироваться, но крайне медленно, так, чтобы не допустить роста социальных обязательств консолидированного бюджета, а значит рассчитывать населению страны на качественно более высокий уровень медицинской помощи в ближайшей и среднесрочной перспективе не приходится.

Реформа системы здравоохранения предполагает сокращение наиболее затратного стационарного лечения, частично переложив его на амбулаторное, что позволит снизить суммарные обязательства по медицинским услугам в рамках Базовой программы ОМС. Но это масштабное мероприятие требует больших единовременных затрат опять-таки из бюджета страны.

Федеральные органы исполнительной власти, ответственные за проведение реформы не приводят экономического и технологического обоснования реальности последствий реализации такой реструктуризации в масштабах всей страны. Ведь нельзя же считать за обоснование привычные ссылки на опыт развитых стран, где плотность населения многократно выше и структура услуг принципиально иная. В России, с большой долей сельского населения и низкой транспортной доступностью, понятно, что требуются другие ориентиры. При этом, один из основных разработчиков этой концепции И.М. Шейман считает, что в системе «денег достаточно», нужна только одноканальная система финансирования здравоохранения²⁷.

Что касается самой реформы обязательного страхования, то и здесь все обсуждаемые идеи сосредоточены в русле путей сокращения обязательств перед населением. А такой ключевой вопрос как стандартизация медицинских услуг, который позволит, с одной стороны, более четко очертить обязательства страховщика, а с другой - права застрахованных, снят с обсуждения ввиду того, что он требует больших затрат из федерального бюджета.

Пока не найден надежный источник финансирования и механизм страхования неработающего населения. Правительство выступает против идеи определения целевого источника финансирования своих обязательств по страхованию для регионов в виде определенной доли от какого-то налога (например -

²⁷ Семинар в Высшей школе экономике 28.01.04г.



подходного). В замену этого предлагается использовать для страхования пенсионеров средства Пенсионного фонда России (остаток средств ЕСН от базовой пенсии в федеральном бюджете).

Это означает, что во-первых, базовая пенсия будет индексироваться только по инфляции и подтягивать ее к прожиточному минимуму не собираются, а соответственно, во-вторых, это опять означает перекалывание на всех пенсионеров нагрузки по собственному страхованию, результатом чего будет снижение уровня пенсионного обеспечения.

Другим шагом по снижению обязательств предлагается возможность ухода из обязательного страхования в добровольное медицинское страхование вместе с частью взноса по ЕСН тем предпринимателям, которые обязуются страховать своих сотрудников в системе добровольного страхования.

Как видим, схема развития в обязательном медицинском страховании, не продвигается в направлении защиты застрахованных от социальных рисков. Реформа усовершенствует существующие модели лишь с позиции защиты интересов крупного бизнеса, небольшой группы высокооплачиваемого населения и госбюджета.

Проблемы медицинского страхования в России

А.Л. Пиддэ, профессор кафедры труда и социальной политики Российской академии государственной службы при Президенте РФ, д.э.н.

Круг проблем становления обязательного социального страхования

В последние годы с регулярной периодичностью в российском обществе возникает интерес к проблеме медицинского страхования, что по времени совпадает с обсуждением данного вопроса в верхних этажах исполнительной и законодательной власти. Последнее из таких обсуждений состоялось в Правительстве Российской Федерации 15 января 2004 года и закончилось оно тем, что принятие решения было отложено на месяц. Дальнейшая



судьба документа пока не получила широкого информационного освещения, хотя, по нашему мнению, это не совсем оправдано.

Итак, каковы же проблемы обязательного медицинского страхования (ОМС) в современной России. Их несколько. Приведем их в следующем порядке:

1. **Проблема политическая** – существует политическое намерение реформировать медицинское страхование, высказываемое в ежегодных посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, и пока политическое решение по этому вопросу отсутствует.

2. **Проблема экономическая** – существующая, в соответствии с действующим Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» №1499 от 28 июня 1991 года, система финансирования медицинского страхования, хотя и предусматривает страхование неработающего населения за счет средств местных и региональных бюджетов, но не определяет механизм финансирования этого страхования.

3. **Проблема социальная** - медицинское страхование не находит поддержки ни у населения, ни у врачей. У медицинского страхования нет социальной базы.

4. **Проблема организационная** – созданная инфраструктура обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), различная в субъектах Федерации, находящаяся под жестким контролем исполнительной власти субъектов Федерации, не имеет реальной возможности исполнять свое функциональное предназначение в полном объеме в соответствии с законодательством.

5. **Проблема информационной поддержки** – все еще не удалось обеспечить адекватную информационную поддержку процессам перехода к медицинскому страхованию. Зачастую в средствах массовой информации высказываются поверхностные суждения по данному сложному предмету не совсем профессионально-подготовленными людьми.

6. **Проблема терминологическая** – существует серьезная путаница в терминологии: в обиход запущены различные термины, которые искажают представление, как о сущности медицинского страхования, так и его принципах.

Обратимся к **проблеме экономической**. Она имеет несколько аспектов.



1. Анализ данных Федерального фонда ОМС о поступлении страховых платежей в 2002 году свидетельствует о значительной дифференциации в финансовом обеспечении населения субъектов Федерации средствами ОМС в рублях на одного жителя: максимум - 5055,9 руб., минимум - 221,5 руб., при среднем показателе по России - 926,3 руб. Еще большая дифференциация в финансовом обеспечении средствами ОМС неработающего населения страны максимум - 2500 руб. на одного человека в год и минимум 4,4 руб. – год²⁸.

2. Недостаточное поступление финансовых ресурсов в систему ОМС (по некоторым оценкам Базовая программа ОМС финансируется в различных субъектах Федерации на 55-70%) приводит к дисбалансу экономических возможностей при формировании Базовой программы ОМС по ее финансированию, что, в свою очередь, ведет к росту неформальных платежей населения.

3. Существует острая необходимость выравнивания возможностей субъектов Федерации в реализации программы обязательного медицинского страхования, которая требует большей централизации финансовых ресурсов для последующего их распределения между нуждающимися в дотациях регионами.

4. Использование единого социального налога как механизма сбора средств в системе страхования приводит к тому, что, с одной стороны, увеличивается количество собираемых в виде налога финансовых ресурсов, с другой стороны, выхолащивается сама идея страхования: страховой взнос заменен налоговым платежом работодателей, что исключает любое участие граждан в страховании. Застрахованные, ради которых и затевалось медицинское страхование, еще более отделились от системы, они в ней участвуют в качестве пассивных потребителей, за которых все решено.

Фактически, в формировании финансовых ресурсов медицинского страхования не участвуют ни представители медицинских работников, ни представители застрахованных (пациентов и потенциальных пациентов). Существующий механизм распределения собранных ресурсов ни чем не отличается от распределения бюджетных средств. Кроме того, любая страховая система (в том числе и обязательная) предусматривает прозрачность, которая обеспечивается с помощью как

²⁸ Данные приведены по Справочно-аналитическому сборнику «Обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации - 10 лет (1993-2003гг.). М.: Федеральный фонд ОМС, 2003 – 288 стр.



общественного, так и личного контроля застрахованных за формированием и расходованием страхового фонда.

Сутью социальной проблемы медицинского страхования в нашей стране является то, что использование медицинского страхования (обязательного и добровольного) не находит поддержки как среди врачей, так и среди населения. Многолетние мониторинговые исследования, проводимые автором, свидетельствуют о том, что поддерживают медицинское страхование не более 14% врачей. Такой уровень поддержки отмечают и другие авторы. Кроме того, отношение населения к медицинскому страхованию крайне противоречиво и имеет явную тенденцию к отрицательному. Таким образом медицинское страхование, как способ реформирования отечественного здравоохранения в целом, имеет в России крайне ограниченную социальную базу.

Организационные проблемы обязательного медицинского страхования

В течение десяти лет обязательное медицинское страхование в субъектах Российской Федерации развивалось и функционировало в виде нескольких моделей, обусловленных различной инфраструктурой страховщиков, что приводило к абсолютно различным механизмам финансирования медицинской помощи, оказываемой в рамках медицинского страхования.

Как минимум, этих моделей было четыре: страховая модель (в территориях работали фонды ОМС и страховые компании, которые осуществляли деятельность в соответствии с действующим законодательством); фондовая модель (в территориях работали только фонды ОМС, которые выполняли роль страховщиков, а страховые компании не работали или отсутствовали вообще); смешанная модель (и фонды ОМС и страховые компании существовали и выполняли роль страховщиков) и нулевая модель (все финансовые ресурсы медицинского страхования зачислялись в бюджет и механизмы медицинского страхования не использовались). В этом заключается часть организационной проблемы медицинского страхования.

Другая часть этой проблемы заключалась в том, что подобное «разнообразие» далеко не всегда позволяло гражданам, застрахованным в разных субъектах Федерации не только реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, если они находились не по месту



своего жительство, но зачастую и претендовать на получение медицинской помощи вообще. Исключение составляли только случаи экстренной помощи. Только в 1999 году, Федеральному фонду ОМС удалось в определенной степени решить эту проблему, обязав территориальные фонды ОМС осуществлять взаиморасчеты за оказанную иногородним медицинскую помощь.

Наличие обозначенной выше проблемы способствовало региональным диспропорциям в становлении и развитии системы медицинского страхования, что в свою очередь приводило к значительной дифференциации конституционных прав и реальных возможностей населения в получении медицинской помощи. До сих пор данная проблема решена не в полном объеме.

Кроме того, управление территориальными фондами ОМС осуществляется органами исполнительной власти субъектов Федерации, что предоставляло возможность нецелевого использования финансовых ресурсов медицинского страхования.

Любые реформации требуют **информационной поддержки**, которая, прежде всего необходима для консолидации уже существующих сторонников перемен и привлечения в их число новых. В определенные исторические периоды, когда происходят значимые для всего общества изменения (а к таким можно отнести и введение медицинского страхования), информационная поддержка должна приобретать характер пропаганды. При этом пропаганда должна носить не огульный а целенаправленный характер. В нашем случае следовало бы сосредоточить усилия на разъяснительной работе среди медицинского персонала. Следует с сожалением констатировать, что этого сделано не было.²⁹

До сих пор обществу навязываются **ложные мифы** о том, что на Алма-Атинской Конференции Всемирной Организации Здравоохранения в 1978 году советское здравоохранение было признано лучшим в мире, **хотя ни в одном документе этой конференции, ни в свидетельствах очевидцев информации об этом нет.**

По данным социологических исследований, проведенных в различных регионах России в период внедрения медицинского страхования (1995-1997 гг.) подавляющее большинство врачей узнавали о медицинском страховании и познавали его особенности

²⁹ Такие заголовки статей, посвященных медицинскому страхованию, как «Карелия: медстрахование не для энтузиастов» (Медицинская газета 18 августа 1995 г.) или «Что за звери - ОМС и ФОМС» (Правда, 25 июля 1995 г.), вызывали у читателей далеко не радужные мысли о медицинском страховании и формировали негативное отношение к нему.



из тех же источников, что и все остальное население – из средств массовой информации.

С большим опозданием началась специальная подготовка не только врачей, но и руководителей здравоохранения. Результаты торопливости того периода, плодами которой стали неинформированность медицинского персонала о сути и принципах медицинского страхования, непонимание причин, целесообразности и необходимости его использования в России, проявляются в виде негативного отношения большинства врачей к медицинскому страхованию, которое, по их мнению, не принесло в здравоохранение ничего, кроме заполнения дополнительного количества документов. Исторические корни любой проблемы знать необходимо. Без этих знаний вероятность повторения прошлых ошибок очень велика.

Есть еще одна важная деталь: на наш взгляд, в качестве экспертов по той или иной проблеме могут привлекаться только сведущие в этой проблеме специалисты, а не те новоявленные «мессии», которые имеет высокие, но не всегда оправданные претензии на беспрекословные суждения по любому вопросу. Любое мнение следует учитывать и уважать, но при формировании цивилизованных общественных отношений, а особенно при принятии управленческих решений следовало бы, прежде всего, учитывать мнение специалистов в данной области знаний.

Громкий голос в сочетании с недостаточной подготовленностью и, как следствие, поверхностностью суждений и выводов погубили не мало замечательных идей и дел в России.

Мировая практика свидетельствует о том, что основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт медицинского страхования.

В России введение страхового механизма мобилизации дополнительных ресурсов в бюджетную модель здравоохранения в виде обязательного медицинского страхования (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 принципов построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования. 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.

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, существовавшие многие десятилетия в здравоохранении.

Особенно важно отметить, что введение страхования способствовало созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи. Как социальный институт ОМС обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении.

Учитывая вышеизложенное, становится очевидным, что в настоящее время крайне необходимо провести модернизацию ОМС, сконцентрировав основные усилия на достижении сбалансированности ресурсов и обязательств системы, а также создать условия и предпосылки реформирования здравоохранения.

Концептуальные основы модернизации медицинского страхования

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

Для достижения поставленной цели необходимо последовательно решить следующие задачи:

- обеспечить сбалансированность доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;
- обеспечить эффективных механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы ОМС;



- устранить недостатки, накопившихся в системе за период ее существования;
- гармонизировать правовые и организационно-экономические механизмы взаимодействия обязательного медицинского страхования, здравоохранения и граждан.

Именно эти задачи модернизации обязательного медицинского страхования определены в Концепции модернизации ОМС, утвержденной в 2003 году Правительством Российской Федерации.

Предусмотренная в Концепции модернизация системы финансирования включает расширение и укрепление финансовой базы обязательного медицинского страхования за счет разработки новых подходов к формированию программы обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью на основе установления четких приоритетов в развитии здравоохранения.

Предполагается, что порядок формирования Программы государственных гарантий будет включать:

- *определение приоритетов (по видам медицинской помощи);*
- *формирование нормативов подушевого финансирования по категориям граждан в региональном разрезе;*
- *определение принципов софинансирования программных мероприятий из различных источников (средства ОМС, бюджетные средства и т.д.);*
- *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.).*

Кроме того, существует реальная необходимость разработать механизмы, стимулирующие субъекты Федерации к полному выполнению обязательств страхователя неработающего населения, проживающего на территории данного субъекта, изыскать источник увеличения объема финансирования системы обязательного медицинского страхования и обеспечить формирование финансовых резервов способных эффективно обеспечить выравнивание условий финансирования программ обязательного



медицинского страхования в субъектах Федерации.

Концепцией предусмотрено формирование механизмов эффективного расходования средств обязательного медицинского страхования, в том числе принятие положений, предусматривающих обязанность страховщиков выбирать медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь, в которых оптимально сочетаются критерии цены и качества

В Концепции определен единый порядок движения финансовых средств в системе ОМС, предполагающий разработку и внедрение новых договорных отношений между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, использование унифицированных способов оплаты медицинской помощи. Последние должны играть роль финансовых нормативов, формирующих доходную базу организаций, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, за счет государственных источников финансирования

Одним из условий модернизации обязательного медицинского страхования является расширение организационно-правовых форм в здравоохранении. Как вариант предлагается рассматривать организационно-правовую форму «некоммерческая организация» и законодательно установить новые организационно-правовые формы и внести соответствующие поправки в законодательство, регулирующие имущественные, налоговые, трудовые и другие организационно-экономические отношения.

В Концепции разработано информационно-методическое обеспечение функционирования системы ОМС и зафиксирована этапность реформирования системы ОМС, которая будет выражаться:

- *поэтапном расширении числа регионов-участников;*
- *поэтапном расширении охваченных категорий застрахованных;*
- *поэтапном повышении уровня централизации ЕСН;*
- *корректировке размеров налогового вычета из ЕСН, 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).*

Данная концепция легла в основу для разработки нового закона **«Об обязательном медицинском страховании в**



Российской Федерации», проект которого представлен в Государственную Думу.

Предполагалось, что введение нового закона начнется с 2004 года, с поэтапным наращиванием числа регионов, заключивших 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.

Развитие законодательной базы обязательного медицинского страхования 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.

Финансовые аспекты здравоохранения в России: эффективность и проблемы реформирования

Е.Н. Шутяк, доцент Самарской государственной экономической академии, к.э.н.

Экономическая эффективность использования финансовых ресурсов

Финансовое обеспечение конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции Российской Федерации) на основании закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан Российской Федерации" (ред. 1993 г.) возложено на Федеральный и территориальные фонды обязательное медицинское страхование (далее – ФФОМС и ТФОМС). Так, ФФОМС осуществляет свою деятельность в соответствии с Уставом, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 июля 1998 г. № 857, ТФОМСы - на основании Положения о Территориальном фонде ОМС, утвержденного Постановлением Правительства от 24 февраля 1993 г, № 4543-1.



Анализ отчетов об исполнении бюджетов фондов ОМС позволяет сделать ряд обобщений и выводов.

Хотя, общий объем финансовых ресурсов ОМС за 5 лет в сопоставимых ценах вырос на 86%, но оценить данную ситуацию однозначно нельзя. Так, две трети доходов - это взносы единого социального налога (далее - ЕСН) за работающих и при этом наблюдается тенденция снижения их доли в среднем на 2% в год. Поступления взносов региональных органов на ОМС за неработающее население на 44% ниже минимальной расчетной потребности и на 73% - от оптимальной ее величины (по данным 2002 г.) В результате ресурсы ОМС не дотянули до минимально необходимых на 5%, а до оптимальных - на 39%.

Финансирование территориальных программ ОМС занимает в структуре расходов фондов в среднем 94,8%. В сопоставимых ценах оно за пятилетний период возросло на 87%. При этом управленческие и организационные издержки возросли на 25%.

За период с 1998 по 2001 г. среднегодовые темпы прироста финансовых ресурсов ОМС и финансирования расходов по лечению застрахованных были приблизительно равны 17%, что обусловило стабильный уровень сопряженной экономической эффективности фондов ОМС.

Расчеты свидетельствуют, что расходы на ведение дела страховых медицинских организаций (далее – СМО) варьируют в пределах 1,5-2,5%³⁰ средств ОМС, передаваемых в СМО, т. е. составляют в среднем 2%. Однако, если учесть, что в половине случаев функции СМО выполняют филиалы территориальных фондов, то ориентировочно управленческо-организационные (транзакционные) издержки СМО можно рассчитать как произведение средней доли расходов на ведение дела и половины объема средств, переданных фондами на финансирование ОМС. Таким образом, расходы на ведение дела составили (а расходы на застрахованных, соответственно, сократились) в 1998 г. 287 млн. руб., в 1999 г. 434 млн. руб., в 2001 г. 843 млн. руб., т. е. 1% расходов фондов на ОМС.

Согласно нормативному документу Федерального фонда ОМС, принятому в 1997 г.³¹, средства ОМС должны направляться лечебно-профилактические учреждения (далее – ЛПУ) на

³⁰ Вишняков О.Л. О роли СМО в реформировании здравоохранения // Страховое дело. - 2003. - № 4. - С. 52.

³¹ Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы ОМС // Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих ОМС в РФ. - Т. 6 / ФФОМС. - М, 1998. - С. 109-118.



финансирование расходов по четырем статьям: заработная плата; начисления на заработную плату в фонды социального страхования; продукты питания; медикаменты и перевязочные средства, т.е. на расходы, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи.

На практике часть ресурсов ЛПУ расходуют на другие цели: оплату дорогостоящего оборудования, собственных обязательств (налогов, штрафов, пени, капитального ремонта, медицинских услуг, не включенных в территориальную программу, коммунальных услуг и т.п.). В 1997 г. доля таких расходов составила 24%³², что в конечном итоге носит нецелевой характер.

На наш взгляд, необходимо учесть также следующее. В структуре персонала лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) 25% - это немедицинские работники, функции которых непосредственно не связаны с оказанием медицинской помощи. Таким образом, примерно 20% расходов на оплату труда следует отнести к транзакционным издержкам (или 10% общей суммы расходов ЛПУ).

Если предположить, что в целом по стране нецелевые расходы ресурсов ОМС на современном этапе не превышают 10%, то, следуя вышеобозначенной логике, *можно отметить: доля управленческих издержек ЛПУ равна 20% (10%+10%), что недопустимо много.* Столь низкие уровни экономической эффективности ОМС и расходов на оказание медицинской помощи застрахованным привели к тому, что по данным ВОЗ в мировом рейтинге по уровню развития системы здравоохранения (рейтинг включал 191 страну) в 1997 г. Россия заняла 130-е место³³.

Социальная эффективность здравоохранения: как ее оценить

В целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации ежегодно утверждает "Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью", центральное место в которой принадлежит базовой программе ОМС. Программа включает в себя:

³² Обязательное медицинское страхование в РФ в 1997 году: (Аналитические и статистические материалы) / ФФОМС. - М., 1998. - С. 28-29.

³³ Тенденции в странах Европы и Северной Америки: Справ. - М.: Мысль. 2001.-С. 130.



- *перечень видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации бесплатно;*
- *базовую программу ОМС;*
- *перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению за счет бюджетов всех уровней;*
- *объемы медицинской помощи, предоставляемой населению субъекта РФ бесплатно;*
- *подушевые нормативы финансирования здравоохранения.*

Базовая программа определяет объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам Российской Федерации. Медицинские услуги в рамках гарантированного объема предоставляются на всей территории страны в соответствии с договорами ОМС и не зависят от размера фактически перечисленных страховых взносов.

В последнем тезисе заключается причина многих проблем финансового обеспечения здравоохранения. По оценке ученых и ведущих специалистов, стоимость базовой программы ОМС в 1999 г. оценивались в объеме 104,9 млрд. руб., или составляла 2,3% ВВП³⁴.

По данным государственной статистики, территориальные фонды ОМС в том же году располагали фактическими доходами в сумме 48,3 млрд. руб. (1% ВВП)³⁵. Если из этой суммы исключить управленческие расходы, то финансовые ресурсы системы окажутся равными 45,6 млрд. руб.

Таким образом, базовая программа ОМС была фактически обеспечена всего на 43,5%. Эти расчеты полностью подтверждают мнение профессора А.Л. Линденбратена, с которым трудно не согласиться: "Объем средств, получаемых территориальными фондами обязательного медицинского страхования от страхователей, регламентирован единым для всей страны размером страхового взноса и зависит в основном от экономического развития данного региона, количества зарегистрированных страхователей с определенным фондом заработной платы, а также их финансовой дисциплины, не будучи связан с состоянием здоровья населения, проживающего на данной территории, и его потребностью в медицинской помощи.

³⁴ Шишкин С.В. Указ. соч. - С.77. Социальное положение и уровень жизни населения России. - С. 161.

³⁵ См.: Тенденции в странах Европы и Северной Америки: Справ. - С. 143.



В свою очередь, страховщики получают средства из фондов ОМС уже по душевым нормативам, размер которых отличается на каждой конкретной территории и связан в основном с численностью населения и объемом средств, аккумулированных в территориальном фонде, в зависимости от количества застрахованных в данной страховой медицинской организации.

Финансирование же медицинских учреждений осуществляется, как правило, по тарифам за медицинские услуги, в значительной степени отражает реализованный спрос населения на медицинскую помощь, что, как уже было сказано выше, практически не учитывается при финансовом обеспечении территориальных программ ОМС³⁶.

Эффективность социальной защиты населения в сфере здравоохранения принято оценивать показателями состояния здоровья. В международной практике одним из качественных показателей развития здравоохранения является доля соответствующих расходов в ВВП.

Результаты анализа эффективности здравоохранения приведены в таблице, свидетельствуют о том, что доля расходов ВВП на данную сферу снизилась за 5 лет на 9,1%. С учетом незначительного колебания этого показателя можно утверждать, что он "замер" на отметке 3%.

Для сравнения: по данным Европейской экономической комиссии ООН, 32 государства Европы и Америки тратят на здравоохранение минимум в 2 раза больше (приведены сведения по 50 странам)³⁷. Меньше чем в России финансируют здравоохранение только в Армении, Кыргызстане, Грузии, Казахстане, Таджикистане и Азербайджане.

Однако расходы в здравоохранении на одного жителя характеризуются положительной динамикой: в среднем растут на 12% в год, в том числе за счет социального страхования - на 15%, бюджетного финансирования - на 11%. В то же время следует отметить замедление темпов роста в 2002 г.

³⁶ Линденбратен АЛ. Очерк пятый: Об обязательном медицинском страховании // Вести. ОМС. - 2003. - № 1. - С. 28.

³⁷ См.: Тенденции в странах Европы и Северной Америки: Справ. - С. 143.



Таблица

Анализ динамики финансового обеспечения здравоохранения в расчете на одного жителя РФ в 1998-2002 гг. и качественных показателей состояния здоровья населения в 1998-2000 гг.*

	Цепные темпы роста				Темп роста за 1998-2001 (2002) гг.
	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	
Расходы системы ОМС	109.7	124.6	107.5	120.1	177.5
Поступления из бюджетной системы РФ на финансирование здравоохранения	117.4	121.3	110.2	93.0	146.0
Всего финансовых ресурсов здравоохранения	115.0	122.2	109.3	101.8	156.4
Продолжительность жизни	98.4	99.1	101.5	-	99.0
Уровень заболеваемости	106.0	103.6	98.6	-	108.2
Уровень смертности	108.2	104.3	101.9	-	114.9
Уровень младенческой смертности	102.5	90.7	95.6	-	88.8
Уровень смертности населения в трудоспособном возрасте	110.6	108.1	102.3	-	122.3
Общая сумма расходов на здравоохранение, % к ВВП	87.9	96.5	107.1	100.0	90.9

* - расчеты выполнены автором

Недостаточное финансирование медицины на протяжении нескольких десятилетий не могло не отразиться на состоянии здоровья россиян. За анализируемый период продолжительность жизни снизилась на 1%. Причем российская оценка ожидаемой продолжительности жизни (65 лет) выше, чем по методике ВОЗ (1961)³⁸.

В стране растет заболеваемость и смертность (кроме младенческой), причем темп роста смертности трудоспособного населения опережает рост общей смертности на 7,4 п.п.

³⁸ Шишкин С.В. Указ. соч. - С. 16.



Общий вывод однозначен: социальная эффективность охраны здоровья, в том числе с помощью ОМС, населения России отрицательна, на каждый вложенный рубль мы имеем прирост заболеваемости и смертности, население вымирает.

Проблемы и пути совершенствования финансирования здравоохранения

На сегодняшний день проблемы финансирования здравоохранения в стране являются самыми острыми в системе финансового обеспечения социальной защиты. Правительство Российской Федерации в марте 2003 г. в основном одобрило Концепцию модернизации обязательного медицинского страхования. Основа модернизации системы обязательного медицинского страхования - это укрепление финансовой базы. Доминирующим принципом модернизации должна стать сбалансированность ресурсов и обязательств системы ОМС.

В программном документе "Основные направления социально-экономической политики Правительства РФ на долгосрочную перспективу", одобренном на заседании Правительства РФ 28 июня 2000 г., была поставлена задача достижения сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства без сокращения перечня и объемов бесплатной медицинской помощи.

Предполагалось, что в случае увеличения бюджетных ассигнований на здравоохранение на 0,3% ВВП в 2001-2002 гг. может быть достигнуто формальное равенство размеров государственного финансирования здравоохранения и стоимости программы государственных гарантий. Однако, по мнению специалистов, увеличение финансирования на 0,3-0,4% ВВП следует рассматривать как заниженную оценку³⁹.

Нормативы стоимости медицинской помощи, используемые для расчетов стоимости этой программы, не учитывают расходов по проведению требуемой широкомасштабной реструктуризации здравоохранения, занижают затраты, необходимые на медикаменты, а также фиксируют существующий относительно низкий уровень заработной платы медицинских работников, которые в реальности получают часть доходов за счет теневых платежей пациентов. Кроме того, стоимость программы государственных

³⁹ См.: Шишкин С.В. Указ. соч. - С. 302.



гарантий рассчитывалась на основе требуемых объемов медицинской помощи, исходя из предпосылки, что оплачиваться будут только объемы медицинской помощи без расходов на содержание медицинских организаций.

На практике же бюджетные средства расходуются преимущественно на содержание медицинских организаций. Развитие и укрепление финансовой устойчивости российского здравоохранения, функционирующего на основе двухканального (за счет бюджетов всех уровней и ОМС) финансирования с постатейным разграничением полномочий между соответствующими структурами, возможно в зависимости от выбранной стратегии по следующим вариантам:

- *интеграция страховой системы в бюджетную систему финансирования;*
- *переход от постатейного двухканального софинансирования медицинских организаций к долевному софинансированию медицинской помощи;*
- *интеграция бюджетных ресурсов в систему ОМС;*
- *сохранение сложившейся системы при повышении ответственности органов государственной власти за страхование неработающего населения.*

Позиции ученых и специалистов при этом зачастую полярные.

Преимущества и недостатки первых трех вариантов детально анализировал С.В. Шишкин, по мнению которого наиболее предпочтительным является завершение перехода к страховому финансированию медицинских организаций⁴⁰.

В разработанной Академией труда и социального развития Концепции социального государства РФ предполагается бюджетное финансирование здравоохранения⁴¹.

Правительство РФ при подготовке проекта очередного Закона об обязательном медицинском страховании на основе Концепции модернизации ОМС, как представляется, остановилось на преимущественно бюджетном финансировании здравоохранения, но при сохранении организационной структуры ОМС. Получит ли Правительство в итоге укрепление финансовой устойчивости отрасли, сказать трудно.

⁴⁰ См.: Шишкин С.В. Указ. соч. - С. 358-369.

⁴¹ См.: Концепция социального государства РФ. - М., 2003. - С. 39.



По мнению И.М. Шеймана, законопроект противоречит Концепции в части соотношения ОМС и добровольного медицинского страхования, не обеспечивает равного права всех жителей страны на бесплатную медицинскую помощь, не соответствует принципу солидарности, усиливает безответственность как территориальных фондов ОМС, так и органов управления здравоохранения за финансовое обеспечение здравоохранения, сохраняя при этом низкий его уровень⁴².

С учетом фактически имеющего место кризиса финансирования здравоохранения наиболее эффективным представляется концентрация ресурсов и ответственности в рамках одного института - социального обеспечения и одной организации - государства, при параллельном финансовом стимулировании (налоги, льготы) добровольного медицинского страхования, как корпоративного, так и индивидуального.

Практика применения ОМС в России привела к существенным результатам: не реализовано ни одно из теоретически присущих ему преимуществ; не сформировало стимулов к экономии финансовых ресурсов по причине их катастрофического дефицита, не повысило качества медицинского обслуживания застрахованных, которые по-прежнему не стремятся вести здоровый образ жизни, а страхователи и страховщики по-прежнему экономически не заинтересованы заниматься его пропагандой или профилактикой заболеваний.

Бюджетное финансирование медицинской помощи является тем институтом, который тождественен в сознании россиян с социальной справедливостью, доступностью и гарантированностью медицинской помощи. Отсутствие культуры страхования, развитого страхового рынка не позволит ОМС в ближайшей перспективе получить адекватное развитие в нашей стране.

Что касается платной медицины, когда услуги оказываются за счет средств пациентов, то она должна развиваться на базе частных клиник в соответствии с законами рыночной экономики. Использование зданий и оборудования государственных ЛПУ, созданных на средства бюджетов, а также рабочего времени врачами в ущерб пациентам, получающим услуги бесплатно в гарантированном государством объеме, является фактором, усиливающим социальное неравенство и напряженность в обществе.

⁴² См.: Шейман И.М. Проблему дефицита могут решить соплатежи // Мед. вести. - 2003. - 4 апр.



Не стоит забывать, что высокий уровень социальной защиты является, в свою очередь, фактором экономического роста. Поэтому, представляется целесообразным, определить следующие налоги в качестве источников доходов целевого бюджетного фонда финансирования здравоохранения:

1) *прямой налог на здравоохранение на доходы (зарплату) самозанятых и состоящих в отношениях по найму по ставке 1 %;*

2) *косвенный налог на здравоохранение, по типу налога с оборота (вместо доли ЕСН, поступающей в ФФОМС и ТФОМС) по ставке 6%;*

3) *средства федерального бюджета в объеме, обеспечивающем сбалансированность финансовых ресурсов и затрат в здравоохранении.*

Делегирование государством части своих полномочий по социальной защите корпорациям могло бы снизить нагрузку на бюджет. В российской истории такой опыт был: страхование от несчастных случаев на производстве и медицинское страхование по закону 1912 г.

В современных российских условиях можно было бы поступить следующим образом. В отраслях, обеспечивающих высокий уровень рентабельности и заработной платы, обязать работодателей на крупных предприятиях осуществлять медицинское страхование своих работников в объеме территориальной программы ОМС (Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи) за счет прямых отчислений от прибыли и заработной платы. При этом предоставить право уплаты взносов в солидарную систему ОМС по пониженной ставке, но их необходимо сохранить, так как любой уволившийся должен иметь возможность обменять полис обязательного корпоративного медицинского страхования на государственный, так как правительство остается конечным гарантом всех форм национальных систем финансового обеспечения социальной защиты.

Для предприятий, имеющих на балансе ЛПУ, должны быть предусмотрены налоговые льготы. Механизм функционирования подобного финансового института должен быть детально разработан, а его внедрение следует осуществлять поэтапно. Прибыль, направляемую на финансирование корпоративного здравоохранения (фабрично-заводской медицины), можно



рассматривать как налог на сверхприбыль отраслей или форму ее перераспределения в пользу нуждающихся членов общества.

Таким образом, охрана здоровья граждан РФ, проживающих на всей территории страны должна гарантироваться в равной степени за счет общегосударственных финансовых ресурсов в объеме не менее 6% ВВП в год, в том числе за счет института обязательного корпоративного медицинского страхования или фабрично-заводской медицины на предприятиях с высоким уровнем рентабельности. Добровольное медицинское страхование должно развиваться в качестве дополнительной формы защиты членов общества от риска потери здоровья.