

ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА

5 Газетный пер., Москва 125993, Россия

Phone: (095) 229-65-96 Fax: (095) 202-42-24 E-Mail: administrator@iet.ru web: <http://www.iet.ru>

Пути реформирования систем социального и обязательного медицинского страхования

Шишкин С.В.

Москва 2003

Существующие в нашей стране системы социального [1] и обязательного медицинского страхования обладают серьезными изъянами. Они обусловлены как специфическими особенностями организации каждого из этих видов страхования в России, так и некоторыми общими особенностями построения всей системы различных видов обязательного социального страхования и ее функционирования в условиях переходного периода.

Изъяны системы обязательного медицинского страхования

В нашей стране система обязательного медицинского страхования (ОМС) сформировалась в первой половине 90-х годов, после принятия в 1991 г. Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Ключевыми проблемами сложившейся системы ОМС являются следующие:

Во-первых, несбалансированность программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, составной частью которой является базовая программа ОМС, с размерами финансовых ресурсов направляемых государством на здравоохранение в целом, и с финансовыми средствами, аккумулируемыми в системе ОМС, в частности.

Во-вторых, несоответствие между принципами, положенными в основу дизайна системы ОМС, и фактическими принципами ее внедрения, следствием чего является неэффективность сложившейся государственной системы финансирования здравоохранения.

Система ОМС, предусмотренная вышеуказанным законом, призвана была стать заменой системы бюджетного финансирования предоставления медицинской помощи населению. Утвержденная базовая программа ОМС охватывает большую часть видов медицинской помощи, предоставляемых населению. Соответственно система ОМС должна была аккумулировать не менее двух третей государственного финансирования здравоохранения (напрямую из бюджета должны были финансироваться высокотехнологичные виды медицинской помощи, лечение заболеваний, имеющих особую социальную значимость (туберкулез, ВИЧ-СПИД, психические заболевания и пр.), санитарно-эпидемиологический надзор и скорая медицинская помощь). Финансирование работы медицинских учреждений должно было происходить на основе договоров, заключаемых ими со страховщиками. Участие негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС в качестве страховщиков было предусмотрено в качестве средства создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховщиков друг с другом за застрахованных.

Фактически система ОМС сложилась как дополнение системы бюджетного

финансирования. В системе ОМС концентрируется лишь одна треть государственного финансирования здравоохранения. Медицинские учреждения получают финансовые средства на покрытие издержек одной и той же деятельности одновременно по двум каналам: бюджетного финансирования и ОМС. Такое сочетание двух систем финансирования не создает ни у кого из их участников стимулов к повышению эффективности использования ресурсов. Нерациональность симбиоза бюджетного и страхового финансирования усиливается многообразием региональных вариантов сочетания этих двух систем.

Отличительная черта российской системы ОМС – это участие негосударственных страховых медицинских организаций в роли страховщиков. Но функционально их реальная роль далека от той, выполнение которой, с точки зрения экономической теории, оправдывает включение негосударственных страховщиков в систему ОМС. Условия работы страховых медицинских организаций были сформированы таким образом, что страховщики в большинстве своем выполняют функции пассивных посредников, обслуживающих движение финансовых средств от фондов ОМС к медицинским учреждениям. Результативность для общества такой их деятельности в сравнении с издержками не оправдывает их сохранения в системе ОМС в нынешней роли.

В-третьих, застрахованные в системе ОМС имеют минимальные возможности экономического давления на ее субъектов, побуждающего их к сохранению и росту уровня качества услуг и эффективности использования ресурсов. Декларированные в законе права застрахованных по выбору страховщиков и медицинских учреждений существенно обесценены отсутствием возможности самостоятельно заключать договоры со страховщиком и выбирать между альтернативными страховыми программами. За работающих застрахованных выбор страховщика производят их работодатели, а за неработающих - органы государственной власти и местного самоуправления. Выбор работодателей на практике зачастую также существенно ограничен административными решениями относительно организации территориальных систем ОМС, количества и роли в них страховщиков, распределения между ними страхового поля.

У застрахованного имеются весьма ограниченные возможности выбора медицинских учреждений для получения медицинской помощи в системе ОМС. Во многих регионах действует принцип территориального закрепления населения за определенными медицинскими учреждениями, и застрахованный, если он не удовлетворен качеством лечения в соответствующем медицинском учреждении, может получить ее в другом месте, как правило, лишь оплатив ее в той или иной форме (приобретая полис добровольного медицинского страхования, заплатив в кассу медицинского учреждения, или в руки медицинским работникам). Система ОМС при этом выполняет функцию финансирования предоставления населению безальтернативного по качеству медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи иначе, чем предусмотрено административно установленными правилами территориального прикрепления пациентов, происходит ценой фактического выхода за рамки системы ОМС и потери права на использование ее средств для компенсации, хотя бы частичной, получения услуг более высокого качества.

Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными в той системе финансирования, которая реально функционирует под названием обязательное медицинское страхование. С функциональной точки зрения, российская система ОМС в настоящее время фактически является особой формой бюджетного финансирования здравоохранения.

Изъяны системы социального страхования

Существующая система социального страхования сформировалась в своих основных чертах еще в советское время, и в переходный период претерпела лишь некоторые организационные

трансформации, не меняющие ее суть. Эта система обладает следующими изъятиями.

Во-первых, сложившиеся направления использования средств, аккумулируемых в этой системе (направления расходов Фонда социального страхования), являются функционально неоднородными: часть реализует функции страхования, часть – социальной помощи, часть – комбинацию этих функций.

Выплата пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам имеет ясно выраженную страховую природу. Доля соответствующих выплат в расходах Фонда социального страхования (ФСС) в 2001 г. составляла 57,7%.

Пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, по уходу за ребенком-инвалидом, на погребение, являются, по сути, формами социальной помощи населению. Размеры этих пособий не зависят от трудового стажа и размера утраченного заработка застрахованных. Доля расходов на выплату этих пособий составляла в 2001 г. 6,2% бюджета ФСС.

Средства социального страхования используются для полной (некоторым категориям застрахованных) или частичной оплаты путевок в санатории, пансионаты, дома отдыха и проезда к месту лечения и отдыха и обратно, для финансирования содержания санаториев-профилакториев, принадлежащих предприятиям и Фонду социального страхования, содержания санаторных и оздоровительных лагерей для детей и юношества, детско-юношеских спортивных школ, оплаты детских новогодних подарков и т.п. Доля расходов этой группы достигала 19,5% в 2001 г.. До недавнего времени лишь небольшая этих расходов была связана с возмещением затрат на реабилитацию граждан, нуждающихся в санаторно-курортном лечении по медицинским показаниям после перенесенного заболевания, а также пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС. В основной же своей части эти расходы не были обусловлены наступлением страхового случая, а носили профилактическую направленность. Разумеется, они служили сокращению риска заболеваемости в будущем. Однако их нельзя признать полноценной формой страховых расходов. Связь между размерами затрат на санаторно-курортное лечение и оздоровление и количеством страховых случаев, обуславливающих необходимость выплаты пособий по временной нетрудоспособности, пока не поддается надежному измерению, не выступает предметом рационального сопоставления затрат и результатов и соответственно не может быть самостоятельным предметом страховых оценок и отношений. Эти виды расходов функционально ближе к социальному обеспечению.

Следует отметить, что с 2001 года доля расходов на эти цели в бюджете ФСС стала уменьшаться (в 2000 г. она составила 33,6%, в 2001 - 19,5%). Это было обусловлено сокращением доходной части ФСС: с введением социального налога размер взносов в ФСС, был уменьшен с 5,4 до 4,0 % от величины фонда оплаты труда. После этого ежегодно стал устанавливаться норматив предельного размера оплаты санаторно-курортного лечения в сутки. В проекте бюджета ФСС на 2003 г. средств, предусматриваемых для финансирования санаторно-курортного лечения и оздоровления, хватит лишь для оплаты путевок в санатории для долечивания определенных категорий больных после перенесенных заболеваний. Таким образом, по факту, в силу экономических ограничений, это направление расходования средств социального страхования сокращается.

Сочетание в деятельности ФСС функционально неоднородных направлений деятельности (страхования и оказания социальной помощи) создает внутренние препятствия для ФСС в развитии его деятельности как страховщика и в повышении эффективности функционирования системы социального страхования. В последние годы вследствие ограничения доходной базы ФСС и установления предельных размеров пособий по

временной нетрудоспособности и предельных размеров возмещений расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление система социального страхования начала трансформироваться в особую форму государственной социальной помощи.

Во-вторых, различные направления расходования средств Фонда социального страхования являются неоднородными с точки зрения определенности условий предоставления соответствующих видов возмещений для застрахованных.

Размеры пособий и условия их предоставления являются однозначно определенными. Что же касается санаторно-курортного лечения и оздоровления, то здесь ситуация принципиально иная. Часть существующих здесь гарантий установлена для вполне определенных категорий населения: право на бесплатное санаторно-курортное лечение имеют граждане, перенесшие острый инфаркт миокарда, операции по поводу аортокоронарного шунтирования, аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря; работающие инвалиды; лица, пострадавшие вследствие чернобыльской аварии; ветераны Великой отечественной войны. В последние годы предоставлялось 35 – 40 тысяч таких путевок ежегодно. Для других категорий работающих граждан условия получения ими и их детьми льготных путевок в санатории, профилактории и оздоровительные лагеря не являются четко определенными. Они прежде всего зависят от финансовых возможностей предприятий, а там, где такие возможности имеются - от решений, принимаемых профсоюзными комитетами. Как видим, разная мера определенности условий предоставления разных видов возмещений непосредственно связана с функциональной неоднородностью направлений использования средств социального страхования.

Меньшая определенность прав застрахованных на получение возмещений на санаторно-курортное лечение и оздоровление выступает фактором, препятствующим функционированию системы социального страхования как системы страховой.

В-третьих, разные группы застрахованных имеют неравные возможности получения возмещений из системы социального страхования.

В классической схеме страхования объем страховых возмещений застрахованному зависит от размеров внесенных страховых взносов и длительности участия в страховой системе. Обусловленные только этими факторами различия прав застрахованных на получение страховых возмещений являются нормальными, поскольку отвечают сути механизма страхования. Существующая в отечественной системе социального страхования дифференциация размеров пособий по временной нетрудоспособности в зависимости от длительности непрерывного трудового стажа застрахованного отчасти отражает этот принцип. Хотя следует отметить, что зависимость размеров пособий от длительности именно непрерывного стажа, а не стажа вообще, является рудиментом социалистической системы социальной защиты, создающей для работников антистимулы к самостоятельному изменению места своей работы.

Но, говоря о неравенстве возможностей застрахованных как об изъяне существующей системы страхования, мы имеем в виду установленный порядок расходования средств на санаторно-курортное лечение и оздоровление. Согласно действующим правилам социального страхования, работодатели вправе использовать остающиеся после выплаты пособий застрахованным средства для финансирования содержания принадлежащих им санаториев-профилакториев, оздоровительных лагерей и для оплаты лечения и оздоровления своих работников в этих и иных санаторно-лечебных и профилактических учреждениях. Это правило порождает неравенство.

Те предприятия, которые не владеют такими учреждениями, оказываются в худшем положении в отношении возможностей лечения и оздоровления своих работников, используя

для этого средства социального страхования.

Размеры расходования средств социального страхования на санаторно-курортное лечение и оздоровление на отдельных предприятиях регулируются нормативами доли таких расходов в общих расходах на цели социального страхования. Эти нормативы устанавливаются отделениями ФСС дифференцированно для разных групп предприятий. При этом значения нормативов для крупных по численности работающих предприятий выше, чем для средних и малых. Эта практика сложилась в советское время и отражала политику создания преимуществ для работников крупных предприятий. В условиях рыночной экономики действие этих правил приводит к тому, что работники небольших по численности предприятий, но экономически успешных, имеющих более высокие доходы и соответственно вносящих более весомые взносы в систему социального страхования в расчете на одного застрахованного, получают от этой системы меньше, чем работники предприятий, имеющих большую численность работающих, но вносящих в систему страхования меньше взносов в расчете на одного человека. Система социального страхования, в частности, ущемляет права новых субъектов предпринимательской деятельности по сравнению с крупными предприятиями, созданными в советское время.

Дифференциация возможностей пользования льготами за счет системы социального страхования отражает сосуществование в рамках сложившейся системы социального страхования элементов двух разных систем страхования.

Элементы первой системы (ее можно назвать общим социальным страхованием) - это единые для всех работающих и достаточно четко определенные социальные гарантии: выплата установленных пособий и оплата долечивания в санаторно-курортных учреждениях после определенных заболеваний.

Элементы второй системы (ее можно назвать системой коллективного или корпоративного страхования) - это оплата санаторно-курортного обслуживания и оздоровления, не связанного с только что перенесенным заболеванием, а зависящего главным образом от размеров и экономических возможностей предприятия, где работает застрахованный.

Институциональная неразграниченность двух разных компонентов составляет внутреннее противоречие существующей системы социального страхования. Противоречия, проявляющегося в неравенстве возможностей работников разных категорий предприятий в отношении пользования преимуществами системы социального страхования. Большими преимуществами обладают работники более крупных по численности занятых и более доходных предприятий. Те предприятия, которые имеют более высокие доходы, позволяющие им содержать объекты санаторно-оздоровительного назначения, и те предприятия, которые имеют больше работников и соответственно вносят в систему социального страхования в абсолютном выражении больше средств, фактически имеют право на большие социальные гарантии.

Изъяны института социального страхования в переходной экономике

Наряду со специфическими проблемами, присущими российским системам социального страхования и обязательного медицинского по отдельности, сами принципы организации социального страхования в широком его понимании оборачиваются определенными изъянами в переходный период от социалистической к рыночной экономике и развития постиндустриального общества.

Институт социального страхования сложился в рыночной экономике в условиях развития индустриального общества как альтернатива частному страхованию рисков ухудшения материального положения работающих и членов их семей вследствие потери работы,

трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, а также наступления старости. Главным признаком социального страхования выступает его обязательность для определенных категорий граждан и работодателей и участие государства в его регулировании и/или непосредственной организации. Необходимость участия государства в страховании таких рисков обуславливается изъянами институтов их частного страхования (проблемы социальных рисков, ухудшающего отбора и морального риска) и требования социальной справедливости в распределении доходов [2]. Частное страхование рисков потери доходов вследствие временной нетрудоспособности, безработицы и старости было распространено до 30-х годов во многих европейских странах, в США и Канаде. С 30-х годов страхование этих рисков стало рассматриваться в странах с развитой экономикой в качестве обязанности государства.

Социальное страхование с организационно-технологической точки зрения предстает как осуществление определенными категориями лиц (страхователями) обязательных взносов, которые аккумулируются страховщиками, и служат источником выплат застрахованным лицам страховых возмещений при наступлении страховых случаев (событий), являющихся реализацией страховых рисков.

По своему генезису социальное страхование соединяет в себе элементы страхового и налогового финансирования возмещений вышеуказанных рисков. Взносы в систему социального страхования за работающих платят либо работодатели, либо совместно работодатели и работники. Размер взносов устанавливается, как правило, государством в виде однозначно определенных ставок, исчисленных как процентные пункты к величине оплаты труда. В некоторых странах, например, в Германии, размер страховых взносов устанавливается самими страховщиками, но государство фиксирует минимальный уровень взносов. Обязательность уплаты страховых взносов порождает их общность с налоговыми платежами.

Принцип привязки взносов к размеру оплаты труда становится недостатком в экономике, где существенна доля неформального сектора и доля оплаты труда, производимой в теневой форме. Доходная база системы социального страхования оказывается суженной, а необходимость уплаты взносов с фонда оплаты труда выступает одним из стимулов сохранения и развития теневой экономической деятельности. Именно эта ситуация характерна для стран с переходной экономикой.

Имеется два основополагающих принципа, которые учитываются при исчислении размера взносов в систему социального страхования:

- принцип эквивалентности: размер взносов за каждое застрахованное лицо должен соответствовать риску наступления страховых случаев для данного лица и размерам соответствующих страховых возмещений;
- принцип солидарности: взносы, уплачиваемые за застрахованных лиц с более высокими доходами, должны быть больше, чем взносы за лиц с меньшими доходами; то есть состоятельные лица частично несут бремя социального страхования менее состоятельных: «богатый платит за бедного».

Взносы за работающих устанавливаются в процентных пунктах к размеру оплаты труда. При использовании плоской шкалы страхователи платят взносы за каждого застрахованного в виде одинакового процента к размеру оплаты его труда. В этом случае преимущество отдается принципу солидарности. Применение регрессивной шкалы означает, что ставка взносов, исчисленная в процентных пунктах, уменьшается по мере роста размера оплаты труда. Регрессивная шкала отражает влияние принципа эквивалентности.

В системах социального страхования, существующих в постсоциалистических странах, баланс между принципами страхового финансирования и налогового финансирования сильно смещен в пользу последних. При установлении размеров взносов и возмещений принцип эквивалентности приносится в жертву принципу солидарности.

Особенностью систем социального страхования, унаследованных от социализма, является широкий набор гарантий застрахованным и соответственно высокие размеры взносов, которые необходимо собирать для обеспечения этих гарантий. Это создает значительную нагрузку на работодателей. Для стимулирования усиления открытости предпринимательской деятельности и создания условия для устойчивого экономического роста необходимо сокращение существующих размеров взносов в систему социального страхования. Между тем сокращение размеров взносов возможно либо при условии, что объем гарантируемых возмещений будет сокращаться, либо недостающие расходы будут покрываться государством за счет общего налогообложения. Практика переходного периода показывает, что сократить обязательства в системе социального страхования чрезвычайно сложно. Следовательно, необходимое снижение размеров начислений на фонд оплаты труда, направляемых в качестве взносов в систему социального страхования достижимо ценой расширения налогового финансирования этой системы и ее трансформации в особую форму государственной социальной помощи.

Для постиндустриального общества характерно увеличение расходов на здравоохранение, обусловленное появлением новых дорогостоящих медицинских и фармацевтических технологий, усилением внимания людей к своему здоровью, ростом продолжительности жизни и увеличением доли лиц старших возрастов. Усиливается дифференциация предложения и спроса на медико-социальные услуги. Системы обязательного медицинского страхования, предоставляющие всем застрахованным права на бесплатное получение широкого спектра видов медицинской, профилактической, реабилитационной помощи, сталкиваются с проблемой обеспечения баланса между растущей стоимостью обеспечения декларируемых широких гарантий получения медицинской помощи и источниками их покрытия. Бесплатность получения услуг в системе обязательного медицинского страхования порождает повышенный спрос на них безотносительно к размерам взносов застрахованных в эту систему. Но дальнейший рост размеров обязательных взносов или увеличение бюджетного финансирования этой системы становятся тормозом экономического роста. Разрешение этой проблемы недостижимо без пересмотра самих исходных принципов организации социального страхования.

Направления возможных преобразований

Возможные пути преодоления изъянов сложившихся в нашей стране систем обязательного медицинского и социального страхования стали в последние годы в нашей стране предметом интенсивного обсуждения исследователей и работников органов государственной власти. До последнего времени рассматривались три основных пути решения проблем ОМС.

Первый: завершить введение системы ОМС, не меняя, а лишь уточняя основные принципы ее построения. Обеспечить сбалансированность программы ОМС с размерами финансовых ресурсов, аккумулируемых в системе ОМС, закрепить налоговые источники финансирования взносов за неработающее население и гарантировать направление этих средств в фонды ОМС. Сохранить страховые медицинские организации в качестве субъектов системы ОМС, но создать дополнительные условия (расширение лицензионных требований, предоставление застрахованным право непосредственного выбора страховщиков и др.) для развития конкуренции между ними и исключения возможности оставаться пассивными посредниками в движении финансовых средств между фондами ОМС и медицинскими учреждениями [3]. Это путь движения к модели, аналогичной организации финансирования программ Медикэр и

Медикейд в США.

Второй путь: рационализировать и упростить систему ОМС. Обеспечить сбалансированность программы ОМС с размерами ее финансирования. Исключить из нее страховые медицинские организации, превратив фонды ОМС в единственных покупателей медицинских услуг, предусмотренных программой ОМС, у медицинских учреждений, работающих в пределах территориальной сферы их ответственности. Это путь к формированию модели ОМС, реализованной в большинстве постсоциалистических стран.

Наконец, третий путь – демонтировать существующую систему ОМС, радикально упростить ее и превратить в особую подсистему бюджетного финансирования здравоохранения. Страховые медицинские организации исключаются из этой системы. Фонды ОМС административно подчиняются органам управления здравоохранением. Это позволяет преодолеть ситуацию двойственности плательщиков за медицинскую помощь, оказываемую населению медицинскими учреждениями, сохранив разделение покупателей и производителей медицинских услуг, что само по себе создает позитивные условия для повышения эффективности использования ресурсов в системе медицинского обслуживания. Это путь создания модели, реализованной в Киргизии.

«Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренные Правительством РФ 28 июня 2000 г., ориентируют на движение по первому пути. Но реальных действий по изменению сложившейся ситуации с финансированием здравоохранения за прошедшие 3,5 года так и не было предпринято. Вплоть до последнего времени не сложилась коалиция сил, заинтересованных в соответствующих преобразованиях и способных их осуществить. Сами страховщики, долгосрочным интересам которых отвечает реализация именно этого варианта реформы медицинского страхования, предпочли не организовывать никаких коллективных действий по его продвижению, вполне довольствуясь существующим в системе ОМС и перспективой сохранить его, пусть даже лишь в течение нескольких лет.

В качестве направлений реформирования системы социального страхования предлагались изменение правил предоставления и ограничение размеров пособий по временной нетрудоспособности и некоторых других, сокращение расходов на субсидирование санаторно-курортного лечения и оздоровления [4]. Правительство РФ вносило в Государственную Думу законопроекты, предусматривающие соответствующие изменения, но почти все варианты законодательного пересмотра существующих условий выплаты пособий в системе социального страхования оказались политически непроходимыми. Удалось лишь ограничить предельные размеры компенсаций расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление.

В последние два года широко обсуждался такой возможный путь реформирования социального и медицинского страхования, как их объединение в единую систему обязательного медико-социального страхования. Эта задача была сформулирована в «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством Российской Федерации 28 июня 2000 г. Разработка предложений об объединении обязательного и социального страхования в единую систему обязательного медико-социального страхования велась с осени 2000 г.. Но в апреле 2002 г. правительство отказалось от такого объединения, не найдя возможностей закрепить определенные налоговые поступления в качестве источников финансирования страховых взносов за неработающее население. Без закрепления источников взносов за неработающее население объединение существующих систем обязательного медицинского и социального страхования лишалось смысла. Создание более сложной системы без решения проблемы финансовой необеспеченности обязательств в рамках одной из исходных систем – системы ОМС - оказало бы деструктивное влияние на

осуществление и медицинского, и социального страхования.

Одним из аргументов в пользу объединения выступало указание на возможность проведения единой рациональной политики по отношению к разным видам затрат, связанным с общим для этих систем страховым случаем – заболеванием застрахованного. Следует, однако, признать, что при подготовке предложений об объединении двух систем не было предложено четких механизмов управления финансовыми ресурсами объединенной системы, обеспечивающего рационализацию осуществления разных видов затрат в объединенной системе.

Обозначенные выше направления реформирования систем обязательного медицинского и социального страхования, которые были в центре обсуждения в последние несколько лет, не претендовали на пересмотр базовых принципов организации социального страхования. Вместе с тем в постановочном плане стало разрабатываться новое направление возможного реформирования систем социального и медицинского страхования, ориентирующее на изменение сложившегося разграничения между обязательным и добровольным страхованием.

В качестве способа ослабления разрыва между обязательствами и финансовыми возможностями государства было предложено опираться на развитие форм добровольного медицинского страхования (ДМС) [5]:

- легализовать практику включения в программы ДМС медицинских услуг и лекарственного обеспечения, установленных программами ОМС [6], и тех видов медицинской помощи, которые предусматриваются базовой программой ОМС;
- допустить использование в счет оплаты взносов по ДМС части средств, заплаченных за соответствующих застрахованных в систему ОМС.

Это содействовало бы снижению стоимости программ ДМС, соответственно увеличению их доступности для граждан и расширению круга лиц, получающих полноценное медицинское обслуживание, финансируемое за счет легального сочетания общественных и частных средств.

Вариант реформирования ОМС на основе изменения соотношения систем ОМС и ДМС был проработан также в виде предложения о создании многоуровневой системы медицинского страхования, дифференцированной по степени участия государства в оплате медицинской помощи для различных категорий населения [7]. В этой многоуровневой системе программа ОМС формируется как двухуровневая. Первый уровень программы ОМС включает медицинские услуги, которые предоставляются населению бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС. Второй уровень включает медицинские услуги, которые одним группам населения предоставляются бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС, а другим группам – при условии соплатежей, и соответственно лишь частично финансируются из средств ОМС. Соплатежи, в свою очередь, могут быть предметом добровольного либо обязательного страхования. Программы ДМС выступают в качестве программ третьего и более высоких уровней. Их предметом могут являться услуги, включенные в программу ОМС второго уровня, соплатежи за такие услуги, а также услуги сверх программы ОМС.

В качестве способа разрешения проблемы дифференциации реальных возможностей застрахованных в существующей системе социального страхования, предлагалось провести институциональное выделение и разграничение двух ее компонентов: общего и коллективного (корпоративного) социального страхования [8].

Общее социальное страхование должно предусматривать единый для всех застрахованных тариф взносов, единый перечень пособий (возмещений) и однозначные условия их получения. В тех случаях, когда пособия устанавливаются для определенных категорий населения, критерии отнесения к этим категориям должны быть однозначными.

Коллективное социальное страхование должно предусматривать для работающих возможность самостоятельно устанавливать более высокий уровень своих социальных гарантий посредством уплаты дополнительных страховых взносов (использования более высокого тарифа взносов на социальное страхование, по сравнению с взносами на общее социальное страхование). Размер взносов, направления использования собираемых средств, состав и условия получения выплат должны определяться договорами коллективного страхования, заключаемыми на предприятии между профсоюзом, администрацией и страховщиком.

Новый прорыв в обсуждении перспектив реформирования систем обязательного медицинского и социального страхования связан с предложением институционального разграничения страхового и налогового финансирования гарантий, предоставляемых населению в рамках указанных видов социального страхования [9]. Достигается это разрешением работающим гражданам выходить из систем обязательного медицинского и социального страхования, заключать с негосударственными страховщиками договоры добровольного страхования рисков, страхуемых этими системами, и использовать часть средств социального налога для оплаты взносов, предусматриваемых этими договорами.

Другими словами, каждая из частей социального налога, направляемых ныне в фонды ОМС и Фонд социального страхования (базовые ставки – соответственно 3,6% и 4,0% от размера оплаты труда работающего), расщепляется на две составляющих. Одна по-прежнему направляется в указанные фонды и функционально становится исключительно налоговым платежом на финансирование оказания медицинской помощи и выплату определенных социальных пособий населению. Вторая составляющая перечисляется страховщику, с которым застрахованный заключил договор добровольного страхования. Эта составляющая функционально становится страховым платежом. Разница между размерами страховых взносов, предусмотренных договором со страховщиком, и размерами указанных платежей, производимых из сумм социального налога, покрывается за счет средств самого застрахованного или его работодателя.

Пропорция расщепления сумм социального налога на две указанных составляющих могут быть определены, руководствуясь соображением, что объем платежей в систему ОМС и социального страхования должен быть достаточен для покрытия расходов на оказание медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, и выплаты в полном объеме установленных законодательством пособий для всех тех работающих, которые останутся в системе ОМС и социального страхования.

В случае разрешения выхода из систем ОМС и социального страхования начнет формироваться система (системы), сочетающая элементы обязательного и добровольного страхования. Элементы обязательности будут касаться объема медицинской помощи, состава и минимального размера пособий, которые должны гарантироваться лицам, застрахованным в этой системе. Добровольность относится к принятию решения об участии в этой системе, выбору страховщика, соглашению о содержании страховой программы сверх обязательного минимума и соответствующем размере страховых взносов.

Наиболее перспективным представляется вариант, при котором предметом добровольного страхования будут одновременно выступать необходимость получения медицинской помощи и риски потери дохода в случае нетрудоспособности, инвалидности и т.д. То есть альтернативной существующим системам ОМС и социального страхования станет

объединенная система обязательного медико-социального страхования ОМСС+. В этом случае застрахованный должен принять решение о выходе одновременно из систем ОМС и социального страхования и о заключении договора о медико-социальном страховании с одним из страховщиков по своему выбору.

Однако это могут быть и две отдельные системы страхования. Одна в этом случае может быть названа системой ОМС-2 или ОМС+. Другая – соответственно системой социального страхования-2 или социального страхования+.

В любом случае, лица, вышедшие из системы ОМС, должны сохранить право на бесплатное получение неотложной медицинской помощи в медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС.

Следует также подчеркнуть, что предлагаемое разрешение выхода из системы ОМС и социального страхования и создание системы добровольного медико-социального страхования само по себе не устраняет проблем несбалансированности программы ОМС с ее финансовым обеспечением, эклектичности сочетания страхового и бюджетного финансирования оказания медицинской помощи, неэффективности деятельности страховщиков в системе ОМС, отсутствия у застрахованных действенных инструментов влияния на страховщиков и медицинские учреждения и др. Решение этих проблем требует реформирования системы ОМС.

Предоставление возможности выхода из систем ОМС и социального страхования при условии заключения договора добровольного медико-социального страхования соответствующих рисков создает условия для развития рынка услуг по медицинскому и социальному страхованию и развития конкуренции негосударственных страховых медицинских организаций.

Сейчас подавляющая часть частного финансирования получения медицинской помощи осуществляется посредством оплаты получаемых услуг, производимой пациентами в кассу медицинского учреждения или в руки его работникам. Предлагаемый механизм повысит заинтересованность высокодоходных групп населения в участии в добровольном страховании и соответственно в перемещении части расходов на здравоохранение в более адекватную рыночной экономике форму оплаты страховых продуктов, а не оплаты фактически оказываемых медицинских услуг.

В настоящее время предметом конкуренции страховщиков в системе ОМС может выступать лишь выполнение функций контроля качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных. Как показывает и российский, и зарубежный опыт, это само по себе не создает достаточно сильных стимулов к конкурентной борьбе страховщиков, предметом которой выступает повышение качества медицинского обслуживания пациентов [\[10\]](#). В случае реализации предлагаемой схемы расширяется предмет для конкуренции страховщиков. Им станут содержание страховых программ (перечень медицинских и социальных услуг, пособий, условия их предоставления, превышающие минимум, установленный государством в базовой программе ОМС и законодательстве о социальном страховании) и их цена.

Появляется возможность окончательно вывести основную часть возмещений расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление за пределы существующей системы социального страхования, сделав их предметом добровольного страхования. В системе социального страхования будут лишь возмещаться расходы по реабилитационному лечению ряда категорий больных после перенесенных операций или обострений хронических заболеваний.

Предлагаемая схема будет весьма привлекательной для работников крупных и экономически успешных предприятий. Они смогут формировать корпоративные системы медико-социального страхования, альтернативные существующим системам ОМС и социального страхования. Соответственно эта группа населения и их работодатели способны оказать весомую политическую поддержку предлагаемому направлению реформирования социального страхования.

В результате реализации предлагаемой схемы существующие институты социального страхования, противоречиво сочетающие, с одной стороны, функции социальной помощи и страхования, а с другой стороны, налоговые и страховые механизмы финансирования, трансформируются в системы двух типов. В системах первого типа (ими будут система ОМС и система социального страхования) будут превалировать функции социальной помощи и налоговый тип финансирования. Система ОМС и система социального страхования функционально превратятся соответственно в систему оплаты медицинской помощи и систему социальной помощи, финансируемые государством за счет налоговых поступлений и предоставляющих гражданам универсальные гарантии получения медицинской помощи и выплаты пособий по временной нетрудоспособности и т.д. Системы второго типа (ОМС-2, социальное страхование-2, или ОМСС) будут по преимуществу системами страховыми. Такое решение позволяет преодолеть изъяны институтов социального страхования, выявившиеся в условиях переходного периода, и создает предпосылки для непротиворечащего друг другу развития функций и институтов социальной помощи и социального страхования в постиндустриальном обществе.

[1] Предметом рассмотрения выступает социальное страхование в узком понимании, практикуемом в нашей стране, которое охватывает следующие виды рисков: временная нетрудоспособность, трудовое увечье и профессиональное заболевание, материнство, смерть работающего лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

[2] *Barr N. The economics of the welfare state. Second edition. Stanford: Stanford University Press, 1993.*

[3] Главным преимуществом сохранения страховых компаний в качестве субъектов системы ОМС является возможность создания сильного давления на страховщиков со стороны конкурентов и со стороны клиентов, заставляющего их действовать эффективно. Если гражданам будет обеспечена свобода выбора страховщика, то страховые организации, стремясь сохранить и расширить свое страховое поле, будут экономически заинтересованы в качественном обслуживании и защите прав пациентов. Напротив, если функции страховщиков в системе ОМС будут выполнять только отделения фонда ОМС, то какого-либо конкурентного давления на фонды не может быть в принципе, а возможности давления потребителей останутся почти такими же, как в прежней модели бюджетного финансирования. Признавая целесообразность сохранения страховых организаций в качестве субъектов системы ОМС, необходимо усилить государственные требования к их деятельности и контроль за их исполнением с тем, чтобы исключить возможности получать доходы за счет простой перекачки денег от фондов ОМС медицинским учреждениям. Такие требования должны быть установлены в законодательстве в качестве однозначных критериев получения лицензии на участие в ОМС и условий ее лишения.

[4] М. Дмитриев. Бюджетная политика современной России. М.: Московский Центр Карнеги, 1997, сс. 39-40.

[5] С.В. Шишкин Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru, с. 316-318.

[6] В настоящее время, согласно статье 1 Федерального закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», программы добровольного медицинского страхования должны обеспечивать гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Фактически эта норма закона не соблюдается: многие страховые медицинские организации предлагают программы ДМС, охватывающие медицинские услуги, предусмотренные базовой

программой ОМС.

[7] А.А.Гудков, Л.Д.Попович, С.В.Шишкин. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. – Социальное обеспечение экономических реформ. . М.: Институт экономики переходного периода. М., 2002 г., сс. 130-149.

[8] С.В.Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru, с. 389.

[9] Это предложение было сформулировано Е.Т.Гайдаром осенью 2002 г.

[10] E.Mossialos, E.Dixon, J.Kutzin, J.Figueras (Eds.) [Funding health care. Options for Europe](#). Buckingham: Open University Press, 2002.