

*С. ШИШКИН*  
*доктор экономических наук*  
*зам. руководителя направления ИЭПП*

### **Дилеммы реформы здравоохранения**

Вопросы экономики, 1998, №3, сс. 90-108

Современная политико-экономическая ситуация в сфере здравоохранения характеризуется тремя главными проблемными узлами.

1. Дисбаланс между размерами государственного финансирования здравоохранения и гарантиями предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи.
2. Несогласованность действий и коллизии во взаимоотношениях субъектов государственного финансирования здравоохранения, порожденные децентрализацией управления и переходом к системе обязательного медицинского страхования.
3. Внедрение институтов рыночной экономики в систему здравоохранения не повлекло за собой конкурентного поведения страховых организаций и медицинских учреждений.

При поиске путей решения этих проблем встают непростые дилеммы.

#### **Дилемма восстановления баланса между государственными гарантиями и их финансовым обеспечением**

Вследствие затянувшегося экономического кризиса и сокращения в реальном выражении доходов государственного бюджета размеры финансирования здравоохранения не соответствуют потребностям в ресурсном обеспечении бесплатной медицинской помощи населению, гарантированной государством. За период 1992-1996 гг. доходы консолидированного государственного бюджета сократились примерно на 35%, расходы - на 33%. Финансирование здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов уменьшилось в реальном выражении на 25%. Но закрепленные в законодательстве государственные гарантии не пересматривались.

В советском государстве права граждан на получение бесплатной медицинской помощи были в весьма общем виде сформулированы в конституции. При этом перечень видов услуг, которые вправе был получить каждый гражданин, законом не определялся. Фактически это означало право граждан на бесплатное получение помощи в доступных для них медицинских учреждениях; но для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по составу и качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения. В действующей Конституции России сохранен прежний подход к формулированию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Неспецифицированность государственных гарантий является характерной особенностью патерналистского отношения государства к предоставлению социальных услуг. Установление прав граждан на бесплатную медицинскую помощь обуславливается идеологическими

представлениями и политическими факторами и не опосредуется экономическими соизмерениями. Это и влечет расплывчатость формулируемых прав и соответствующих обязательств государства.

Введение в России системы обязательного медицинского страхования (ОМС) призвано было изменить такое положение. Закон "О медицинском страховании граждан Российской Федерации", принятый в 1991 г., предусматривает, что объем и условия оказания гражданам медицинской помощи в рамках ОМС устанавливаются в базовой и территориальных программах ОМС. Однако в базовой программе, утвержденной правительством в 1992 г., гарантии гражданам сформулированы в весьма общем виде и не конкретизированы в объемных и финансовых показателях. Тарифы взносов на ОМС работающего населения, равные 3,6% от фонда заработной платы, были установлены в 1993 г. без увязки с потребностями в ресурсном обеспечении медицинской помощи, которая должна предоставляться застрахованным. Размеры платежей из бюджета на ОМС неработающего населения вообще не были определены законодательно.

Если обязательства государства оказываются неспецифицированными, то с политико-экономической точки зрения это означает обязательства, как минимум, финансировать существующую сеть государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений так, чтобы они могли продолжать оказывать те бесплатные медицинские услуги населению, структура которых исторически сложилась. Но тогда дисбаланс между обязательствами государства в сфере здравоохранения и их финансовым обеспечением порождается и автоматически увеличивается с сокращением финансирования здравоохранения по сравнению с величиной, необходимой для обеспечения нормальных условий деятельности сложившейся сети лечебно-профилактических учреждений.

По расчетам Министерства здравоохранения России, в 1996 г. затраты на финансирование лечебно-профилактической помощи населению в соответствии с базовой программой ОМС должны были равняться примерно 3,5% ВВП. Это требуемые затраты, если не менять существующую структуру предоставления бесплатной медицинской помощи населению (существующие виды медицинской помощи и сложившееся соотношение объемов лечения в стационарах и в амбулаторных условиях). Между тем общий объем финансирования здравоохранения государством составил в 1996 г. 3,1% ВВП (в т.ч. 2,5% ВВП - финансирование здравоохранения: из бюджета; 0,6% ВВП - взносы предприятий на ОМС).

Проблема несоответствия размеров финансирования здравоохранения и комплекса услуг, предоставление которых гарантируется населению, существует во всех постсоциалистических странах, даже в тех, где не было столь драматического и длительного сокращения производства, как в России. Например, в Эстонии указанная проблема возникла из-за более высоких темпов роста цен на коммунальные услуги по сравнению с темпами роста взносов на обязательное медицинское страхование. В Болгарии, Польше, Румынии проблема несбалансированности имеющихся средств и гарантий государства в области здравоохранения стояла даже более остро, чем в России, так как в этих государствах не только медицинская помощь, но и лекарства предоставлялись населению бесплатно.

Сохранение дисбаланса между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывает разрушительное влияние на всю систему здравоохранения. В ситуации, когда финансирование в реальном выражении уменьшается, средства "размываются" по существующим медицинским учреждениям и направляются в первую очередь на оплату труда и коммунальных услуг. Такая политика финансирования здравоохранения типична для государств, бюджетные возможности которых сокращаются. Когда денег не хватает на приобретение медикаментов и необходимых материалов, больницы требуют, чтобы пациенты покупали сами все нужное для операции, не говоря уже о дополнительной оплате труда врачей. А поликлиники, например, предлагают больным,

нуждающимся в рентгенографическом обследовании, самим приносить пленку, и т.п. Такую же картину можно было наблюдать и в других постсоциалистических странах. В Польше в 1992 г. госпитали и больницы были вынуждены просить предполагаемых пациентов о "добровольных" жертвованиях.

В решении проблемы дисбаланса между обязательствами государства и их финансовым обеспечением есть два возможных пути:

- 1) пересмотреть обязательства государства;
- 2) добиться перераспределения общественных ресурсов в пользу здравоохранения и/или обеспечить более эффективное использование имеющегося ресурсного потенциала.

Естественный путь в ситуации недофинансирования - пересмотреть обязательства государства по предоставлению бесплатных медицинских услуг населению. Это означает сократить перечень видов бесплатной медицинской помощи, сконцентрироваться на более результативных и экономически эффективных, четко сформулировать этот перечень, сбалансировав его с имеющимися ресурсами. Одновременно возможно введение доплат населения за оказываемую медицинскую помощь, как в форме доплат за каждое посещение врача, за каждый день пребывания в больнице и т.п., так и в форме обязательных взносов самих граждан на медицинское страхование в дополнение к взносам работодателей.

Некоторые страны Восточной и Центральной Европы вступили на путь установления доплат населения за предоставляемую медицинскую помощь. В Эстонии взимается оплата в размере 5 эстонских крон (40 центов США) за каждое посещение врача. В Польше и Румынии вместо бесплатного предоставления лекарств ввели систему категорий платности лекарств. В Латвии в 1995 г. правительство приняло решение об установлении частичной оплаты больными медицинских услуг - до 25% от их стоимости. Медицинская помощь детям и инвалидам, а также срочная медицинская помощь остаются бесплатными. В Чехии, в 1997 г. правительство высказалось за введение для населения платы за больничное обслуживание в размере 80 крон (2,3 долл. США) за день пребывания в госпитале и оплаты скорой помощи - 50 крон за вызов. В Румынии планируется, что госпитали будут получать доплату от населения, размеры которой будут ежегодно устанавливаться при принятии закона о бюджете.

В Грузии с 1995 г. вообще отменили право на бесплатное здравоохранение из-за недостатка средств. Впрочем, этот шаг закрепил давно сложившиеся реалии. Почти все медицинские учреждения были переведены на самофинансирование и обслуживают население на платной основе. За государством осталось финансирование программы медицинской помощи малоимущим, социально незащищенным слоям населения, а также услуг родильных домов и лечения детей.

Путь сокращения перечня бесплатной медицинской помощи был и остается для российского государства весьма опасным с политической точки зрения. В 1993 - 1996 гг. нельзя было предпринимать шаги, которые резко меняли условия пользования медицинской помощью, резко ухудшали или усложняли доступ к ней значительных групп людей. Такие изменения могли вызвать обострение социальной напряженности и были бы использованы оппозицией в борьбе за власть. Безопаснее было официально не пересматривать государственные гарантии, а размазывать имеющиеся средства и "не замечать", что реальные возможности получения бесплатной медицинской помощи и ее качество сокращаются, а система лечебных учреждений, за исключением элитарных, постепенно деградирует. Медленное, постепенное ухудшение доступности и качества услуг воспринимается населением более спокойно и не вычленяется из общей тенденции снижения уровня жизни. Не случайно, что проблемы здравоохранения не акцентировались в предвыборной борьбе в 1995-1996 гг.

Даже и сейчас, при наличии финансовой стабилизации и признаков скорого начала экономического роста, внесение изменений в Конституцию весьма проблематично. Уже сама постановка вопроса Правительством о пересмотре конституционных гарантий будет использована оппозицией для обострения политической ситуации.

Следует отметить, что с юридической точки зрения представляется возможным осуществить частичный пересмотр состава бесплатных медицинских услуг, не внося изменений в Конституцию. Можно попытаться дать новую трактовку понятия медицинская помощь, исключив из нее, в частности питание пациентов, предоставление гостиничных услуг (смена белья и т.п.), оставив в качестве содержания этого понятия лишь собственно лечение, консультирование, диагностику и т.п.

Но у такого пути есть много недостатков. Во-первых, казуистические возможности иного толкования конституционной нормы не устраняют неизбежности серьезных политических издержек перевода части услуг в разряд платных, даже если это не затрагивает низкодходные слои населения.

Во-вторых, для низкодходных слоев населения эти услуги должны сохраниться бесплатными, а при введении платности только для части пациентов возникают проблемы с организацией взимания платы и возмещения расходов медицинских учреждений. Внедрение такой системы связано со значительными административными издержками и может повлечь злоупотребления и проволочки для пациентов, что в значительно большей мере увеличило бы социальную напряженность, чем необходимость платить за услуги.

В-третьих, такой ограниченный пересмотр государственных обязательств даст незначительную экономию государственных расходов. По оценкам Минздрава РФ, если сделать питание и предоставление постельного белья в стационарах платным для всех работающих граждан, то это позволило бы сэкономить 2% от общей суммы средств, необходимых для финансирования государством здравоохранения. Экономия не слишком значительная, чтобы из-за этого идти на непопулярные шаги.

Формой скрытого пересмотра государственных обязательств могло бы стать рacionamento потребления медицинской помощи: формирование листа ожидания по неэкстренным видам медицинской помощи, подобно тому, как это сделано в Великобритании. Желаящие сократить срок ожидания консультации у специалиста, оперативного вмешательства и т.д. могут получить соответствующие услуги за плату. Но для введения такого порядка нужна высокая степень "прозрачности" деятельности лечебно-профилактических учреждений и наличие эффективного государственного и общественного контроля за правильностью рационирования медицинской помощи, сроками нахождения на листе ожидания и т.п. В наших условиях для создания всего этого потребуются время и значительные затраты. Поспешное же введение предлагаемого порядка ослабит ответственность лечебно-профилактических учреждений и страховых компаний перед пациентами и усилит вымогательство у них денег медицинским персоналом.

Рассмотрим теперь второй возможный путь ликвидации дисбаланса государственных обязательств и их финансирования - увеличение расходов государства на здравоохранение и повышение эффективности использования имеющихся ресурсов.

Рассчитывать на серьезное перераспределение общественных ресурсов в пользу здравоохранения в обозримый период не приходится. В других секторах экономики, финансируемых государством, проблемы, порожденные бюджетным кризисом, имеют не меньшую остроту.

Реальным фактором повышения эффективности использования ресурсов и соответственно

сокращения потребности в государственном финансировании являются структурные изменения в системе здравоохранения. Можно выделить два главных направления таких изменений.

Первое - перераспределение средств в пользу более эффективных и менее дорогостоящих форм медицинской помощи. В нашей стране в структуре медицинских услуг преобладает стационарная помощь: затраты на нее составляют 65% от общего объема государственного финансирования здравоохранения, в то время как в странах с развитой рыночной экономикой эта доля равняется 35-50%. Эффективность использования ресурсов в сфере здравоохранения может быть повышена путем их частичного перемещения в амбулаторно-поликлинический сектор и развития стационарозамещающих технологий лечения.

Второе направление структурных изменений - ликвидация ведомственной медицины, консолидация бюджетных затрат на здравоохранение. Содержание ведомственной медицины составляет значительную нагрузку на бюджет. В федеральном бюджете на 1997 г., утвержденном Государственной Думой, доля Министерства здравоохранения составляла лишь 66,5% расходов по статье "здравоохранение", доля Управления делами Президента, включая финансирование Медицинского Центра, равнялась 10,4%; доля других органов федеральной власти и федеральных учреждений - 23,1%.

Весомую экономию государственных ресурсов могла бы дать передача в ведение Министерства здравоохранения медицинских учреждений, принадлежащих другим органам федеральной власти, проведение их инвентаризации и перевод части из них на условия финансирования за счет средств обязательного и добровольного медицинского страхования и предоставления платных услуг. Но такой путь политически сложен для тех, кто будет проводить реформы в здравоохранении. Он восстанавливает против них государственный аппарат.

В ноябре 1997 г. правительством была утверждена "Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации". Правительство не решилось на пересмотр государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. Но обязательства государства будут специфицированы в федеральных нормативах объема и стоимости гарантируемой медицинской помощи в расчете на 1000 жителей. На основе нормативов ежегодно будут утверждаться федеральная и территориальные программы государственных гарантий по обеспечению граждан медицинской помощью.

Таким образом, в решении проблемы дисбаланса был выбран второй путь. Концепция делает ставку на то, чтобы стимулировать структурные сдвиги в предоставлении медицинской помощи и посредством этого сократить общую потребность отрасли в государственном финансировании. В проекте федеральной программы на 1998 г. нормативы объемов медицинской помощи рассчитаны с учетом структурных сдвигов в пользу внестационарной помощи. Соответственно и финансовые нормативы ориентированы на новую, более эффективную структуру медицинской помощи. При этом общая сумма средств, которые необходимо затратить на обеспечение федеральной программы, составляет 112% от ожидаемого объема государственного финансирования здравоохранения (бюджетные ассигнования плюс взносы работодателей на ОМС) в 1997 г..

Выбранный правительством путь таит две серьезные опасности. Во-первых, желаемые структурные изменения могут происходить очень медленно. И если структура предоставляемой помощи мало изменится, то предусмотренных программой финансовых средств окажется недостаточно для обеспечения работы медицинских учреждений. Во-вторых, существует большая вероятность, что сбалансированного бюджета в ближайшие год-два достигнуть не удастся, а плановые назначения по-прежнему не будут выполняться. В результате в среднесрочной перспективе следует ожидать сохранения несбалансированности

государственных гарантий и их финансового обеспечения.

Однако, если строго выдерживать курс на спецификацию государственных обязательств (ежегодно утверждать детальную программу государственных гарантий и стремиться делать ее реалистичной), то остроту проблемы дисбаланса можно будет ослабить по мере выхода из экономического кризиса. Тем не менее в будущем не обойтись без серьезного пересмотра обязательств государства в сфере здравоохранения. Но в более благоприятной экономической ситуации, когда начнется устойчивый рост доходов населения, решить эту задачу будет легче.

Необходимыми условиями сокращения перечня бесплатных медицинских услуг является строгое соблюдение установленных государством стандартов финансирования здравоохранения, обеспечение эффективного контроля за расходованием выделяемых средств, создание дееспособных механизмов защиты прав граждан (и тех, кто будет теперь оплачивать услуги, и тех, кто по-прежнему будет получать их бесплатно). В противном случае, если рассматривать эту меру как чисто финансовую и осуществлять ее изолированно, без изменений в других компонентах государственной политики, то результатом будет воспроизводство прежних проблем на новом уровне и усиление социального недовольства.

Наоборот, если изменение условий финансирования социальных услуг будет сопровождаться нормализацией условий экономической деятельности социально-культурных учреждений, если социально слабо защищенные слои населения в результате не проиграют, а выиграют от улучшения качества предоставляемых именно им бесплатных услуг, если будет продемонстрирована решимость президента и правительства в преодолении злоупотреблений, в установлении и соблюдении четкого порядка в предоставлении социальных услуг, то такая мера будет воспринята спокойно и окажет позитивное влияние на положение дел в социальной сфере.

### **Дилемма реформирования системы управления**

Следствием общего процесса децентрализации государственного управления стала децентрализация управления здравоохранением: вертикаль административного подчинения была разрушена, а государственная система здравоохранения оказалась разделенной на федеральную, региональные и муниципальные системы. При этом разграничение компетенции между федеральными, региональными и муниципальными органами власти было в силу политических условий поспешным, непродуманным и, главное, не вполне четким.

Некоторые функции управления здравоохранением остались без организационно-правовых механизмов реализации. Речь идет прежде всего о регулировании использования ресурсного потенциала одних территориальных систем здравоохранения для предоставления медицинской помощи жителям других территорий. Так, в советском здравоохранении была создана сеть специализированных межрегиональных диагностических и клинических центров, обслуживавших жителей сразу нескольких областей. В свою очередь, внутри каждой области районы обладают существенно разными возможностями предоставления населению специализированных видов медицинской помощи, и клиническая база одних районов может использоваться и использовалась для предоставления медицинской помощи жителям соседних районов. Раньше предоставление такой "экстерриториальной" медицинской помощи планировалось соответственно центральными и региональными органами здравоохранения.

Выполнение функций единого заказчика комплекса медицинских услуг для населения должны были бы взять на себя субъекты обязательного медицинского страхования: территориальные фонды ОМС и страховые компании получили право заключать договора с любыми медицинскими организациями, независимо от формы их собственности, на предоставление населению медицинской помощи, виды и объем которой определяются

территориальными программами ОМС. Но система ОМС не была введена полностью, программы ОМС не были сбалансированы с реальными финансовыми потоками. В результате финансовые возможности территориальных фондов ОМС и страховых компаний регулировать экстерриториальную медицинскую помощь были незначительными, а ответственность за предоставление населению всего комплекса услуг, предусмотренных программами ОМС, оказалась размытой.

В свою очередь, функциями государственных органов управления здравоохранением должно было стать осуществление контроля за оказанием медицинской помощи населению и финансирование целевых программ, включающих предоставление специализированных видов медицинской помощи, не вошедших в программы ОМС, а также развитие ресурсной базы здравоохранения. Но в распоряжении федеральных и региональных органов здравоохранения недостаточно финансовых средств, чтобы обеспечивать необходимое регулирование предложения медицинских услуг, и в частности предоставления экстерриториальной помощи, выступая в роли единого заказчика соответствующей медицинской помощи. Формирование бюджетов органов здравоохранения разных уровней происходит, как правило, без определения рациональных объемов и структуры медицинской помощи, которая должна финансироваться за их счет.

Однако права и ответственность органов здравоохранения и фондов ОМС не были четко разграничены. Эта проблема усугубилась вследствие неполноты введения системы ОМС: органы управления продолжают финансировать деятельность медицинских учреждений наряду с фондами ОМС. Все это обусловило коллизии, вплоть до открытой конфронтации в отдельных регионах между органами здравоохранения и территориальными фондами ОМС.

Следствиями произошедших организационно-управленческих трансформаций стали рост неравенства в возможностях получения медицинской помощи для жителей разных территорий и снижение технологической и аллокационной эффективности использования ресурсов.

Решение этих проблем требует реформирования существующей эклектической системы управления здравоохранением. Есть два альтернативных пути такого реформирования.

Первый путь предполагает воссоздание элементов властной вертикали управления: административное подчинение фондов ОМС органам здравоохранения, централизация на уровне субъекта РФ части бюджетных средств, предназначенных для финансирования муниципальных систем здравоохранения и передача этих средств в распоряжение областного органа здравоохранения.

Такой путь позволит довольно быстро снять наиболее острые коллизии в системе управления здравоохранением, в первую очередь коллизии между органами здравоохранения и фондами ОМС. Федеральный и региональные органы здравоохранения, действительно, получают возможности более рационально, по сравнению с существующим положением, использовать ресурсный потенциал системы здравоохранения. Но в какой мере эти возможности будут реализованы? Как известно, в бюрократической системе мало стимулов для чиновников стремиться к росту аллокационной эффективности. Такой путь преобразований приведет к воспроизведению проблем, органически присущих действовавшей ранее административной системе управления здравоохранением: неэффективность, отсутствие стимулов роста качества, ущербность институтов защиты прав пациентов и др.

Второй путь организационно-управленческих преобразований в здравоохранении - сохранить автономность фондов ОМС, внедрить модель ОМС, предусмотренную законодательством, в полном объеме во всех регионах, добиться соблюдения государством своих обязательств по финансированию ОМС неработающего населения, сбалансировать финансовые ресурсы,

аккумулируемые фондами ОМС, с программами ОМС. Полицентричность системы управления здравоохранением сохраняется, но функции органов здравоохранения разных уровней и фондов ОМС должны быть четко разграничены и обеспечены адекватными финансовыми ресурсами.

Такой путь реформирования открывает больше перспектив для создания эффективной системы здравоохранения, отвечающей условиям рыночной экономики.

В концепции Правительства медицинское страхование рассматривается как основной механизм финансирования медицинской помощи. Для того, чтобы он полноценно заработал, предполагается изменить порядок платежей на ОМС неработающего населения. Они должны производиться на паритетной основе из федерального бюджета и из бюджетов субъектов РФ. Регионы будут получать трансферты при условии перечисления ими своей доли финансирования в территориальные фонды ОМС. Такой порядок финансирования создаст условия для полного введения системы ОМС. Деятельность основной части медицинских учреждений будет финансироваться из одного источника - средств ОМС.

Успешность попытки довести до конца введение ОМС в определяющей степени зависит от того, будут ли сбалансированы обязательства государства, предусматриваемые федеральной и территориальными программами государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи, с их реальным финансовым обеспечением. По всей видимости, этого не удастся быстро добиться, а следовательно, завершение перехода к ОМС растянется во времени, и противоречия в системе управления здравоохранением будут сохраняться.

Максимально четкое разграничение полномочий субъектов финансирования здравоохранения само по себе не решает проблему обеспечения координации их действий и может привести к закреплению ситуации разорванности процедур принятия решений о распределении ресурсов здравоохранения. Надежды на то, что по мере выхода страны из экономического кризиса и перехода к стабильному экономическому росту система ОМС заработает в полной мере и многие нынешние проблемы исчезнут сами собой, имеют мало оснований. Об этом свидетельствует опыт и Чехии, и в особенности Китая. Потребуется еще много усилий по реформированию здравоохранения. Мировой опыт показывает: реформа здравоохранения - это длительная и сложная борьба, это непрерывный процесс, а не одноразовое усилие, и страны проводящие реформы, должны иметь и способность и политическую волю к непрерывному пересмотру политики в области здравоохранения.

Трудно рассчитывать на то, что эффективное распределение ресурсов в системе здравоохранения будет обеспечено, если субъекты финансирования будут действовать как независимые заказчики на рынке медицинских услуг. Следует согласиться с предложениями о необходимости использования нерыночных процедур координации деятельности органов здравоохранения разных уровней и фондов ОМС. Но принципиально важно, чтобы введение таких процедур не означало установления отношений административного подчинения, ущемления прав одних субъектов в пользу других.

Например, целесообразно, чтобы разработка территориальной программы государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи, определяющей объема и структуру медицинской помощи и показатели ее финансирования в разрезе муниципальных образований, осуществлялась областным органом управления здравоохранением совместно с финансовыми органами исполнительной власти и местного самоуправления, муниципальными органами здравоохранения и территориальным фондом ОМС. При этом показатели деятельности муниципальных систем здравоохранения (в частности - показатели предоставления экстерриториальной медицинской помощи) должны устанавливаться в программе либо на основе принципа обязательного согласия соответствующих муниципальных органов, либо иметь для них рекомендательный характер. В таком случае



полномочия муниципальных образований в управлении муниципальными системами здравоохранения не будут нарушаться. Разделение компетенции между субъектами финансирования здравоохранения не пересматривается в пользу одного из них, а дополняется координационными процедурами. Исполнение разработанной программы осуществляется на основе системы договоров, заключаемых органами управления здравоохранения и фондом ОМС (каждым в пределах его полномочий) со страховыми медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями.

### **Дилемма внедрения конкурентной модели страхования**

Встав на путь реформирования государственной системы здравоохранения, Россия, как и другие постсоциалистические страны, следовала примеру стран Запада, которые вводили элементы рынка в систему государственного финансирования здравоохранения, рассматривая это как средство повышения его эффективности.

Российская модель страховой медицины предполагала создание условий для возникновения конкуренции между страховщиками за застрахованных, и между медицинскими организациями за контракты со страховщиками на участие в реализации программ обязательного и добровольного медицинского страхования. Конкуренция создаст условия для улучшения качества медицинской помощи, защиты интересов пациентов, более эффективного использования ресурсов.

На практике получилось иначе:

- По данным Федерального фонда ОМС, в 1997 г. в 25 субъектах РФ страховые медицинские организации не участвовали в ОМС, а функции страховщика выполняли территориальный фонд ОМС. В среднем на каждый из остальных 63 приходилось 8 страховых компаний. При этом в 42 субъектах РФ функции страховщиков выполняли и страховые компании, и фонд ОМС. В отношениях между страховыми компаниями просматривается скорее разделение сфер влияния, чем конкуренция. По оценке Федерального фонда ОМС, из почти 500 страховых компаний в системе ОМС, не более чем 150 действуют активно, а остальные являются пассивным посредником между фондами ОМС и медицинскими учреждениями.
- Типичной ситуацией является отсутствие условий для конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями, вследствие их локального монопольного положения.
- Развитию конкуренции препятствуют специфические социальные связи, социальные структуры по типу "кланов" или "сетей". Это структуры, в которых имеет место взаимная зависимость и дополнительность, соединение средств и разделение друг с другом издержек, тесное взаимодействие и отношения взаимного доверия. При внедрении контрактных отношений в систему клановых отношений заключаемые контракты являются достаточно формальными. Они рассматриваются сторонами скорее как знаки неформального соглашения о взаимодействии.

Можно предположить, что одним из факторов, обусловивших остроту коллизий между старыми и новыми субъектами в системе здравоохранения, стала невключенность вновь появившихся субъектов в клановые структуры, несформированность клановых связей между руководителями новых и старых организаций. Во главе фондов ОМС и страховых медицинских организаций стали люди, как правило, не принадлежавшие к элите старых кланов, и даже ранее не имевшие отношения к медицине. Необходимо было время для "утраски", для формирования новых клановых структур.

Обращает на себя внимание, что конфликты между органами управления здравоохранением и фондами ОМС достигли наибольшей остроты зимой 1994 г. - весной 1995 г. - к концу первого года этапа практического введения ОМС. Со второй половины 1995 г. конфликты стали ослабевать. По косвенным признакам можно заключить, что руководители фондов ОМС стали в большей мере "делиться" в различных формах с медицинскими чиновниками и руководителями лечебно-профилактических учреждений. Например, в Москве руководители медицинских центров получают от страховых компаний "вторую зарплату", которая в несколько раз превышает их зарплату в собственной организации. Таким образом, они тесно привязаны к страховым компаниям.

Ожидаемые позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с контролем за качеством медицинской помощи и за рациональным использованием имеющихся ресурсов, пока не проявились с достаточной определенностью и не уравнивают затрат на содержание этих организаций. Поэтому фонды ОМС и в особенности страховые компании стали восприниматься большинством медицинских работников как ненужные и дорогостоящие посредники в системе финансирования здравоохранения.

Констатируя неочевидность позитивных эффектов от нововведений в финансировании и организации здравоохранения, нужно оговориться, что комплексных исследований, позволяющих получить достоверную оценку результатов произведенных преобразований, пока не проводилось. Министерство здравоохранения, прежнее руководство которого критиковало реформы за безрезультатность, не инициировало проведения научного анализа введения ОМС, по видимому боясь, что его результаты могут оказаться противоположными желаемым. Федеральный фонд ОМС также глубокого исследования не проводил, а ограничивался анализом статистических показателей о деятельности фондов ОМС, которые дают мало информации для оценивания результативности проведенных преобразований. Причина была по-видимому аналогичной: опасение, что такое исследование вскрыет массу недоработок и злоупотреблений и будет использовано критиками реформы.

Итак, введение рыночных институтов в систему финансирования здравоохранения не повлекло за собой рыночного поведения покупателей и производителей медицинских услуг. Означает ли это провал реформы, и не следует ли пересмотреть ее принципы? Если конкуренции нет ни между медицинскими учреждениями, ни между страховщиками, если рыночные формы отношений наполняются совсем иной "социальной тканью", и система финансирования здравоохранения на практике оказывается совсем не той, какой она виделась идеологам реформы, то стоило ли разрушать прежнюю систему и стараться ввести то, что на практике не работает?

Одна позиция состоит в том, чтобы отказаться от конкурентной модели ОМС, исключить страховые компании из системы ОМС и передать их функции территориальным фондам ОМС и их филиалам. В более мягком варианте предлагается произвести селекцию "эффективно работающих" страховых компаний, используя механизм их государственной аккредитации. В результате в системе ОМС останутся только те "избранные", с которыми у органов здравоохранения и/или фондов ОМС (в зависимости от того, кто будет проводить аккредитацию) сложились доверительные отношения. Нужно сказать, что данный подход уже апробирован в Москве. В 1996 г. была произведена аккредитация страховых медицинских компаний, действовавших в системе ОМС, и из 25 было оставлено всего 8.

Очевидны издержки такого пути. Устранение страховых организаций из системы ОМС порождает опасность ее превращения в квазигосударственную бюрократическую систему финансирования здравоохранения. Нерыночная селекция страховых организаций повлечет укрепление клановых структур, реализующих свои интересы в ущерб общественным.

Альтернативная позиция заключается в том, чтобы сохранить в законодательстве нормы, определяющие роль страховых компаний в системе ОМС, и не препятствовать их созданию и деятельности в тех регионах, где их недостаточно, а функции страховщиков "временно" выполняют территориальные фонды ОМС. Что же касается эффекта от деятельности страховых компаний, то он станет реально ощутимым в условиях финансовой сбалансированности программ ОМС.

Слабым местом этой позиции является то, что представления о возможности и пользе конкуренции между страховыми компаниями носят в основном теоретический характер. Не окажется ли дорогостоящей догматической политикой курс на стимулирование увеличения числа страховых компаний в системе ОМС и призранной конкуренции между ними?

Оценивая перспективы продолжения рыночных преобразований, следует отказаться от "склеивания" в мышлении двух типов институциональных изменений:

а) разделение покупателей и производителей медицинских услуг, введение контрактных отношений между ними;

б) конкурентные взаимоотношения между производителями и покупателями.

Вероятнее всего реальной конкуренции страховщиков и реальной конкуренции производителей в обозримой перспективе, действительно, не будет. Но это не сводит к нулю позитивное значение от институциональных нововведений первого типа и не служит основанием для их замещения институтами административного управления.

Локальная монополия не является фактором, полностью обесценивающим эффект от внедрения контрактных отношений. Так, в Великобритании во многих территориях доминирующее положение занимает один госпиталь, для которого характерны традиционно установившиеся тесные связи с покупателями его услуг, то есть ситуация очень далека от классической модели рыночной конкуренции. И тем не менее предоставление врачам общей практики права распоряжаться финансовыми ресурсами и самостоятельно покупать у госпиталей медицинские услуги для своих пациентов увеличило их силу влияния на улучшение услуг госпиталей.

Отмечая формирование отношений взаимной зависимости руководителей медицинских учреждений и страховых организаций, было бы неправильно расценивать их однозначно негативно, как создающие препятствия для роста эффективности. Ведь в мировой практике организации здравоохранения существует и тенденция к интеграции производителей и страховщиков. Хорошо известной формой такой интеграции являются получившие широкое распространение в США организации поддержания здоровья. Сходные организационные формы есть в Китае, и там наблюдается тенденция к усилению интеграции страховщиков и производителей медицинских услуг. Позитивное значение такой интеграции состоит в том, что она стимулирует производителя сокращать расходы и больше заботиться о состоянии здоровья пациентов.

Заслуживает серьезного внимания, что в Великобритании и Швеции обозначился отход от позиции рассмотрения конкурентного поведения в качестве движущей силы реформирования государственной системы здравоохранения. Внимание перемещается к формированию отношений сотрудничества между покупателями и производителями медицинских услуг; отношений, основанных на доверии, ориентированных на долгосрочность.

Принципиальным условием роста эффективности здравоохранения является разделение покупателей и производителей медицинских услуг. Главный позитивный эффект такого разделения состоит в том, что благодаря этому начинается внедрение экономического

подхода к организации предоставления медицинской помощи, внедрение экономических соизмерений в деятельность медицинских организаций. Ведь для советской системы здравоохранения было характерно полное отсутствие экономического оценивания эффективности использования средств. Для преодоления такого положения теперь, благодаря введению ОМС, создана необходимая основа.

Что же касается оправданности сохранения страховых организаций в системе ОМС, то в конечном счете вопросы должны ставиться так: Чьи действия в большей мере способствуют внедрению экономических соизмерений в систему предоставления медицинской помощи, в деятельность лечебно-профилактических учреждений? Кто и при каких условиях обеспечивает большую эффективность использования ресурсов: государственные органы управления, государственные автономные агентства - фонды ОМС, или негосударственные страховые организации?

Однозначные и обоснованные ответы на эти вопросы сейчас дать трудно. Поэтому на федеральном уровне рациональной представляется следующая политика. В тех территориях, где есть элементы конкуренции между субъектами ОМС, или возможно ее создать - там такие усилия нужно предпринимать. Однако не следует пытаться во что бы то ни стало внедрить конкурентную модель отношений в ОМС, запретив фондам ОМС выполнять функции страховщиков. В тех территориях, где страховые организации не работают, не нужно искусственно стимулировать их появление. Но и не следует отступать назад, иницируя или поощряя исключение страховых организаций из региональных систем ОМС либо целенаправленное сокращение их числа. Нужно видеть роль страховых организаций в утверждении экономического подхода к организации предоставления медицинской помощи и содействовать выполнению этой роли.

Реальная опасность состоит в возникновении псевдорынка медицинских услуг, на котором доминируют монополии, который замкнут системой клановых связей, и в котором отсутствуют механизмы регулирования качества медицинских услуг в интересах потребителей и отлаженные механизмы финансового контроля. Для того, чтобы этого избежать, нужно сосредоточиться на развитии демократических процедур управления и контроля, на обеспечении "прозрачности" для государства и для общественности финансовых потоков, заключаемых договоров, экономической деятельности организаций, использующих государственные средства.

Такая политика минимизирует риски негативных последствий и даст возможность со временем, на основе сравнительного анализа результативности деятельности фондов ОМС и страховых организаций в разных регионах, получить правильные ответы на поставленные выше вопросы.