

**ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ  
ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА**

**НАУЧНЫЕ ТРУДЫ  
№ 25Р**

**С. В. Шишкин**

**Реформа финансирования  
российского здравоохранения**

**Москва  
2000**

**С. В. Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения**

В монографии рассматриваются процесс и результаты внедрения в отечественное здравоохранение системы обязательного медицинского страхования. Анализируются проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания и развития практики теневых платежей, низкой управляемости здравоохранения, неэффективности сложившейся бюджетно-страховой модели его финансирования. Обсуждаются возможные стратегии решения этих проблем.

Редактор – Главацкая Н.Г.

Компьютерная верстка – Астахов А.В., Юдичев В.А.

**Настоящая работа издана на средства гранта,  
предоставленного ИЭПП Агентством США  
по международному развитию**

*ISBN 5-93255-029-5*

**Лицензия на издательскую деятельность ИД № 02079  
от 19 июня 2000 г.**

103918, Москва, Газетный пер., 5  
Тел. (095) 229–6413, FAX (095) 203–8816  
**E-MAIL** – root@iet.ru, **WEB Site** – <http://www.iet.ru>

© Институт экономики переходного периода

## **Оглавление**

<b>Введение .....</b>	7
<b>Раздел 1. Реформирование системы финансирования здравоохранения в 90-е годы .....</b>	11
<b>Глава 1. Государственная система финансирования здравоохранения: причины реформирования .....</b>	12
<b>Глава 2. Опыт реформирования систем финансирования здравоохранения за рубежом.....</b>	21
2.1. Направления реформирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой .....	21
2.2. Реформы систем финансирования здравоохранения в странах с переходной экономикой .....	40
<b>Глава 3. Введение обязательного медицинского страхования в России .....</b>	53
3.1. Опыт реформирования бюджетной модели финансирования здравоохранения .....	53
3.2. Выбор модели обязательного медицинского страхования.....	57
3.3. Практическое внедрение новой системы финансирования .....	70
3.4. Конфликты интересов и попытки ревизии модели ОМС .....	81
3.5. Уроки введения обязательного медицинского страхования.....	92
<b>Раздел 2. Проблемные узлы системы финансирования здравоохранения.....</b>	99
<b>Глава 4. Государственные гарантии бесплатного медицинского обслуживания и расходы государства и населения на здравоохранение .....</b>	101

4.1. Финансовая обеспеченность государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи .....	101
4.2. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства .....	115
<b>Глава 5. Управляемость системы здравоохранения....</b>	<b>151</b>
5.1. Децентрализация управления.....	151
5.2. Цели управления системой здравоохранения .....	157
5.3. Ресурсы и механизмы управления федерального центра.....	162
5.4. Управляемость системы здравоохранения на региональном уровне .....	177
<b>Глава 6. Сочетание бюджетного и страхового финансирования медицинской помощи .....</b>	<b>189</b>
6.1. Причины дифференциации региональных моделей финансирования здравоохранения .....	189
6.2. Типология региональных бюджетно-страховых моделей.....	192
6.3. Общие недостатки бюджетно-страховых моделей.....	204
<b>Глава 7. Квазирынок в системе общественного здравоохранения .....</b>	<b>208</b>
7.1. Квазирынок и агентские отношения .....	208
7.2. Покупатели медицинских услуг как агенты государства .....	215
7.3. Производители медицинских услуг как агенты покупателей и государства .....	217
7.4. Общие условия эффективной деятельности агентов на квазирынке .....	219
7.5. Противодействующий фактор: рентоориентированное поведение.....	225
7.6. Противодействующий фактор: социальные сети и кланы.....	227

<b>Глава 8. Роль страховщиков в системе обязательного медицинского страхования .....</b>	230
8.1. Институциональный потенциал моделей финансирования с разными типами покупателей медицинских услуг .....	230
8.2. Права и возможности страховых медицинских организаций.....	243
8.3. Сравнение деятельности страховых медицинских организаций и филиалов фондов ОМС .....	268
<b>Глава 9. Экономико-правовые условия деятельности медицинских организаций .....</b>	283
9.1. Правовое положение медицинских организаций .....	284
9.2. Формы финансирования медицинских организаций .....	289
<b>Раздел 3. Направления реформирования системы финансирования и управления .....</b>	297
<b>Глава 10. Пути достижения сбалансированности государственных гарантий медицинской помощи населению и их финансового обеспечения .....</b>	298
10.1. Необходимость продолжения реформ в здравоохранении.....	298
10.2. Способы обеспечения сбалансированности государственных гарантий и их финансирования .....	301
10.3. Стратегии достижения сбалансированности.....	318
<b>Глава 11. Пути повышения управляемости системы здравоохранения .....</b>	323
11.1. Стратегии реформирования системы управления здравоохранением.....	323
11.2. Развитие механизмов управления фондами ОМС.....	336
11.3. Создание системы комплексного планирования здравоохранения.....	338

11.4. Развитие новых форм координационного управления .....	349
<b>Глава 12. Развитие системы медицинского страхования.....</b>	<b>354</b>
12.1. Варианты упорядочения схем сочетания бюджетного и страхового финансирования медицинской помощи .....	354
12.2. Регулирование деятельности страховщиков в системе ОМС .....	368
12.3. Перспективы формирования системы медико-социального страхования.....	378
<b>Глава 13. Совершенствование экономического механизма функционирования медицинских организаций.....</b>	<b>392</b>
13.1. Обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных медицинских организаций .....	393
13.2. Расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций.....	401
13.3. Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи .....	413
<b>Заключение .....</b>	<b>417</b>
<b>Библиография .....</b>	<b>420</b>

## **Введение**

С конца 80-х годов предпринимаются попытки реформирования отечественной системы здравоохранения. Главным объектом нововведений является система финансирования медицинского обслуживания. В 1988-1990 годах происходило внедрение в ряде регионов так называемого нового механизма хозяйствования, менявшего порядок финансирования государственных лечебно-профилактических учреждений и их хозяйственной деятельности. С 1991 года начался процесс введения новой системы финансирования здравоохранения – системы обязательного медицинского страхования, и был дан старт развитию добровольного медицинского страхования. Нужно заметить, что здравоохранение оказалось единственной из отраслей социально-культурной сферы, где произошли реальные масштабные преобразования. Они сильно изменили организацию медицинского обслуживания. Появились новые источники и каналы финансирования, новые субъекты – фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации, новые формы финансирования лечебно-профилактических учреждений и … новые проблемы.

Изменения в системе финансирования происходили в условиях сокращения государственных расходов на здравоохранение, вызванного длительным экономическим кризисом, децентрализации государственного управления и снижения его дееспособности. В итоге система обязательного медицинского страхования была введена частично и лишь потеснила, но не заменила прежнюю систему финансирования. Ожидания медицинских работников, что реформа как-то улучшит положение дел в отрасли, сменились разочарованием и критикой деятельности страховщиков и страховых фондов. И врачи, и пациенты задают вопрос о том, какая польза от этих посредни-

ков. Для больных вообще несущественно, кто именно перечисляет деньги медицинскому учреждению, пациентов волнуют возможности получения медицинской помощи, которые ухудшились. Люди вынуждены платить за то, что раньше они получали бесплатно, и с их точки зрения лучше тратить государственные средства на оказание медицинской помощи, чем на содержание страховых фондов и компаний.

От работников федеральных и региональных органов управления здравоохранением можно услышать жалобы на снижение управляемости отрасли и о необходимости воссозданияластной вертикали управления.

По-другому оценивают ситуацию страховщики и руководители органов местного самоуправления, которые не видят необходимости что-то опять менять в управлении здравоохранением. В обществе нет согласия в оценке результатов проведенной реформы, нет ясного понимания возможных путей дальнейших изменений, их преимуществ и недостатков.

Реформа финансирования здравоохранения породила не только проблемы. Не будет преувеличением сказать, что она вызвала к жизни новое направление экономических исследований в нашей стране – экономику здравоохранения. Накоплено уже достаточно эмпирического материала, выполнено немало прикладных разработок, и сейчас уже пришло время для обобщающего анализа итогов реформы и ее перспектив. Но работ, целью исследования в которых являются именно эти проблемы, явно не хватает, и целый пласт вопросов еще ждет детального анализа. Среди них можно выделить следующие.

Оправданно ли было введение обязательного медицинского страхования? Почему нововведения не принесли ощутимых позитивных результатов? Нужны ли в общественном здравоохранении частные страховые организации? Каковы перспективы сложившейся в стране чересполосицы региональных

бюджетно-страховых моделей финансирования? Что стоит за словами о снижении управляемости системы здравоохранения, и действительно ли нам не обойтись без возрождения административных методов управления? В попытках найти ответы на эти вопросы автор видит цель своей работы.

Предлагаемая вниманию читателей работа содержит три раздела. Они соответствуют трем классическим вопросам: Что было? Что есть? Что может быть?

В первом разделе рассматриваются причины реформы в нашей стране, зарубежный опыт реформирования здравоохранения, оказавший серьезное влияние на выбор направления реформы у нас, и, наконец, ход осуществления нововведений в системе финансирования этой отрасли.

Второй раздел посвящен анализу ключевых организационно-экономических проблем, присущих современному состоянию российского здравоохранения. Это разрыв между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания населения и их финансовым обеспечением; недовлетворительная координация действий всех тех, кто осуществляет финансирование медицинских организаций за счет государства; эклектичность сочетания элементов старой и новой систем финансирования; отсутствие очевидных позитивных результатов от внедрения рыночных институтов в общественное финансирование здравоохранения; сохранение затратного типа хозяйствования.

Наконец, в третьем разделе представлены возможные стратегии решения этих проблем, обсуждаются возможности и последствия их реализации.

При написании монографии использованы работы, выполненные автором в рамках исследовательских проектов, поддержанных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, USAID, проектов Tacis, а также материалы,

подготовленные для Центра стратегических разработок, созданного Правительством Российской Федерации.

Автор благодарит своих коллег и в особенности М.Э. Дмитриева, Н.Н. Лебедеву, Е.Г. Потапчик, О.Г. Соловьеву, В.Л. Тамбовцева, И.М. Шеймана, совместной работе и общению с которыми обязаны появлением многие из представленных в книге выводов и предложений. Автор признаителен также своим коллегам по проектам Tacis и USAID – С.К. Салахутдиновой, К. Тильману, Ф. Фили.

# **Раздел 1**

**Реформирование  
системы  
финансирования  
здравоохранения  
в 90-е годы**

## **Глава 1. Государственная система финансирования здравоохранения: причины реформирования**

Принципы организации советской системы здравоохранения<sup>1</sup> сложились в первые десятилетия существования СССР. К числу главных ее характеристик относятся:

- право на бесплатную медицинскую помощь для всего населения;
- финансирование здравоохранения из государственного бюджета и средств государственных предприятий;
- предоставление медицинской помощи государственными лечебно-профилактическими учреждениями;
- предоставление амбулаторно-поликлинической помощи в поликлиниках, объединяющих врачей разных специальностей;
- централизованная система административного управления.

Право всех граждан государства на получение бесплатной медицинской помощи было провозглашено в Советской России в 1918 году впервые в мире. Для обеспечения этого права была создана разветвленная сеть лечебно-профилактических учреждений. В 1990 г. в Российской Федерации насчитывалось 12,8 тысяч больничных учреждений с 2,0 миллионами коек, 21,5 тысяч врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, рассчитанных на 3,2 миллиона посещений в смену, 47,7 тысяч фельдшерско-акушерских пунктов, свыше 3,1 тысячи станций и отделений скорой медицинской помощи<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Ее нередко называют моделью Семашко по имени первого народного комиссара здравоохранения в Советской России Н.А.Семашко, руководившего ее созданием (Кучеренко, Данишевский, 2000, с. 5; Marree, etc, 1997, р. 7.).

<sup>2</sup> Здравоохранение Российской Федерации. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1995, сс. 68, 75; Шевченко, 2000, сс. 23-24.

**ТАБЛИЦА 1.1**

**Показатели развития системы здравоохранения в России**

	<b>1940</b>	<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1999</b>
Число больничных учреждений, тыс.	8,5	10,5	14,3	13,8	12,5	12,8	10,9
Число больничных коек на 1000 чел.	4,3	5,9	8,2	11,3	13,0	13,8	11,5
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.	20,5	20,4	21,9	19,9	18,7	21,5	21,1
Число врачей на 1000 чел.	0,7	1,5	1,9	2,7	3,8	4,5	4,7

Источник: Российский статистический ежегодник. Стат. сб. М.:Госкомстат России, 1999, сс. 213, 216; Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000, сс.6, 100.

Почти все эти учреждения находились в государственной собственности. Небольшое число медицинских организаций принадлежало профсоюзам и общественным организациям. Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), принадлежащие государству, делились на две большие группы. Первая группа – это система *государственных ЛПУ*, финансирование которых осуществлялось непосредственно из государственного бюджета. Их раньше называли учреждениями в системе Минздрава РФ. Каждое из государственных ЛПУ обслуживало все взрослое или детское население, проживающее на определенной территории. Вторую группу составляли ЛПУ, находящиеся на балансе различных государственных ведомств и государственных предприятий. Они назывались *ведомственными ЛПУ*, финансировались за счет бюджетов ведомств и доходов предприятий и предназначались для обслуживания работников соответствующих ведомств и предприятий и членов их семей.

В 1990 г. в России количество стационарных медицинских учреждений в системе Минздрава РФ составляло 11970, а количество ведомственных больничных учреждений – 792 (*Кравченко, Поляков, 1998, с.62*).

Советские граждане, действительно, имели право на бесплатную медицинскую помощь и это право реализовывали. Но разные категории граждан имели право на бесплатное получение медицинских услуг разного качества. Неравенство в доступе к медицинской помощи является важнейшим системообразующим признаком отечественного здравоохранения (*Власов, 1999, с. 109*). Ведомственные медицинские учреждения для того и создавались, чтобы обеспечить более качественное медицинское обслуживание работников партийно-государственного аппарата и предприятий тех отраслей, развитие которых считалось приоритетным.

Советская система организации здравоохранения обладала серьезными преимуществами по сравнению с системами социального страхования и частного здравоохранения, доминирующими в мире до середины XX века. Она обеспечивала получение всем населением страны бесплатной квалифицированной медицинской помощи, включая профилактическую помощь. Но государственной системе управления и финансирования здравоохранения присущи и серьезные недостатки. Она устанавливает жесткий централизованный контроль за деятельностью медицинских организаций и их работников, который фокусируется на количественных показателях в ущерб качественным характеристикам (*Rowland, Telyukov, 1991, pp. 83-84*). Система государственного управления здравоохранением функционирует относительно успешно, когда природа решаемых задач достаточно проста, и количественные показатели, такие, например, как число вакцинированных, число пролеченных и т.д., адекватно отражают результаты деятельности системы (*Ensor, 1994, p. 4.*). Менее успешно эта система справляется с обеспечением сложных медицинских услуг,

медленно реагирует на изменения эпидемиологической ситуации.

Внутренние недостатки организации советского здравоохранения сочетались с медленным ростом его обеспеченности материальными ресурсами. Во второй половине XX многие страны мира, и прежде всего страны с развитой экономикой, стали наращивать государственное участие в организации и финансировании здравоохранения. В то же время в СССР здравоохранение имело невысокий приоритет при распределении государством финансовых и материальных ресурсов. По такому показателю, как доля расходов государства на здравоохранение в ВВП, Россия намного отстала от стран с развитой рыночной экономикой (см. табл. 1.2). Правда, в мировой экономике прослеживается довольно четкая закономерность: с ростом ВВП на душу населения увеличивается доля совокупных расходов на здравоохранение в ВВП и растет доля государства в этих расходах (*World Bank, 1993, pp. 110; Schieber, Maeda, 1997, p. 6*), (см. табл. 1.3). Но доля расходов государства на здравоохранение в ВВП была в России даже несколько ниже, чем в несоциалистических странах с близким уровнем подушевого ВВП.

С 60-х годов все здравоохранение стало проявляться отставание нашей страны от западных стран по показателям, характеризующим как ресурсное обеспечение здравоохранения, так и достигаемые результаты.

В 1990 г. расходы государства и населения на здравоохранение в валовом внутреннем продукте России составляли 3,0%, в том числе расходы из государственного бюджета – 2,0% ВВП. В странах с развитой рыночной экономикой эти расходы составляли в 1990 г. в среднем 9,2% и 5,6% соответственно (*World Bank, 1993, p. 211*).

**ТАБЛИЦА 1.2**

**ВВП на душу населения и расходы на здравоохранение в отдельных странах в 1990 г.**

	ВВП на душу населения, в долларах США	Расходы государства на здравоохранение, в % ВВП
Нигерия	337	1,2
Китай	341	2,1
Индия	360	1,3
Индонезия	581	0,7
Чили	2310	3,4
Мексика	2888	1,6
Бразилия	3219	2,8
Аргентина	4343	2,5
Россия	6539	2,0
Португалия	6814	4,3
Великобритания	16930	5,2
Италия	20192	5,8
Франция	21077	6,6
США	21967	5,6
Германия	24485	5,8
Швеция	26844	7,9

Источник: World Bank, 1993, pp. 210-211; Statistical yearbook. 39th iss. United Nations. N.Y., 1996, pp. 149-165.

**ТАБЛИЦА 1.3**

**ВВП на душу населения и расходы на здравоохранение по группам стран в 1994 г.**

Группы стран по уровню дохода	ВВП на душу населения, в долларах США	Расходы на здравоохранение на душу населения, в долларах США	Расходы на здравоохранение в % ВВП	Доля государства в расходах на здравоохранение, %
Страны с низким доходом	396	16	4,3	47
Страны со средним доходом	2707	168	5,3	57
Страны с высоким доходом	18611	1468	6,9	67

Источник: Schieber, Maeda, 1997. p. 6.

Уровень материально-технической базы отрасли был очень низким в сравнении со странами с развитой рыночной экономикой. По данным Госкомстата России, в 1985 г. в России 13% больниц размещались в зданиях, находящихся в аварийном состоянии или требующих капитального ремонта. В целом по СССР 30% больниц не имели в 1985 г. центрального отопления, 41% – горячей воды, 23% – водопровода, 32% – канализации. В медицинских учреждениях ощущался дефицит простейшего диагностического оборудования: флюорографического, рентгеноскопического, функционально-диагностического и др.

#### ТАБЛИЦА 1.4

#### Детская смертность и ожидаемая продолжительность жизни в России в сравнении с другими странами

	1960	1975	1990
<b>Детская смертность в возрасте от 0 до 5 лет на 1000 новорожденных</b>			
Страны с развитой рыночной экономикой	36	21	11
Социалистические страны Европы	68	36	22
Россия	н.д.	33	27
<b>Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет</b>			
Страны с развитой рыночной экономикой	70	73	76
Социалистические страны Европы	66	70	72
Россия	68	68	69

Источник: Демографический ежегодник Российской Федерации. М.: Госкомстат России, 1994, с. 83; World Bank, 1993, p. 200-201.

Сравнение в нашу пользу оставалось лишь по немногим показателям, как, например, количество врачей и больничных коек на тысячу граждан. В 1990 г. число врачей достигло в

Российской Федерации 4,1 на тысячу жителей<sup>3</sup>. Между тем в странах с развитой рыночной экономикой этот показатель составил в среднем 3,1 за период 1988-1992 гг. (*World Bank, 1993, p. 209*). Количество коек в больницах в расчете на 1000 человек было в нашей стране одним из наиболее высоких в мире – 13,8 в 1990 г.<sup>4</sup>; в странах с развитой рыночной экономикой – в среднем 8,3 за период 1985-1990; Россия уступала по данному показателю лишь Канаде – 16,1 и Японии – 15,9 (*World Bank, 1993, p. 209*).

Мировое лидерство по вышеуказанным показателям было как раз прямым следствием концентрации внимания в административной системе управления на количественных показателях работы отрасли, причем на тех, обеспечить высокие значения которых относительно легче. Недостаток вложений в оборудование и в основные фонды, необходимые для внедрения новых медицинских технологий и обеспечения высокого качества медицинской помощи, «компенсировался» относительным переизбытком врачей и мест в больницах. Этот избыток был также следствием параллелизма в организации медицинской помощи: наличия во многих городах систем как государственных, так и ведомственных ЛПУ.

Сочетание высокой обеспеченности населения России врачами с низким уровнем затрат на функционирование отрасли отражало одну из фундаментальных особенностей социалистического народного хозяйства: дисбаланс между трудом и капиталом (*Рождественская, Шишкин, 1998*). При этом уровень оплаты труда медицинских работников составлял 65-75% от среднего по народному хозяйству.

---

<sup>3</sup> Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000, с. 102.

<sup>4</sup> Здравоохранение Российской Федерации. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1995, с. 68.

Недостатки существовавшей государственной системы предоставления социально-культурных услуг населению стали вполне очевидны в 80-е годы. Критическое отношение к этой системе было вызвано следующим (*Шевченко, 2000, с.15; Barr and Field, 1996; Chernichovsky, Barnum and Potapchik, 1996; Rowland and Telyukov, 1991*):

- неудовлетворительностью показателей состояния здоровья населения (уровнем смертности, в том числе детской, уровнем заболеваемости) в социалистических государствах в сравнении с государствами Западной Европы и Северной Америки; увеличивающимся разрывом между этими двумя группами государств в динамике этих показателей;
- недостаточным финансированием здравоохранения, низкой долей затрат на охрану здоровья в ВВП;
- медленным обновлением медицинского оборудования, нехваткой современного оборудования в медицинских учреждениях;
- недостатком инноваций в методах лечения и медикаментах;
- избытком врачей и больничных мест при низкой эффективности их использования;
- низкой заработной платой врачей – ниже, чем в среднем по народному хозяйству;
- чрезмерной централизацией принятия решений и ограничением прав руководителей органов и учреждений здравоохранения;
- отсутствием у медицинских организаций и работников экономических стимулов к эффективной работе;
- низким качеством медицинских услуг, предоставляемых населению;
- минимальными возможностями у пациентов влиять на качество предоставляемых им услуг, используя легальные

- механизмы воздействия на медицинские организации и их персонал;
- развитием теневой оплаты услуг врачей, медсестер, теневого рынка лекарственных средств.

По данным социологического опроса населения в России в 1988 г., примерно половина опрошенных была не удовлетворена медицинской помощью, оказываемой в поликлиниках, плохими условиями пребывания в стационарах и отсутствием там необходимых лекарств (*Chernichovsky, Barnum, Potapchik, 1996, p. 115*).

С замедлением прогресса в улучшении здоровья населения и в повышении качества медицинских услуг, недостатки высконцентризованной системы управления и финансирования здравоохранения стали рассматриваться как непреодолимые без кардинальных преобразований самой системы. Вполне очевидно, что при обсуждении и выборе направлений реформы специалисты обратились прежде всего к опыту организации и реформирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой.

## **Глава 2. Опыт реформирования систем финансирования здравоохранения за рубежом**

### **2.1. Направления реформирования здравоохранения в странах с рыночной экономикой**

#### *2.1.1. Экономические императивы реформ в здравоохранении*

Государство занимается регулированием здравоохранения и участвует в его финансировании во всех странах мира. Это обусловлено изъянами рынка медицинских услуг (информационная асимметрия, внешние эффекты и др.) и представлениями о социальной справедливости, согласно которым люди должны иметь право на получение по крайней мере некоторого минимума медицинской помощи вне зависимости от уровня их дохода, и обеспечить такое право – обязанность государства (Barr, 1993, pp. 291–309; Le Grand, Propper, Robinson, 1993, pp. 36-54). Во второй половине XX века роль государства в финансировании и организации здравоохранения постоянно возрастала. Почти во всех странах с развитой рыночной экономикой были созданы общественные системы здравоохранения, доступные для всех или подавляющего большинства граждан.

Медицинскую помощь в этих системах оказывают как государственные, так и негосударственные медицинские организации и индивидуально практикующие врачи. Амбулаторную помощь оказывают врачи общей практики и специалисты, работающие как индивидуальные предприниматели, или в составе групповых практик. Организации, подобные привычным для нас поликлиникам, встречаются лишь в отдельных странах с развитой рыночной экономикой. Стационарное лечение осу-

ществляют государственные и негосударственные госпитали, причем среди негосударственных организаций имеются как некоммерческие, так и коммерческие. Соотношение государственных и негосударственных медицинских организаций различается в разных странах.

Финансирование медицинской помощи населению в общественных системах здравоохранения осуществляется либо из бюджетных средств государства, формируемых за счет общего налогообложения (*бюджетные системы финансирования*), либо из средств обязательного медицинского страхования, формируемых за счет страховых взносов работодателей, работающих и взносов государства или пенсионных фондов за неработающее население (*страховые системы общественного финансирования*). Во многих странах предусмотрено и соучастие населения в оплате получаемой медицинской и лекарственной помощи, но доля частных расходов в финансировании общественного здравоохранения невелика, а соплатежи выполняют роль ограничителя спроса.

Размеры общественного финансирования здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой росли высокими темпами в 50-70-е годы. Доля общественных расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась более чем в два раза – с 2,5% в 1960 г. до 5,7% в 1980г. (см. табл. 2.1). Однако нефтяные кризисы 1973 г. и 1978 гг. и замедление темпов экономического роста поставили эти страны перед необходимостью искать пути сдерживания роста государственных расходов на социальные программы, снижения так называемой «социальной нагрузки» на государство. В то же время требования населения к качеству работы общественного здравоохранения продолжали расти. Западноевропейские государства столкнулись с невозможностью увеличивать прежними темпами финансовые средства, направляемые в здравоохранение, чтобы, тратя их прежним образом, обеспечивать рост качества медицинских услуг. Поэтому Запад вынужден был задуматься об экономии

ресурсов и более эффективном их использовании. Главными задачами реформ здравоохранения, развернувшихся в странах с развитой рыночной экономикой в 80-е – 90-е годы, стали сдерживание роста государственных расходов и повышение эффективности систем здравоохранения (*OECD*, 1992, 1994).

#### **ТАБЛИЦА 2.1**

#### **Расходы на здравоохранение в странах с развитой рыночной экономикой\*, % ВВП**

	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>
Расходы – всего	3,9	5,5	7,2	7,9	8,1
Государственные расходы	2,5	4,1	5,7	6,1	6,1
Доля государственных расходов в общих расходах, %	63,9	73,8	78,1	76,9	76,1

\*Среднеарифметические показатели для стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, за исключением Люксембурга, Португалии, Турции, Кореи, Чехии, Венгрии, Польши, Мексики.

Источник: Diskette OECD Health Data, 1998; OECD, 1995b, pp. 9-12.

Политика сдерживания расходов проводилась по следующим основным направлениям (*Салтман, Фигейрас, 2000*):

- ◆ Регулирование уровня спроса на медицинские услуги и лекарственные средства:
  - введение или развитие систем соплатежей населения за медицинскую и лекарственную помощь;
  - снижение суммы страховых взносов для лиц, пользующихся услугами общественной системы здравоохранения в ограниченных пределах;
  - внедрение мер по санкционированию госпитализации;
  - нормирование потребления медицинских услуг путем установления времени ожидания их предоставления;
- ◆ Регулирование предложения медицинских услуг и лекарственных средств:

- развитие систем финансового планирования (включая установление предельных объемов услуг и уровней расходов для их производителей; контроль за размерами заработной платы, расходами на фармацевтические препараты и т.п.);
- реструктуризация медицинского обслуживания: сокращение количества больничных койко-мест в общественной системе здравоохранения и замещение относительно более дорогостоящего стационарного лечения менее дорогостоящим амбулаторным лечением или первичным медико-санитарным обслуживанием посредством расширения услуг дневных стационаров и центров амбулаторной хирургии, расширения оказания медицинской помощи на дому и т.п.;
- сокращение численности студентов медицинских вузов и врачей;
- развитие фармацевтического менеджмента (регулирование перечня и количества лекарственных средств, выписываемых врачами и др.);
- расширение масштабов регулирования приобретения и использования дорогостоящего медицинского оборудования с целью его концентрации, предотвращения бесконтрольного роста и дублирования.

Предпринятые меры по сдерживанию расходов оказались результативными: доля общественных затрат на здравоохранение в ВВП развитых стран лишь незначительно увеличилась в 80-е годы – с 5,7% в 1980 г. до 6,1% в 1990 г. (*OECD, 1995b, pp. 9-12*) и оставалась на уровне 6,0% в период 1990-1997 гг. (*World Bank, 2000, p.243*).

### **2.1.2. Внедрение рыночных институтов в общественное здравоохранение**

При всем многообразии различий между общественными системами здравоохранения в европейских странах, все они

вплоть до 80-х годов характеризовались общностью принципов, на основе которых строились взаимодействия между *производителями* медицинских услуг (медицинскими организациями, индивидуально практикующими врачами и их ассоциациями) и организациями, их финансирующими, – *плательщиками* (государственные органы управления здравоохранением, страховые фонды), а также между различными производителями, предоставляющими технологически связанные медицинские услуги.

Пары плательщик→производитель формировались внерыночным путем. В системах бюджетного финансирования каждый производитель находился в административном подчинении определенного территориального органа управления здравоохранением и получал финансовые средства в соответствии с распоряжениями этого органа. В системах страхового финансирования в европейских странах страховщики не имели права самостоятельно выбирать производителей, которые будут оказывать медицинскую помощь застрахованным. Они обязаны были заключить соглашение об оплате медицинской помощи с любым заинтересованным производителем медицинских услуг. Функции плательщиков сводились к распределению средств внутри сложившихся вокруг них групп медицинских организаций и передаче средств ассоциациям врачей, распределяющих их далее между своими членами. При этом страховщики часто были пассивными посредниками в движении финансовых ресурсов и не занимались вопросами более рационального их распределения (*OECD, 1995b, p. 41*).

Во взаимодействиях между различными производителями медицинских услуг (направление пациентов врачами общей практики или амбулаторно-поликлиническими центрами в специализированные диагностические центры, в стационары; направление пациентов, пролеченных в стационарах, на долечивание в амбулаторно-поликлинических условиях и т.п.) отсутствовали финансовые взаиморасчеты.

К концу 80-х годов в европейских странах укрепилось понимание того, что вышеуказанные принципы взаимодействия покупателей и производителей медицинских услуг являются препятствием для повышения эффективности системы здравоохранения. На формирование идеологии реформ сильное влияние оказала практика реализации государственных программ медицинского обслуживания в США (*Салтман, Фигейрас, 2000*). Выполнение программы Медикэр (медицинская помощь пенсионерам) и Медикейд (медицинская помощь малоимущим) обеспечивается там путем размещения государственными органами контрактов на рынке конкурирующих страховщиков, которые в свою очередь размещают контракты на рынке конкурирующих друг с другом медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Реформы, начатые в 1988 г. в Нидерландах, в 1991 г. в Великобритании, затем в Швеции, Германии, были направлены на внедрение элементов рыночных отношений во взаимодействия между субъектами общественного здравоохранения (*OECD, 1992-1995; WHO, 1997*). Эта идеология сыграла также важную роль в реформировании здравоохранения в Испании, Италии, Израиле, Финляндии, а также Новой Зеландии.

Суть предлагаемых новых принципов организации общественного финансирования здравоохранения сводилась к трем ключевым положениям:

1. Разграничение функций покупателей и производителей медицинских услуг;
2. Конкуренция производителей;
3. Конкуренция покупателей.

В системах бюджетного финансирования здравоохранения государственные органы управления здравоохранением сочетали функции финансирования медицинских учреждений с функциями управления их деятельностью. Разделение функций финансирования и функций прямого управления предствлением услуг важно для того, чтобы решения о распреде-

лении выделенных на здравоохранение бюджетных средств не принимались под влиянием необходимости поддерживать подведомственные медицинские учреждения безотносительно к эффективности их работы (*Ensor, Stamp, 1995, p.12*).

Развитие конкуренции между покупателями за лучшие медицинские организации и за застрахованных, а также между производителями за покупателей и за пациентов рассматривалось как основная движущая сила повышения эффективности системы финансирования здравоохранения.

Вышеназванные принципы воплощала следующая идеальная модель распределения прав и ответственности тех, кто предоставлял медицинскую помощь населению, и тех, кто ее оплачивал:

1) Плательщики и производители свободны от отношений административного подчинения и взаимодействуют друг с другом как покупатели и поставщики услуг, заключая контракты, предметом которых являются структура, объемы и стоимость медицинской помощи, предоставляемой потребителям.

2) Покупатели не несут ответственности за хозяйственную деятельность и финансовое положение производителей.

3) Производители медицинских услуг должны покрывать свои расходы за счет доходов от выполнения заключенных контрактов, они несут финансовую ответственность за результаты своей работы и экономически заинтересованы в повышении эффективности своей деятельности.

4) Покупатели свободны в выборе тех, с кем они заключают контракты: покупатели могут заключать контракты с любыми производителями и вправе не заключать контракты с теми, чьи услуги более дороги или хуже по качеству.

Это означает, что в системах бюджетного финансирования здравоохранения территориальные органы управления здравоохранением не обязаны финансировать только те государственные медицинские организации, которые расположены на

их территории, а могут заключать контракты по своему выбору лишь с частью из них, а также с негосударственными организациями и с организациями, расположенными за пределам своего административного образования. В системах страхового финансирования страховщики освобождаются от обязанности заключать договор с каждой медицинской организацией, которая оказывала ранее или предполагает оказывать медицинскую помощь клиентам, застрахованным данным страховщиком.

5) Производители вправе заключать контракты с любыми заинтересованными покупателями (страховщиками, органами управления). Государственные и негосударственные медицинские организации имеют равные права в системе общественно-го финансирования здравоохранения.

6) Производители амбулаторно-поликлинических услуг наделены правами частичного фондодержания: они имеют возможность оплачивать услуги специалистов, проведение диагностики, а также часть видов стационарной помощи. Производители – фондодержатели имеют право выбора производителей, которым они направляют своих пациентов для консультаций, диагностики и лечения и сами рассчитываются из своих средств за предоставленную их пациентам помощь.

7) Потребители медицинских услуг свободны в выборе врачей и медицинских организаций, а также в выборе страховщиков в системах обязательного медицинского страхования.

Внедрение такой модели осуществлялось в странах и с бюджетными системами финансирования здравоохранения (Великобритания, Новая Зеландия, Швеция, Финляндия), и со страховыми системами (Нидерланды, Германия), и со смешанными системами (Италия, Испания, Израиль). Наиболее последовательно данная модель была реализована в Великобритании, Новой Зеландии и Швеции. Только в этих странах врачи общей практики были наделены правами частичных

фондодержателей – правами распоряжения средствами, предназначеными для оплаты определенных диагностических процедур и некоторых видов стационарного лечения.

Какими же оказались результаты внедрения рыночных институтов в систему общественного финансирования здравоохранения? В Великобритании ежегодный рост экономической эффективности здравоохранения составлял 1,5% в среднем за период с 1980 по 1991 гг., а после начала реформы в 1991 г. – 2% в среднем в год за период 1992-1996 гг. (*Ле-Гран, 2000*). Отмечалось улучшение качества оказания медицинской помощи, главным образом, врачами общей практики, ставшими фондодержателями. Правда, несмотря на введение внутреннего рынка, у пациентов заметно не прибавилось возможностей выбирать врачей и госпитали для получения медицинской помощи. Результаты рыночных преобразований не были разрушительными для системы здравоохранения, как того опасались противники реформы, но и не оказались столь радикальны, чтобы оправдать надежды ее сторонников (*Klein, 1998*). Наиболее очевидными оказались изменения в социально-культурной составляющей медицинского обслуживания: повысился социальный статус врачей общей практики, усилилось внимание к ним со стороны органов управления здравоохранением, менеджеров и врачей, работающих в стационарах. Произошло осознание необходимости экономии средств. Благодаря заключению контрактов покупатели и производители стали лучше понимать, какие виды медицинской помощи они должны предоставлять, кому, по каким стандартам и по какой цене (*Ле Гран, 2000*).

Главная проблема реформы состояла в том, что органы управления здравоохранением не стали по настоящему независимыми покупателями медицинских услуг, а больничные траты – по настоящему самостоятельными производителями. Территориальные органы здравоохранения находились под сильным давлением политиков, ограничивающих их в приняти-

тии каких либо радикальных решений о перераспределении финансирования в пользу более эффективных производителей. Больничные трасты не имели стимулов к ведению конкурентной борьбы, поскольку, с одной стороны, не обладали возможностями по собственному усмотрению распоряжаться средствами, которые могли у них появиться в случае успешной работы, а с другой стороны, были уверены, что их всегда спасут от банкротства. Использованию контрактных отношений для более эффективного распределения средств препятствовало нежелание покупателей медицинских услуг вносить существенные изменения в сложившиеся структуру и объемы медицинской помощи, предоставляемой производителями, чтобы не нарушить отношения доверия, профессиональную этику, не рисковать долговременным сотрудничеством (*Flynn, Williams, Pickard, 1996*).

В Швеции разделение функций покупателей и производителей и внедрение контрактных отношений между ними было осуществлено в 12 из 26 округов. В этих округах в 90-е годы наблюдался более быстрый рост объемов оказанной населению медицинской помощи при более существенном сокращении бюджетных расходов на здравоохранение (*Хоканссон, 1999*). Однако результаты реформы здесь, как и в Великобритании, не были столь значительными, как ожидали ее инициаторы.

Проведение рыночно ориентированных реформ имело очевидные позитивные результаты с политической точки зрения. Они придали импульс деятельности органов здравоохранения, активизировали их усилия по регулированию предоставления медицинской помощи в интересах населения, а не в интересах самих врачей и медицинских организаций. В последние годы в Великобритании, Новой Зеландии и Швеции с приходом к власти лейбористов и социал-демократов политика в сфере здравоохранения изменилась: развитие конкуренции между производителями и между покупателями больше не рассмат-

риается в качестве главной движущей силы повышения эффективности здравоохранения (*Салтман, Фигейрас, 2000; Department of Health, 1997; Hornblow, 1997*). Конкуренция не упраздняется полностью, но приоритет теперь отдается развитию сотрудничества между покупателями и производителями медицинских услуг: внедрению процедур совместного планирования и заключению долгосрочных контрактов вместо ежегодных. Издержки, связанные с ежегодным заключением договоров (затраты на сбор и анализ информации, экономические расчеты, подготовку контрактов и их согласование), расцениваются как слишком высокие по сравнению с повышением эффективности медицинского обслуживания.

### **2.1.3. Реформирование медицинских организаций**

Важной составной частью проводимых в западных странах преобразований были изменения форм и правомочий медицинских организаций, участвующих в общественной системе здравоохранения (*Harding, Preker, 2000*). Эти изменения недостаточно проанализированы, особенно в научных публикациях в нашей стране, поэтому рассмотрим их более подробно.

До конца 80-х годов государственные медицинские организации, как правило, административно управлялись государственными органами исполнительной власти и практически не имели прав принятия самостоятельных экономических решений. Штатное расписание, условия оплаты труда работников, детальный бюджет этих учреждений утверждались вышестоящими органами управления.

Целью изменений было создание возможностей и стимулов для медицинских организаций рационально хозяйствовать, создание условий для развития конкуренции между производителями медицинских услуг в системе общественного здравоохранения, и благодаря всему этому – повышение эффективности использования ресурсов в этой системе.

В качестве основных направлений проводимых организационно-правовых преобразований таких учреждений можно выделить следующие:

- расширение прав государственных медицинских учреждений по распоряжению финансовыми и материальными ресурсами;
- преобразование государственных медицинских учреждений в иные организационно-правовые формы с полной передачей прав распоряжения и частичной передачей прав владения ресурсами;
- передача функций, выполнявшихся государственными медицинскими организациями, негосударственным организациям.

#### Расширение прав государственных медицинских учреждений по распоряжению финансовыми и материальными ресурсами

В последние два десятилетия во многих странах проводилась политика предоставления большей автономии государственным медицинским учреждениям (*OECD, 1995b, p.47; Harding, Preker, 2000*). Ограничивались права административного управления медицинскими учреждениями со стороны органов государственного управления, а руководителям медицинских организаций предоставлялись права самостоятельного принятия оперативных решений по распоряжению финансовыми и материальными ресурсами.

Учреждения получали некоторые возможности перебрасывать средства с одних статей расходов на другие, развивать платные услуги, использовать полученные от них доходы и сэкономленные государственные средства для материального поощрения работников и инвестиций. Расширялись права руководителей учреждений по определению условий работы и оплаты труда персонала. Это сочеталось с внедрением контрактных форм отношений между медицинскими учреждени-

ями и финансирующими их органами, а также с заменой сметного финансирования различными формами оплаты результатов работы этих учреждений (оплата медицинской помощи по методу глобального бюджета и др.).

Но предоставляемая медицинским учреждениям экономическая самостоятельность была ограниченной: учреждения по-прежнему не несли полной экономической ответственности за результаты своей работы. В случае недостаточности у них средств для покрытия задолженностей поставщикам товаров и услуг, ответчиком по обязательствам выступают государственные органы управления.

#### Преобразование государственных медицинских учреждений в иные организационно-правовые формы с передачей прав распоряжения и владения ресурсами

В ряде стран произошли качественные изменения организационно-правовых форм, в рамках которых существуют государственные медицинские организации. Такие изменения проводились двумя основными путями:

1. Преобразование государственного медицинского учреждения в государственную корпорацию, организационно-правовая форма которой является универсальной для всей экономики;
2. Преобразование государственного медицинского учреждения в государственную организацию специальной формы.

*Корпоративацией* является преобразование медицинского учреждения в организацию, созданную как независимое юридическое лицо (корпорация) в форме, которая используется предприятиями (частными и государственными) в других секторах экономики (Harding, Preker, 2000). Организации получают всю полноту прав распоряжения своими ресурсами и несут полную экономическую ответственность по своим обязательствам. Государство остается владельцем имущества

корпорации и управляет ее деятельностью через своих представителей в правлении.

Метод корпоративизации государственных медицинских учреждений использовался в целом ряде стран. В Новой Зеландии в начале 90-х годов подобным образом провели реформирование государственных госпиталей (*OECD, 1994, pp. 238-239*). Целью реформы провозглашалось создание условий для развития конкуренции между производителями медицинских услуг и повышения эффективности их деятельности. Для этого медицинские организации, подчиненные территориальным органам управления здравоохранением, были преобразованы в автономные государственные предприятия здравоохранения (Crown health enterprises). Указанные организации были учреждены в соответствии с моделью государственного предприятия, единой для всей экономики. Они вправе заключать контракты с персоналом, привлекать капитал и действовать независимо, руководствуясь актом, регулирующим деятельность компаний с ограниченной ответственностью. Предприятия здравоохранения выступают субъектами общего коммерческого законодательства. Их исполнительный директор подотчетен правлению.

Изменения в составе имущества предприятий здравоохранения и инвестиционные решения отслеживаются министерством государственных организаций здравоохранения. Государство уполномочено следить, чтобы производимые преобразования не привели к сужению круга потребителей услуг этих организаций и ухудшению доступности медицинской помощи для каких-либо категорий населения, а также к нарушениям и разрывам в технологически связанных видах медицинского обслуживания.

Особо нужно отметить, что реформа не стала кампанией по массовой реорганизации госпиталей в кратчайшие сроки. Преобразования не форсировались, а проводились по мере готовности организаций к такой реорганизации.

В Израиле составной частью реформы здравоохранения, проведенной в середине 90-х годов, было изменение статуса госпиталей, принадлежащих государству и крупным больничным фондам (*Bar-Mor, 1996*). До реформы деятельность этих учреждений находилась под жестким административным контролем либо со стороны государственных органов управления, либо больничных фондов. В ходе реформы госпитали превращались в корпорации, автономные в своей финансовой деятельности.

Реформирование здравоохранения в Сингапуре – еще один пример корпоративизации государственных госпиталей. Для управления госпиталем создавалась государственная корпорация, действующая на основе общего законодательства о корпорациях. Государство выступает владельцем корпорации и соответственно сохраняет права собственности на имущество госпиталя. Совет директоров корпорации назначается государством. Благодаря всему этому государство сохраняет контроль за общим направлением деятельности медицинской организации, однако, оставляя ей свободу в принятии текущих хозяйственных решений, в приеме и увольнении сотрудников и т.п. и таким образом повышая ее конкурентоспособность.

*Преобразование медицинских учреждений в государственные организации специальной формы.* Наиболее известным примером подобной трансформации является проведенное в Великобритании преобразование государственных госпиталей в трасты. В уже упоминавшейся Новой Зеландии некоторые медицинские организации также были реорганизованы в трасты.

Трасты являются некоммерческими государственными организациями, административно независимыми от территориальных органов управления здравоохранением. Трастам предоставлены широкие полномочия распоряжения и владениями ресурсами. Они могут по своему усмотрению (*NHS, 1991*):

- приобретать, владеть, использовать, продавать имущество, включая землю;
- брать кредиты в пределах оговоренных на год лимитов;
- заключать контракты с государственными органами управления здравоохранением и с другими организациями;
- создавать собственные структуры управления;
- нанимать персонал, определять штатное расписание, устанавливать собственные условия работы и оплаты в пределах рамок, определяемых соглашениями с национальными ассоциациями профсоюзов врачей и медицинских сестер;
- определять перечень и объемы предоставляемых видов медицинской помощи, за исключением случаев, когда траст обязывает предоставлять определенные виды медицинских услуг населению, поскольку он является единственной на данной территории организацией, способной это выполнять;
- рекламировать свои услуги, не нарушая правила, установленные профессиональным сообществом;
- поддерживать, или самим осуществлять научные исследования и создавать для этого учреждения.

Государство передает трастам во владение землю, здания, оборудование и другое имущество. Но существуют определенные ограничения на правомочия трастов по распоряжению и владению ресурсами. Трасти не могут:

- брать кредиты или использовать собственные средства для проведения финансовых операций с целью извлечения прибыли;
- закладывать свое имущество или использовать любым иным образом в качестве обеспечения займов;
- брать кредиты в иностранной валюте без разрешения национального органа управления здравоохранением.

Руководитель национального органа управления здравоохранением имеет право воспрепятствовать продаже имуще-

ства траста, которая может повредить общественным интересам. Это право распространяется на продажу имущества стоимостью свыше одного миллиона фунтов стерлингов. Траст обязан указать в своем годовом плане такие предполагаемые продажи.

Приобретение трастом земли и недвижимой собственности должно быть одобрено руководителем национального органа управления здравоохранением.

Все эти ограничения правоспособности траста направлены на то, чтобы гарантировать, что переданное траstu имущество используется в общественных интересах.

Траст управляется Советом директоров, в состав которого входят:

- председатель, который назначается национальным органом управления здравоохранением и не является штатным сотрудником траста;
- не более пяти внешних директоров, не являющихся штатными сотрудниками траста, два из которых представляют интересы проживающего населения и назначаются территориальным органом управления здравоохранением, а остальные назначаются национальным органом управления здравоохранением;
- равное число исполнительных директоров, являющихся сотрудниками траста, в том числе: главный исполнительный директор, финансовый директор, и в подавляющем большинстве трастов – медицинский директор и директор сестринского персонала. Главный исполнительный директор назначается председателем правления и внешними директорами, после чего с его участием они же назначают остальных исполнительных директоров.

Председатель и внешние директора назначаются на срок до 4 лет.

Трасты сохраняют подотчетность национальному органу управления здравоохранением и обязаны ежегодно представ-

лять план деятельности, включая план капитального строительства, общий и финансовый отчеты.

Важно подчеркнуть, что государственные медицинские организации не могли быть преобразованы в трасти против желания их персонала. Изменение статуса государственного учреждения происходило не по приказу органов управления здравоохранением, а по инициативе самого учреждения (его руководителей и коллектива работников).

#### **Передача функций, выполнявшихся государственными медицинскими организациями, негосударственным организациям**

Наиболее известным примером такого рода преобразований, проведенных в государствах с рыночной экономикой, служит реорганизация крупнейшего государственного госпиталя в Сингапуре (1600 больничных мест) в 1989 г. (*Hospital Corporation International, 1996*). Ее суть состояла в следующем: имущество госпиталя было сохранено в государственной собственности; работа госпиталя, как и прежде, частично финансировалась государством, но управление его деятельностью было передано в руки частной компании. Это позволило сделать организацию управления госпиталем более гибкой. Новая структура управления, созданная частной компанией, позволила госпиталю в своей деятельности в большей мере соответствовать нуждам населения и изменениям в медицинских технологиях и оборудовании. Проведенная реорганизация расценивается как удачный образец сочетания преимуществ государственной и частной систем управления здравоохранением.

Передача негосударственным организациям функций, выполнявшихся государственными медицинскими организациями, при сохранении имущества этих организаций в государственной собственности является, по сути дела, частичной приватизацией медицинских учреждений. В рассмотренном выше случае предметом приватизации выступали функции

управления деятельностью госпиталя (правомочия пользования и распоряжения его имуществом).

Интересным примером частичной приватизации медицинского учреждения является создание Бостонского медицинского центра (Бостон, США) путем организационного слияния городского госпиталя (356 мест) и госпиталя, принадлежащего Бостонскому университету (260 мест). Оба госпиталя столкнулись в начале 90-х годов с необходимостью сокращения своих расходов и увеличения доходов для обеспечения своего выживания. Их слияние стало средством решения этой задачи. Вместо находящегося муниципального госпиталя и негосударственного университетского госпиталя была создана новая негосударственная некоммерческая корпорация – Бостонский медицинский центр (БМЦ). У такой некоммерческой приватизации были противники, полагавшие, что малоимущие граждане могут в результате лишиться нужной им медицинской помощи, которую им бесплатно предоставлял городской госпиталь. Поэтому слиянию предшествовало принятие законодательным органом штата Массачусетс специального закона, который, в частности, обязал БМЦ продолжать выполнять функции городского госпиталя по предоставлению качественного лечения всем жителям города.

Само слияние было осуществлено на основе соглашения между городским органом власти и университетом. Университет передал БМЦ в собственность практически все имущество своего госпиталя. В то же время город сохранил права собственности на имущество реорганизуемого госпиталя. Для управления новой организацией был создан Совет попечителей, в состав которого вошли 10 человек, представляющих интересы жителей города и городских органов власти, 10 – интересы университета, 6 мест досталось руководителям новой организации, 4 – представителям врачебного персонала.

Модель Бостонского медицинского центра обладает преимуществами негосударственной корпорации: гибкостью, сво-

бодой принимать экономические и кадровые решения без ограничений, накладываемых на государственные организации. Созданный госпиталь может заключать контракты на предоставление менее затратных и более эффективных видов услуг без обязательного согласования с городскими властями. В частности, после слияния, БМЦ получил возможность пересмотреть контракты на поставку для него ряда видов услуг и товаров и удешевить их. БМЦ сократил часть коек, персонала, расширил масштабы амбулаторной помощи и в целом сумел снизить текущие расходы на 30-40%.

## **2.2. Реформы систем финансирования здравоохранения в странах с переходной экономикой**

В постсоциалистических государствах реформирование здравоохранения рассматривалось в качестве одной из важных составных частей широкомасштабных политических и экономических преобразований. Но причины и цели реформирования здравоохранения существенно отличались от тех, которые были в западноевропейских странах. В странах социалистического лагеря растущие требования населения к качеству медицинского обслуживания не находили адекватного ответа со стороны государственных систем здравоохранения, построенных по советскому образцу. Медленное внедрение новых медицинских технологий, препаратов и обновление медицинского оборудования, дефицит лекарственных средств, низкая заработная плата врачей и сестер, порождающая теневые платежи за их услуги, неравенство в доступности медицинской помощи, обусловленное социальным статусом – все это вызывало чрезвычайно критичное отношение со стороны как населения, так и медицинских работников. Системы здравоохранения функционировали неэффективно из-за избыточного количества врачей и недостаточной их обеспеченности медицинским оборудованием в сравнении с

западными странами (*Marree, Groenewegen, 1997*). Путь решения проблем недостаточности бюджетных ассигнований, выделяемых на охрану здоровья, неэффективности использования имеющегося ресурсного потенциала, растущего отставания от западноевропейских стран по показателям состояния здоровья населения, по развитию и применению медицинских технологий стал видится в кардинальном изменении системы управления и финансирования здравоохранения (*Preker, Feachem, 1994, pp. 288-321*).

В странах с развитой рыночной экономикой реформы в здравоохранении были вызваны пониманием невозможности роста общественного финансирования этой сферы прежними темпами в ответ на растущие требования населения к качеству медицинского обслуживания. Это обусловило направленность осуществляемых преобразований на повышение эффективности системы здравоохранения. В постсоциалистических странах реформы были порождены осознанием невозможности улучшить качество медицинского обслуживания, рассчитывая только на ассигнования из государственного бюджета. Реформы стали выражением стремления увеличить финансирование общественного здравоохранения путем расширения источников поступления средств и изменения структуры финансовых потоков (*Ensor, 1994, p.7*).

### Выбор страховых моделей финансирования

Решающее влияние на выбор общей направленности преобразований оказал кризис идеологии государственного управления экономикой и социальной сферой. Реформы в здравоохранении стали своего рода реакцией отторжения прошлой системы (*Barr, Field, 1996, p. 309*). Доминирующая роль государства в организации здравоохранения ассоциировалась с прежним строем (*Салтман, Фигейрас, 2000, с. 20*), и потому у новых политических лидеров и у врачебного сообщества в качестве реакции на прошлый опыт государственного управления возобладало желание уйти как можно дальше от любого государственного вмешательства в здравоохранение.

Замена социалистической идеологии на рыночную определила ориентацию реформ в здравоохранении на заимствование моделей организации здравоохранения, используемых в странах с развитой рыночной экономикой. Причем интерес был обращен к новейшим моделям финансирования общественно-го здравоохранения, которые в это время активно обсуждались и начинали внедряться в Западной Европе. Такой выбор поощрялся западными экспертами, которые рекламировали свои идеи организации здравоохранения (*Ensor, 1994, p.2*).

Следует подчеркнуть, что постсоциалистические страны стали ориентироваться на модели, которые только начинали применяться в странах, находящихся на принципиально ином уровне развития экономики и демократии, и которые были призваны решать качественно иные проблемы в иных институциональных условиях: в развитой рыночной экономике, при сформировавшихся механизмах ее государственного регулирования и при том состоянии гражданского общества, которое способно эффективно защищать интересы населения. Тем не менее либеральные представления об универсальной ценности рыночных принципов организации производства товаров и услуг затушевали различия в причинах и условиях реформирования. Провозглашая необходимость преобразования здравоохранения на рыночной основе, политики постсоциалистических стран руководствовались также и желанием продемонстрировать Западу, что они твердо встали на путь решительного реформирования всего общества и создания рыночной экономики (*Ensor, 1994, p.2*). Итак, идеологические и финансовые причины оказались определяющими в проведении реформ здравоохранения в постсоциалистических странах (*Davis, 1993*).

Первыми по пути реформирования системы здравоохранения пошли Венгрия, Вьетнам, Россия, Словения, Чехословакия, Эстония. В Венгрии, Вьетнаме, Словении и Эстонии обязательное медицинское страхование было введено с 1992 г., в

Латвии, России, Чехии и Словакии – с 1993 г., за ними по этому же пути пошли Албания и Монголия (1994 г.), Грузия, Казахстан и Румыния (1997 г.) (*Салтман, Фигейрас, 2000; Adeyi, Nuri, etc., 1999; Adeyi, Radulescu, etc., 1999; Ensor, Thompson, 1998; Kalandadze T., etc., 1999; Markota, etc., 1999*).

Выбор Венгрией и Чехословакией страховой системы финансирования был предопределен их историей. В прошлом, до социалистических преобразований, здесь уже существовали страховые медицинские фонды. В Чехословакии до 1948 года была одна из наиболее развитых систем страхования в Европе, на которую оказали влияние традиции немецкой и австрийской систем медицинского страхования. В Венгрии обязательное медицинское страхование существовало с 1928 г. по 1948 г. Но и те постсоциалистические страны, которые в прошлом не имели большого опыта использования страховых систем финансирования здравоохранения, стали рассматривать введение обязательного медицинского страхования в качестве главного компонента реформы здравоохранения. Это расценивалось как реальный путь получения новых гарантированных источников финансирования и как действенное средство повышения эффективности системы медицинского обслуживания.

В основу внедряемых моделей медицинского страхования были положены следующие принципы:

- финансирование медицинской помощи населению за счет страховых взносов, которые платят работодатели, работники и государство;
- участие в системе общественного финансирования здравоохранения страховщиков в качестве покупателей медицинских услуг для застрахованного населения;
- конкуренция между производителями медицинских услуг за заключение контрактов со страховщиками;
- право пациентов на выбор врача;

- предпочтительность негосударственных производителей и покупателей перед государственными.

Рассмотрим, как эти принципы были реализованы в отдельных странах.

*Формирование финансовых средств обязательного медицинского страхования (ОМС).* В большинстве стран были введены обязательные взносы на медицинское страхование и для работодателей, и для работников. Размеры взносов сильно различаются, составляя от 3 до 23,5% от заработной платы (см. табл. 2.2). Практически во всех странах дополнительным источником финансирования фондов ОМС являются бюджетные ассигнования, которые направляются в качестве платежей за неработающее население в целом или за его отдельные категории (Marree, Groenewegen, 1997, p. 87). В некоторых странах, например в Венгрии, платежи за пенсионеров сначала производились из Пенсионного фонда, а затем взносы за всех неработающих стали осуществляться за счет специального налога на здравоохранение, основная часть которого (89%) представляет собой фиксированную сумму, выплачиваемую работодателем за каждого работника в дополнение к обязательным страховым взносам (European observatory, 1999, pp.27-28).

Сбор взносов в большинстве стран осуществляется страховыми фондами (больничными кассами). В Казахстане в 1998 г. и в Эстонии в 1999 г. функции сбора взносов на ОМС были переданы налоговым органам. Практика показала, что такое решение ведет к сокращению поступления страховых средств. Сбор взносов на ОМС в Казахстане уменьшился в 1998 г. на 18% в номинальном выражении по сравнению с 1997 г.<sup>5</sup> Налоговые органы относились к этому виду платежей как к второстепенному, разрешали работодателям производить уплату взносов на ОМС во вторую очередь, после уплаты основных налогов. В от-

---

<sup>5</sup> Данные Центра оплаты услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

личие от фонда ОМС, налоговые органы активно не применяли санкции и штрафы за неуплату взносов на ОМС. Также и в Эстонии после передачи функции сбора взносов от больничных касс налоговым агентствам в 1999 году наблюдалось сокращение собираемых средств (*Yessce, 2000*).

**ТАБЛИЦА 2.2**

**Размеры взносов на обязательное медицинское страхование, в % к заработной плате**

Страна	Взносы работодателей	Взносы работников	Всего
Албания	1,7	1,7	3,4
Венгрия	11,0	3,0	14,0
Германия*	6,4	6,4	12,8
Грузия	3,0	1,0	4,0
Казахстан	3,0	-	3,0
Китай	7,0	-	7,0
Литва			3,5
Македония	8,6	-	8,6
Россия	3,6	-	3,6
Румыния			14,0
Словакия	9,0	4,5	13,5
Словения	6,4	6,4	12,8
Хорватия			20,0
Чехия	9,0	4,5	13,5
Эстония	13,0	-	13,0

\* - на территории бывшей ГДР

Источники: Adeyi, 1999; Donev, 1999; Carroll, 1995; Hsiao, 1995; Marree, Groenewegen, 1997; European observatory, 1999; Салтман, Фигейрас, 2000.

*Страховщиками* в системах ОМС стали специально созданные государственные учреждения – фонды медицинского страхования или больничные кассы, имеющие сеть территориальных отделений. Везде фонды медицинского страхования являются, как правило, квазигосударственными организациями, автономными по отношению к государственному бюджету

и министерству финансов, хотя мера этой автономии неодинакова.

В большинстве стран территориальные отделения фондов монопольно выполняют функции страховщиков и покупателей медицинских услуг для всего населения, проживающего на соответствующей территории (*Ensor, Thompson, 1998*). Таким образом, отсутствуют условия для конкуренции страховщиков за привлечение большего количества застрахованных.

*Политика создания условий для конкуренции между страховщиками* проводилась лишь в нескольких странах. Так, в Чехии помимо учреждения центрального фонда медицинского страхования, имеющего территориальные филиалы, было разрешено участие других страховщиков в осуществлении обязательного медицинского страхования. Было создано 28 негосударственных страховых компаний, специализирующиеся на страховании работников отдельных секторов экономики; впоследствии их число сократилось до 17. Центральный фонд является главным страховщиком – им застраховано 83% населения (*Салтман, Фигейрас, 2000, с. 193*). Но все страховщики поставлены в условия конкуренции: каждый гражданин по закону имеет право менять страховщика до трех раз в год. Страховщики не имеют права отказать в страховании никому из обратившихся к ним.

Неизбежные различия в половозрастной структуре застрахованных у разных страховщиков порождают различия в необходимых объемах медицинской помощи для застрахованных и соответственно различия в расходах на оплату этой помощи. Страховщики не могут изменять размеры страховых взносов: они определяются государством. Для выравнивания экономических условий работы страховщиков предусмотрен специальный финансовый механизм. Часть взносов страховщиков в обязательном порядке зачисляется на специальный счет центрального фонда и затем перераспределяется между всеми

страховщиками по определенной формуле, учитывающей половозрастную структуру застрахованных.

Аналогичная модель ОМС используется в Словакии, где центральный фонд выступает страховщиком для 87% граждан.

*Приватизация* медицинских и фармацевтических организаций была одним из направлений реформирования здравоохранения, которое поначалу декларировалось практически во всех постсоциалистических странах. Почти везде поощрялась приватизация аптек, но с приватизацией больниц и поликлиник в этих странах не торопились (*Davis, 1993*). Приватизация медицинских услуг в переходных экономиках осуществлялась более быстро в фармацевтической и стоматологической областях, где более высокая доля расходов легла на домохозяйства. Развитие частного сектора было медленнее для других амбулаторных услуг и незначительно для стационарной помощи.

Наиболее активными были попытки приватизации оказания медицинской помощи в Чехии. В 1995 г. амбулаторное обслуживание было практически полностью приватизировано. Система амбулаторного обслуживания состояла из 22 тысяч частных единиц (*Albrecht, 1996*). Правительство пыталось с 1992 г. стимулировать приватизацию госпиталей, поощряя медиков вместе выкупать их. Но эта политика была подорвана недостатком средств у медиков (*Boland, 1995*).

Широкомасштабной приватизации больниц и поликлиник в странах Восточной Европы не произошло. И, прежде всего, потому, что она противоречила интересам основной массы медицинских работников, которые боялись лишиться государственного финансирования. Так, например, в Польше сами врачи не поощряли изменения статуса госпиталей, предоставления им автономии, так как 30% из них могло остаться без работы, ибо врачей в стране оказалось больше, чем необходимо (*Balicki, 1994*). 25 тысяч врачей открыли частные кабинеты, но параллельно они продолжали работать в государственных медицинских учреждениях, так как боялись потерять работу. В

Чехии, несмотря на интенсивное развитие частных практик, многие врачи совмещали частную практику с работой в государственных учреждениях.

Следует особо отметить, что везде в постсоциалистических странах приватизация была добровольной, никакой массовой приватизации в общественном секторе здравоохранения не проводилось. Имущество в приватизируемых организациях здравоохранения в основной своей части обычно оставалось в государственной собственности (*Goldstein, etc., 1996, p. 19*).

Иключение из этого правила составляет Восточная Германия. После объединения страны в 1990 г., здесь были ликвидированы почти все государственные поликлиники (*Schulenburg, 1994*). Работающие в них врачи были вынуждены либо покинуть отрасль, либо продолжить свою деятельность в качестве индивидуально практикующих врачей. Помещения бывших поликлиник были предоставлены в аренду частнопрактикующим врачам с правом выкупа. Лишь незначительное количество поликлиник было сохранено в прежнем виде. В 1996 г. 9 государственных поликлиник, оставшихся в городе Берлине, были переданы в ведение Паритетного Союза – одной из крупнейших негосударственных благотворительных организаций в Германии (*Паритетный союз, 1999*). В рамках Паритетного союза была создана специальная организация – Медико-социальные центры Паритетного союза – для управления переданными поликлиниками. Имущество поликлиник было передано государством в аренду этой организации и впоследствии было выкуплено.

### Осуществление реформ

Введение медицинского страхования привело к росту расходов на здравоохранение (см. табл. 2.3). Но в целом результаты реформ в постсоциалистических странах пока еще трудно оценить однозначно и тем более обобщить. Более определенные выводы можно сформулировать по отношению к процессу осуществления этих реформ, который имел ряд общих черт в рассматриваемых странах.

**ТАБЛИЦА 2.3**

**Расходы на здравоохранение в странах  
Центральной Европы, % ВВП**

	<b>1990</b>	<b>1994</b>	<b>1997</b>
Венгрия	5,7	7,3	6,5
Словакия	5,4	7,1	7,2
Словения	5,6	7,9	7,7
Чехия	5,5	7,8	7,2

Источник: Goldstein, etc., 1996, p. 23.; World Bank, 1993, p. 211; European observatory, 1999, p.35.

Принятию решений о необходимости реформ предшествовало нагнетание средствами массовой информации в общественном сознании представлений о кризисном состоянии здравоохранения. Интересно, что то же самое было, например, в Великобритании: реформированию национальной системы здравоохранения (1989-1991 гг.) предшествовало создание атмосферы «кризиса», подогреваемой страхами «окончательного упадка» системы, снижения моральных норм, которыми руководствуются врачи-хирурги (*Maynard, Bloor, 1996*). По-видимому, это является необходимым условием начала широкомасштабных реформ в здравоохранении.

Обсуждения нововведений проходили, как правило, в узком кругу политиков, высших должностных лиц министерств здравоохранения, небольшого числа экспертов без привлечения широкой общественности (*Potusek, 1993, pp. 219, 225; Rys, 1993, p. 170*). Желание заменить старые институты государственного управления не сопровождалось серьезным рациональным анализом возможных альтернатив. Господствовавшее предубеждение против государственной системы финансирования, ментальное наследие прошлого создавали значительные трудности для поиска рациональных решений (*Rys, 1993, p. 168*). Переход к системе страхования был скорее бегством от

старой системы, чем хорошо продуманной политикой (*Barr, Field, 1996, p. 309*).

Например, в Эстонии при введении в 1992 г. системы ОМС были учреждены территориальные больничные кассы и одна больничная касса для моряков – всего 22 единицы (*Йессе, 2000*). Для координации их деятельности на национальном уровне была создана Ассоциация больничных касс, но не было предусмотрено механизма перераспределения доходов между регионами с целью выравнивания финансовых условий оказания медицинской помощи застрахованным в разных территориях. Такие механизмы существуют в развитых системах социального страхования, но в Эстонии торопились покончить с централизованной системой управления здравоохранением и децентрализовать финансирование медицинской помощи, не задумываясь о необходимости решения на национальном уровне задачи выравнивания различий в финансовой обеспеченности программы ОМС. Эта ошибка была исправлена только в 1994 г.: была создана центральная больничная касса, количество региональных больничных касс было сокращено до 17, и все они были подчинены центральной кассе.

Реформы в здравоохранении постсоциалистических стран были недостаточно продуманы; отсутствовала последовательность и согласованность действий разных субъектов реформирования (центральных и местных органов власти, профессиональных ассоциаций, страховых фондов). Обязанности государственных органов управления были сокращены, но в большинстве случаев при этом не были созданы альтернативные механизмы для координации управления системами здравоохранения (*Жаркович Г. и др., 1998, с. 371*).

Все это стало результатом не только политического и экономического кризисов. Причины нужно видеть и в том, что реформирование здравоохранения происходило в условиях проведения масштабных экономических и политических реформ, и безотносительно к успешности указанных реформ это

порождало проблемы для здравоохранения. Об этом свидетельствует опыт Китая. Политическая ситуация здесь была несравненно стабильнее, чем в других постсоциалистических странах, а экономика устойчиво росла. И, тем не менее, организация и финансирование здравоохранения расценивались как находящиеся в беспорядке вследствие экономических и политических реформ и отсутствия последовательной политики центрального правительства в области здравоохранения (*Hsiao, 1995, p. 1052.*).

Вышеуказанные особенности осуществления реформ проявились во всех постсоциалистических странах. Но при этом между странами Центральной и Восточной Европы и странами СНГ имелось очень важное отличие. Первые, решив переходить к страховым системам финансирования здравоохранения, осуществляли такой переход решительно и быстро, сразу сконцентрировав в системе ОМС большую часть средств для финансирования общественного здравоохранения. Так, в Эстонии доля средств ОМС в общественном финансировании здравоохранения составила 81% в 1995 г. (*Эстонская ЦБК, 1999*), в Румынии – 70% в 1998 г. (*Adeyi, Radulescu, etc., 1999*), в Словении – 86% в 1998 г. (*Markota, etc., 1999, p.193*). Правда, в Албании доля средств ОМС в общественных расходах составляет всего 20%, но система ОМС изначально и вводилась как дополнение к системе бюджетного финансирования здравоохранения (*Adeyi, Nuri, etc., 1999*). Средства ОМС предназначались там только для возмещения расходов на жизненно-важные лекарственные средства и для финансирования врачей общей практики.

Напротив, в России и Казахстане размеры установленных взносов на ОМС (равные соответственно 3,6% и 3,0% фонда заработной платы) были совершенно недостаточны для финансирования программ ОМС. Реформаторы пошли на такое введение ОМС фактически ради того, чтобы получить хоть какой-то дополнительный источник средств для здравоохранения.

В тех восточноевропейских странах, где не были уверены в возможности установления взносов на уровне, достаточном для финансового обеспечения необходимых объемов медицинской помощи населению, не стали торопиться с введением системы ОМС. Так, в Польше в начале 90-х годов посчитали нереальным добиться установления взносов на ОМС в размерах, достаточных для нормальной работы системы здравоохранения и потому неразумным вводить систему ОМС без общего пересмотра систем налогообложения и социального страхования (*Włodarczyk, Mierzewski, 1991, p. 11; Balicki, 1994, p. 14*). Вплоть до конца 90-х годов там полагались на бюджетное финансирование здравоохранения, считая этот источник более стабильным и надежным.

## **Глава 3. Введение обязательного медицинского страхования в России**

### **3.1. Опыт реформирования бюджетной модели финансирования здравоохранения**

Первые попытки реформирования здравоохранения в России были предприняты в рамках политики «перестройки» советской экономики, проводившейся в 1986-1990 годах. В отличие от сферы материального производства, изменения в здравоохранении были инициированы не политическим руководством страны, а органами отраслевого управления. Под влиянием попыток внедрения новых моделей хозяйствования государственных предприятий, для сферы здравоохранения была разработана новая модель финансирования (*«новый хозяйствственный механизм в здравоохранении»*).

Сохраняя систему бюджетного финансирования здравоохранения, новая модель предусматривала ряд серьезных изменений:

- выделение средств из бюджета на здравоохранение по долговременным стабильным нормативам в расчете на одного жителя;
- изменение порядка бюджетного финансирования медицинских учреждений, переход от выделения им средств по отдельным статьям расходов (на заработную плату, на хозяйственные расходы, на приобретение оборудования и др.) к финансированию по долговременным стабильным нормативам, отражающим результаты их деятельности;
- введение системы экономических расчетов между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и больницами за диагностику и лечение больных в стационарах;

- разрешение медицинским учреждениям заключать договоры с организациями на медицинское обслуживание их работников, оказывать дополнительные платные услуги населению сверх нормативов бесплатной медицинской помощи;
- предоставление руководителям медицинских учреждений более широких прав в решении вопросов оплаты труда.

Внедрение новой модели финансирования здравоохранения было начато в 1988 г. в порядке эксперимента в трех регионах: в Ленинграде, Кемеровской и Куйбышевской областях. Главные цели введения новой модели бюджетной медицины в 1988 г. состояли в том, чтобы децентрализовать управление здравоохранением, влить в систему новые финансовые ресурсы и стимулировать инновации (*Rowland, Telyukov, 1991, p. 84*). Особо следует отметить попытку превратить поликлиники в держателей средств, которые финансируют больницы, оплачивая им диагностику и стационарное лечение направляемых к ним больных. Такое нововведение в организации финансирования здравоохранения было осуществлено на практике впервые в мире.

Первые результаты экспериментов были расценены как в целом позитивные, и в конце 1988 г. правительством СССР было приняты нормативные документы, предусматривающие распространение на все учреждения здравоохранения апробированных в эксперименте новых условий хозяйствования. В 1989 г. рассматриваемая модель начала вводиться еще в 9 регионах России.

Начатая реформа в целом отвечала интересам медицинского сообщества, но прежде всего – интересам медицинских чиновников и руководителей учреждений здравоохранения. Внедряемая модель должна была обеспечить стабильность бюджетного финансирования отрасли и при этом расширить возможности медицинских чиновников распоряжаться государственными средствами и извлекать ренту из своего положения.

жения. Руководители учреждений здравоохранения получали право использовать государственное имущество для осуществления коммерческой деятельности и легально получать от нее доходы. Реформа улучшила ситуацию с оплатой труда медицинских работников: появилась возможность устанавливать ее размеры в зависимости от качества и объема выполняемой работы.

В то же время превращение поликлиник в фондодержателей дало противоречивые результаты. Количество направлений на стационарное лечение, действительно, уменьшилось, но не только за счет отказа от необоснованных госпитализаций. Врачи поликлиники стали тянуть до последнего с направлением пациентов в больницы, что крайне негативно сказывалось на течении заболеваний. Возросло количество смертельных случаев вследствие задержек с госпитализацией. Можно предположить, что разработчики нового хозяйственного механизма в здравоохранении, конечно же, понимали потенциальные опасности превращения поликлиник в распорядителей средств для оплаты стационарной помощи, но, видимо, не ожидали, что возникший у поликлиник экономический интерес к отказу от госпитализации окажется более сильным, чем профессиональная этика врачей и контроль, осуществляемый органами управления здравоохранением за качеством оказываемой медицинской помощи. Но в реальности все оказалось иначе. Некоторые исследователи расценивают превращения поликлиник в фондодержателей как «главную ошибку эксперимента» (*Поляков и др. 1995*).

Наиболее значимой для решения проблем финансирования отрасли была попытка ввести новый порядок выделения бюджетных средств – на основе стабильных подушевых нормативов. Но переход к новому порядку бюджетного финансирования так и остался на бумаге. Финансовые органы в центре и на местах затягивали разработку и принятие указанных нормативов или их не соблюдали, ссылаясь на нарастающие трудности

с формированием доходов государственного бюджета, которые начались как раз с 1989 г.

Эта главная неудача эксперимента подтолкнула многих специалистов к мысли о необходимости кардинального реформирования системы финансирования и организации здравоохранения. Кризис советского общества, развернувшаяся критика советской политической и экономической системы и начавшееся ее разрушение привели к значительным сдвигам в представлениях лидеров медицинского сообщества о направлениях необходимых преобразований в финансировании и организации здравоохранения. Доминирующей идеей стал переход к страховой системе финансирования.

В последующем реформировании финансирования здравоохранения можно выделить *три этапа*.

*Первый этап: выбор новой модели (1990-1993 гг.).* Преобладают идеологические и эмоциональные оценки прежней системы управления и финансирования и направлений ее изменения. Главными движущими силами на этом этапе выступают политики и демократическая медицинская общественность.

*Второй этап: практическое осуществление намеченных преобразований (1993-1994 гг.).* Реформаторская деятельность перемещается из идеологического пространства в организационно-экономическое. Внимание политиков и населения к реформированию здравоохранения ослабевает и занято другими проблемами. Главными движущими силами инноваций являются передовая часть медицинской номенклатуры, врачи с предпринимательскими способностями, экономисты, пришедшие в сферу здравоохранения. Характер преобразований определяется действиями групп специальных интересов: аппарата страховых фондов, страховых компаний, руководителей органов здравоохранения. Проявляются несообразности внедряемой модели; возникают коллизии между субъектами системы финансирования здравоохранения.

*Третий этап: замедление преобразований и попытки пересмотра ключевых принципов внедренной модели финансирования (1995-1999 гг.).* Направленность дальнейших институциональных изменений определяется борьбой новых и старых групп специальных интересов: страховщиков, управленицев, врачебных сообществ вокруг сохранения введенных ранее институтов. Нововведения приостанавливаются вплоть до изменений в политике и экономике, порождающих необходимость и политическую возможность проведения дальнейших преобразований.

### **3.2. Выбор модели обязательного медицинского страхования**

Почему выбрали медицинское страхование? Главные преимущества системы страхового финансирования в сравнении с системой бюджетного финансирования здравоохранения состоят в следующем:

- обеспечивается и закрепляется институциональное разделение производителей и покупателей медицинских услуг; страховщики, в отличие от органов здравоохранения, административно не связаны с медицинскими организациями, не имеют интересов финансировать эти организации только ради их сохранения; страховщики несут ответственность за предоставление определенных объемов медицинской помощи застрахованным и обеспечивают решение этой задачи, заключая контракты с производителями медицинских услуг;
- в системе здравоохранения появляются посредники между медицинскими организациями и населением; посредники, экономически заинтересованные в защите прав пациентов, в расширении сферы применения экономических оценок, в эффективном использовании имеющегося ресурсного потенциала отрасли;

- появление новых каналов финансирования – взносов работодателей и работающих на медицинское страхование – создает предпосылки для рационального распределения ответственности за здравоохранение между государством, предпринимателями и населением;
- создаются условия для замещения ценностей государственного патернализма ценностями личной ответственности за состояние своего здоровья.

Страховая система требует более высоких затрат на обеспечение ее работы, но эти неизбежные дополнительные издержки перекрываются повышением эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения.

Признавая справедливость всех вышеотмеченных преимуществ системы медицинского страхования по сравнению с системой бюджетного финансирования здравоохранения, все же следует констатировать, что главным фактором, обуславившим выбор именно страховой системы, стало стремление расширить источники финансирования здравоохранения и получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств. Целью принятия в России закона о медицинском страховании было в первую очередь создание нового механизма финансирования здравоохранения, который обеспечит для системы здравоохранения дополнительные финансовые ресурсы и позволит аккумулировать средства, поступающие из разных источников (*Стародубов, 1992, с. 7; Шейман, 1998, с. 140; Chernichovsky, etc., 1996, р. 121*).

Инициатива введения страховой медицины принадлежала руководству Министерства здравоохранения СССР. Она была поддержана лидерами отраслевых групп специальных интересов – руководителями ряда региональных органов управления здравоохранением, а также значительной частью врачей. На формирование предложений о виде будущей системы медицинского страхования оказали влияние и уже возникшие в российской экономике страховые организации, ищащие для

себя сферы деятельности с гарантированными доходами. Политики, занятые борьбой за власть между руководством СССР и Российской Федерации, не уделяли серьезного внимания этим проблемам. Однако в контексте этой политической борьбы стало возможным принятие законодательства о медицинском страховании не союзным, а российским органом представительной власти. Тем более что идея перехода к медицинскому страхованию нашла активную поддержку тех врачей, которые были избраны депутатами Верховного Совета Российской Федерации. Проект реформы был подготовлен в сжатые сроки, и уже в июне 1991 г. был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Подобно тому, как это происходило в других странах Центральной и Восточной Европы, стремление побыстрее использовать открывшиеся политические возможности проведения преобразований обусловило поспешность в разработке законодательных предложений о новой модели финансирования и ее недостаточную продуманность. Все это стало своеобразной платой за политическую возможность осуществления реформы.

При разработке предложений о введении медицинского страхования не были приняты во внимание следующие существенные обстоятельства:

1. Возможные изменения внешних экономических условий функционирования всей системы здравоохранения в будущем: изменения платежеспособности предприятий, бюджетных возможностей, доходов населения. Планы реформы разрабатывались при неявном, само собой разумеющимся для разработчиков предположении, что экономического кризиса не будет, что местная власть и предприятия, освободившись от жесткого контроля центра за их расходами, станут направлять больше средств на здравоохранение. Возможность длительного экономического спада не рассматривалась; предполагалось, что экономика после непродолжительного трудного периода начнет расти на новой, рыночной основе.

2. Ослабление способности государства обеспечивать реализацию принятых законов. Это обрекает намеченные организационные преобразования на частичное, половинчатое осуществление. Темпы реформирования в разных регионах становятся сильно зависимыми от интересов специальных групп в регионах и особенностей складывающейся там политической ситуации.

3. Интересы чиновников, теряющих часть своей прежней власти в результате перехода к системе медицинского страхования. Успешность осуществления нововведений зависит от того, будут ли эти потери властных полномочий компенсированы другими выгодами, а если нет, то достаточно ли сильной будет исполнительская дисциплина и боязнь административных санкций, чтобы выполнять решения, ущемляющие их интересы.

4. Последствия, которые может иметь для функционирования всей системы здравоохранения неполное введение новой системы финансирования и существование одновременно двух разных систем.

Суть модели обязательного медицинского страхования, положенной в основу Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», состояла в следующем:

- страхователями работающих являются их работодатели, страхователем неработающего населения – органы исполнительной власти или органы местного самоуправления;
- обязательное медицинское страхование работающих осуществляется за счет платежей работодателей, а неработающих и занятых в бюджетной сфере – за счет ассигнований из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов;
- объем и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС определяются в базовой программе ОМС, утверждаемой правительством, и в территориальных

программах, принимаемых на основе базовой региональными органами власти;

- страховщиками в системе ОМС выступают страховые медицинские организации; они могут быть негосударственными и государственными, коммерческими и некоммерческими, но органы управления здравоохранением и медицинские организации не вправе выступать в роли их учредителей, а деятельность по обязательному медицинскому страхованию должна осуществляться на некоммерческой основе (без образования прибыли);
- страховщики заключают договора с работодателями на страхование работающих, с органами власти – на страхование неработающего населения;
- страховщики организуют предоставление медицинской помощи застрахованному населению, заключая договора с медицинскими организациями, осуществляют ее оплату и контролируют качество медицинских услуг;
- страховщики вправе совмещать деятельность в системе ОМС с осуществлением добровольного медицинского страхования (ДМС), но программы ДМС не могут включать услуги, предусмотренные программами ОМС;
- застрахованные имеют право выбора врача и медицинской организации.

Хотя новая модель реализовывала идеологию страховой системы финансирования здравоохранения, нетрудно заметить, что некоторые принципы этой модели стали, по сути дела, развитием принципов модели «нового хозяйственного механизма», внедрявшейся с 1988 г. Нормативы бюджетного финансирования трансформировались в страховые взносы из бюджета по фиксированным ставкам. Идея о введении нормативов бесплатной медицинской помощи населению превратилась в идею базовой программы ОМС. Разрешение учреждениям здравоохранения и заинтересованным организациям заключать договоры на выполнение услуг сверх вышеуказанных

ных нормативов получило развитие в установлении добровольного медицинского страхования. В дополнение к бюджетному финансированию в модели ОМС появился новый источник гарантированного поступления средств в отрасль здравоохранения – платежи организаций по обязательному медицинскому страхованию.

Изменения в порядке финансирования здравоохранения были продолжением прежних попыток преобразования финансовых потоков в отрасль. Однако в том, что касается организации финансовых потоков внутри отрасли, модель ОМС содержала принципиальные нововведения. В системе финансирования здравоохранения появляются новые субъекты – страховые медицинские организации. Страховщики заключают договора с работодателями на страхование работающих, с органами власти – на страхование неработающего населения, выбирают медицинские организации и оплачивают услуги, предоставляемые застрахованным. Предполагалось, что такая модель создает условия для развития конкуренции между страховщиками за заключение договоров со страхователями: работодателями и местными органами власти, и конкуренции между медицинскими организациями за заключение договоров со страховщиками. Ождалось, что включение частных страховых компаний в систему ОМС, конкуренция между покупателями медицинских услуг и конкуренция между их производителями пойдут на пользу системе здравоохранения, повысят эффективность использования ее ресурсного потенциала (*Семенов, 1996*), хотя аргументы для этого были скорее идеологическими, чем основанными на рациональном анализе (*Curtis, etc., 1995, p. 760*).

В новой системе финансирования предусматривалось сохранение государственных органов управления здравоохранением. Но их функции должны были радикально измениться. Вместо прямого финансирования подведомственных медицинских учреждений и управления их деятельностью органы здравоохранения

воохранения должны контролировать соблюдение нормативных требований к организации и качеству медицинской помощи, предоставлять консультативно-методическую помощь руководителям и главным специалистам ЛПУ и заниматься разработкой и реализацией целевых программ. Предметом целевых программ являются инвестиционные проекты, а также финансирование специализированных и высокотехнологических дорогостоящих видов медицинской помощи, которые не предполагалось включать в базовую программу ОМС. Это, в частности лечение туберкулеза, заболеваний, передаваемых половым путем, трансплантология, гематология, нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия и др. Финансирование целевых программ должно осуществляться из бюджета. Таким образом, новая система финансирования здравоохранения изначально предусматривала двухканальную схему финансирования медицинских учреждений (*Миронов и др., 1994, сс. 163, 169*).

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», предусматривал, что переход к страховой медицине должен был произойти в течение 1992-1993 гг. Но создание страховых компаний, разработка всей необходимой нормативно-правовой базы происходило гораздо медленнее, чем на это рассчитывали разработчики закона. Ожидание, что страховые медицинские организации, самостоятельно возникшая и развертывая свою деятельность, охватят страхованием всех граждан, не оправдалось (*Герасименко, 1996*). Выяснилось, что значительная часть населения может остаться незастрахованной вследствие как административных препятствий, чинимых становлению страховых медицинских организаций во многих субъектах РФ, так и политики «снятия сливок», проводимой страховщиками, стремящимися отбирать для себя категории застрахованных с меньшими рисками заболеваемости (*Жаркович Г. и др., 1998, сс. 275-276, 300*). В формирующейся системе обязательного медицинского страхования не

оказалось субъектов, ответственных за охват страхованием всех граждан.

Закон 1991 г. не предусматривал также и наличия каких-либо специальных организаций для сбора, аккумулирования и перераспределения взносов на ОМС. В процессе практической подготовки введения ОМС была осознана проблема выравнивания финансовых условий предоставления медицинской помощи для групп застрахованных, различающихся по половозрастным показателям и по месту жительства.

Для того, чтобы решить возникшие проблемы, не затягивать введение системы ОМС и не откладывать принятие решения об установлении обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование, реформаторы пошли на корректировку модели ОМС. В 1993 г. в закон о медицинском страховании были внесены существенные изменения.

Закон был дополнен положениями о создании *Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС)*. Их статус был определен как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Соучредителями ФФОМС стали Верховный Совет РСФСР и Правительство Российской Федерации<sup>6</sup>. ТФОМС должен быть создан в каждом из 89 субъектов Федерации. Соучредителями территориального фонда ОМС выступают органы представительной и исполнительной власти субъекта Федерации.

Главными функциями ФФОМС являются:

- выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС путем выделения им средств, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ ОМС;

---

<sup>6</sup> С 1998 г. учредителем Федерального фонда ОМС является только Правительство Российской Федерации.

- осуществление организационно-методической деятельности по обеспечению функционирования системы ОМС;
- участие в разработке базовой программы ОМС;
- организация подготовки специалистов для системы ОМС.
- К числу функций ТФОМС относятся:
  - аккумулирование средств, направляемых на ОМС работающего и неработающего населения;
  - осуществление сбора взносов работодателей на ОМС работающих граждан;
  - финансирование ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями;
  - финансирование медицинских учреждений в тех случаях, когда функции страховщика выполняют не страховые организации, а филиалы самого ТФОМС;
  - выравнивание финансовых ресурсов городов и районов, направляемых на ОМС;
  - разработка правил ОМС граждан на соответствующей территории;
  - согласование совместно с органами исполнительной власти и профессиональными медицинскими ассоциациями территориальной программы ОМС;
  - согласование совместно с органами исполнительной власти, органами местного самоуправления, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховщиками тарифов на медицинские услуги по ОМС.

Взносы на ОМС работающих граждан осуществляются их работодателями. Их размеры устанавливаются федеральным законом. Платежи за неработающее население должны предусматриваться при формировании бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов. Финансовые средства фондов ОМС являются федеральной государственной собственностью, не входят в состав бюджетов и других фондов.

Территориальный фонд ОМС должен финансировать страховые медицинские организации по подушевым нормативам в соответствии с договорами, заключенными страховщиками со страхователями. При расчете нормативов территориальный фонд должен учитывать различия в необходимых подушевых затратах на оказание медицинской помощи у разных страховщиков, обусловленных различиями в половозрастной структуре и заболеваемости застрахованных у них лиц. То есть, территориальный фонд должен выполнять функцию выравнивания финансовых условий деятельности страховщиков.

С созданием фондов ОМС в системе общественного финансирования здравоохранения появились новые субъекты, которые призваны аккумулировать значительные финансовые средства и распределять их между страховщиками и медицинскими организациями. Это не сопровождалось преобразованием органов государственного управления здравоохранением. Права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены законодательством. Все это создало основу для двоевластия в финансировании медицинских организаций и для возникновения серьезных коллизий в процессе практического введения системы ОМС.

Специальным решением Верховного Совета Российской Федерации в 1993 г. филиалам территориальных фондов ОМС временно, сроком на один год, предоставили право выполнять функции страховщиков и непосредственно взаимодействовать с медицинскими учреждениями. При этом филиалы территориального фонда не имеют прав юридического лица, это просто его структурные подразделения. В 1994 г. в России действовали 86 территориальных фондов ОМС и 1058 их филиалов; 52% из них выполняли функции страховщиков. В последующие годы это право не было ни подтверждено, ни отменено, но филиалы фондов по факту продолжали выполнять функции страховщиков.

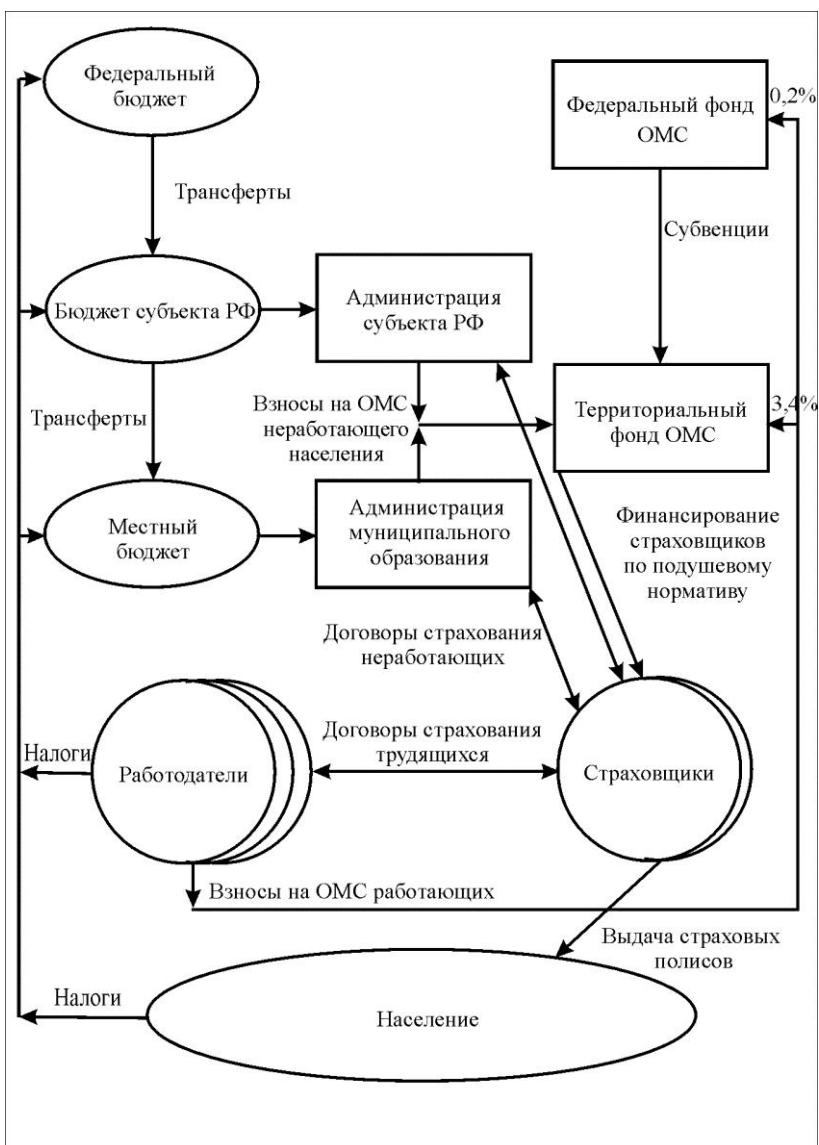
В результате организационная структура покупателей медицинских услуг стала «двухъярусной»: сначала средства ОМС поступают в государственные фонды обязательного медицинского страхования, затем – страховым медицинским компаниям (как правило, негосударственным), которые уже заключают контракты непосредственно с медицинскими учреждениями. Но если страховых компаний в том или ином регионе недостаточно, то фонды через свои филиалы сами заключают контракты с медицинскими учреждениями.

Изменения, внесенные в законодательство о медицинском страховании в 1993 г., создали возможность применения трех моделей ОМС, различающихся по типу организаций, выполняющих функции страховщиков в границах региона (субъекта Федерации):

1. *Модель с конкурирующими страховщиками:* функции страховщиков выполняют только страховые медицинские организации, поставленные в условия конкуренции за страхователей;
2. *Модель с одним страховщиком:* функции страховщиков выполняют только филиалы фонда ОМС;
3. *Модель с неоднородной структурой страховщиков:* функции страховщиков выполняют страховые медицинские организации и филиалы фонда ОМС.

РИС. 3.1

**Модель формирования финансовых средств обязательного медицинского страхования в Российской Федерации**



Первая и вторая модели хорошо известны в зарубежной практике. Первая примерно соответствует моделям организации ОМС в Израиле и Нидерландах. В этих странах платежи на ОМС аккумулируются в специализированном национальном фонде (Институт национального страхования в Израиле, Общий национальный фонд в Нидерландах), который затем финансирует страховые фонды (больничные кассы) в зависимости от количества застрахованных и оцениваемых рисков их заболеваемости (*Семенов, Гришин, 1997, cc.91, 142-143; Gross, etc., 1998*). Страховые фонды организуют предоставление медицинской помощи застрахованному у них населению. Национальный фонд не имеет структурных подразделений, выполняющих функции страховщиков и оплачивающих медицинскую помощь застрахованным.

Вторая модель адекватна моделям ОМС, внедренным в большинстве стран Центральной и Восточной Европы.

Третья модель является уникальной. Определенное сходство существует с моделями ОМС в Чехии и Словакии. Там страховщиками в системе ОМС выступают центральный фонд, имеющий территориальные филиалы, а также ряд более мелких страховщиков. Центральный фонд выполняет функцию перераспределения части страховых взносов. Но в отличие от России, центральный фонд не аккумулирует все страховые взносы. Страховщики сами собирают взносы и направляют на специальный счет центрального фонда лишь небольшую их часть.

В рассматриваемой российской модели территориальный фонд ОМС аккумулирует все средства на ОМС (за исключением части взносов работодателей, перечисляемых в федеральный фонд) и распределяет их между своими филиалами и страховыми медицинскими организациями, являющимися самостоятельными организациями. Первые для фонда – это его собственные подразделения, которые он полностью контролирует. Вторые – самостоятельные организации, с которыми

фонд обязан сосуществовать постольку, поскольку у них есть договора со страхователями, делиться с ними собранными деньгами, контролировать которые он может в ограниченных пределах. В такой модели маловероятна конкуренция между филиалами ТФОМС и страховыми медицинскими организациями; конкуренция возможна только между страховыми компаниями. При прочих равных условиях данная схема будет побуждать фонд к выталкиванию других страховщиков из системы ОМС и к движению в сторону второй модели.

Выделенные выше модели не были четко определены в законодательстве, и реализация той или иной из них в каждом конкретном регионе оказалась поставленной в зависимость от силы политической поддержки или противодействия их появлению и деятельности со стороны региональных и местных властей и территориального фонда.

### **3.3. Практическое внедрение новой системы финансирования**

В 1993 г. был введен обязательный для всех работодателей взнос на ОМС в размере, равном 3,6% фонда заработной платы, за счет соответствующего сокращения взносов в Пенсионный фонд. Из указанных 3,6% одна часть – 0,2% – направляется в ФФОМС, другая – 3,4% – в ТФОМС. Со второй половины 1993 г. взносы стали аккумулироваться на счетах ФФОМС и ТФОМС, созданных почти во всех субъектах РФ. С 1994 г. ТФОМС начали финансировать страховые медицинские организации, которые вместе с филиалами фондов стали оплачивать медицинскую помощь, оказываемую застрахованным.

В 1994 г. в 29 субъектах РФ функции страховщиков выполняли исключительно страховые компании, в 24 – только филиалы территориальных фондов ОМС, в 21 – и те и другие, а в 5 регионах финансирование ЛПУ продолжали полностью осуществлять органы здравоохранения (Гришин, 1997, с. 205).

При установленном значении тарифа собираемых взносов работодателей было недостаточно ни для финансирования в полном объеме базовой программы ОМС для работающего населения, ни тем более для выравнивания финансовых ресурсов системы ОМС в разных регионах. Инициаторы реформы согласились с установлением заниженного размера тарифа ради сохранения возможности внедрить сами институты обязательного медицинского страхования.

Реформа не оправдала ожиданий тех, кто рассчитывал на увеличение финансовых потоков, направлявшихся в здравоохранение. Затяжной экономический и бюджетный кризисы обусловили сокращение финансирования здравоохранения государством. В 1993 году, когда были установлены взносы на ОМС, собранные средства, действительно, стали дополнением к бюджетным ассигнованиям. Но уже в 1994 г. объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и обязательных страховых взносов предприятий уменьшился в реальном выражении на 9% по сравнению с 1993 г., а в 1995 г. – на 26% по отношению к предыдущему году. Произошло не дополнение бюджетного финансирования обязательными страховыми платежами, а частичное замещение одного другим. После введения обязательного медицинского страхования местные власти стали уменьшать расходы на здравоохранение, мотивируя это появлением нового источника финансирования – обязательных страховых взносов юридических лиц (см. рис. 3.2). В 1993 г. размеры финансирования здравоохранения за счет бюджетных средств и за счет обязательных страховых взносов юридических лиц соотносились как 85 : 15; в 1994 г. – 82 : 18, а в 1999 г. – 76 : 24. Взносы на ОМС скорее заместили, чем дополнили бюджетное финансирование. Впрочем, это не было исключительно российской особенностью реформы здравоохранения. Аналогичная картина наблюдалась и в других постсоциалистических государствах в первые годы введения ОМС.

**ТАБЛИЦА 3.1**

**Государственное финансирование здравоохранения, 1991-1999 гг., трлн. руб. (с 1998 г. – млрд. руб.)**

	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>
Государственные расходы	0,03	0,47	6,38	23,9
Федеральный бюджет*	н.д.	0,05	0,57	2,3
Бюджеты субъектов РФ*	н.д.	0,42	4,84	17,4
в т.ч. платежи бюджетов на ОМС	-	-	0,03	1,2
Взносы работодателей на ОМС	-	-	0,97	4,2
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Государственные расходы	50,0	70,1	95,4	84,4
Федеральный бюджет*	3,9	4,3	9,8	5,7
Бюджеты субъектов РФ*	37,1	51,9	67,3	58,7
в т.ч. платежи бюджетов на ОМС	4,1	5,6	6,5	7,0
Взносы работодателей на ОМС	9,0	13,9	18,3	20,0
				33,1
				<b>1999</b>

\* расходы на здравоохранение и физическую культуру

Источник: Социальная сфера России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1996, с. 9; Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1998, с. 12; Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999, с. 194; Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 2000, с. 187; Госкомстат России. Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных и целевых бюджетных фондов за январь-декабрь 1999 года. М., 2000, сс. 14-16; Главное управление федерального казначейства. Отчет об исполнении бюджетов в Российской Федерации на 1 января 2000 года, с. 3.

**ТАБЛИЦА 3.2**

**Государственное финансирование здравоохранения,  
1991-1999 гг., % ВВП**

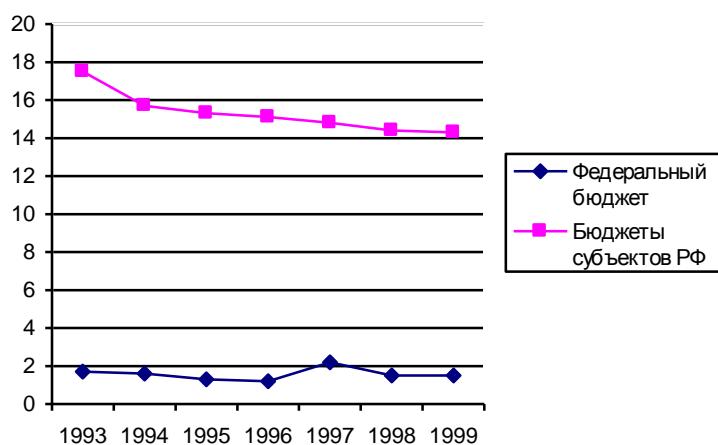
	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	
Государственные расходы	2,4	2,5	3,7	3,9	
Федеральный бюджет*	н.д.	0,3	0,3	0,4	
Бюджеты субъектов РФ*	н.д.	2,2	2,8	2,8	
Взносы работодателей на ОМС	-	-	0,6	0,7	
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Государственные расходы	3,2	3,3	3,8	3,1	3,0
Федеральный бюджет*	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
Бюджеты субъектов РФ*	2,4	2,4	2,7	2,2	2,0
Взносы работодателей на ОМС	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7

\* расходы на здравоохранение и физическую культуру

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999, с. 194; Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 2000, с. 187; Госкомстат России. Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных и целевых бюджетных фондов за январь-декабрь 1999 года. М., 2000, сс. 14-16; Главное управление федерального казначейства. Отчет об исполнении бюджетов в Российской Федерации на 1 января 2000 года, с. 3.

*РИС. 3.2*

**Доля затрат на здравоохранение  
в бюджетных расходах (в %)**



Источник: Госкомстат России

**ТАБЛИЦА 3.3**

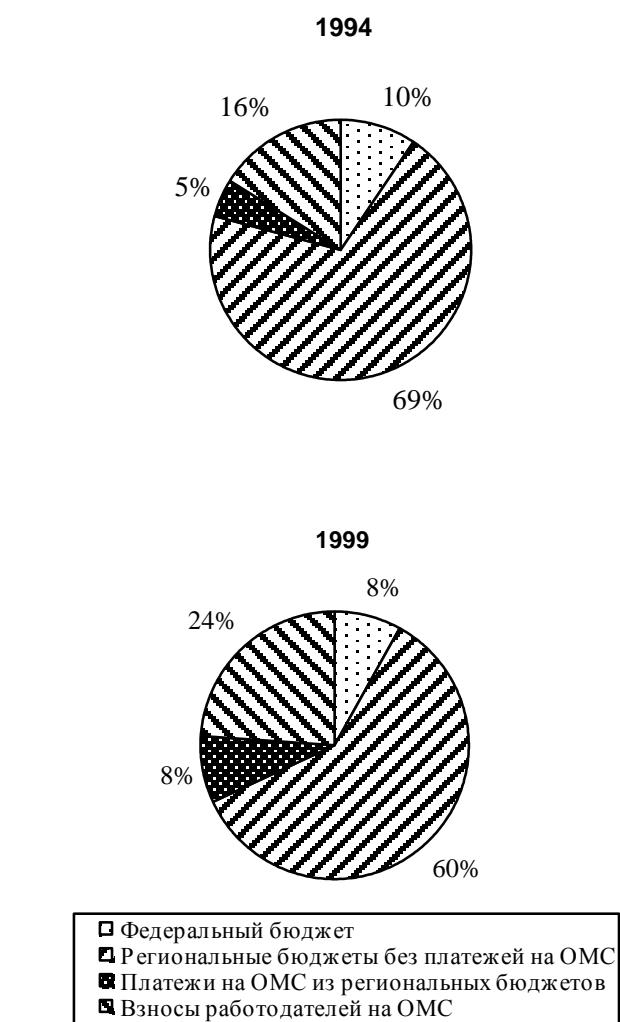
**Структура расходов государства на здравоохранение, в %**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Федеральный бюджет	11	9	10	8	6	10	7	7
Бюджеты субъектов РФ в т.ч. платежи в фонды ОМС	89	76	73	74	74	71	69	68
Взносы работодателей на ОМС	-	0	5	8	8	7	8	8
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

Источник: рассчитано по данным Госкомстата России.

*РИС. 3.3*

**Структура расходов государства на здравоохранение, в %**



Источник: Госкомстат России

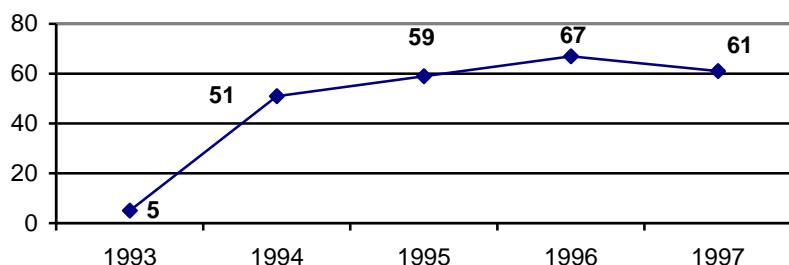
Низкий размер установленных взносов на ОМС и вызванное затяжным экономическим кризисом сокращение размеров общественного финансирования здравоохранения оказали определяющее влияние на результативность реформы. В таких условиях не мог быть соблюден основополагающий принцип страховой системы финансирования: объем обязательств системы должен строго соответствовать собираемым средствам. Если этого нет, то у страховщиков исчезают побудительные мотивы к результативному выполнению функций контроля качества медицинских услуг, защиты прав застрахованных и др. Пересмотр обязательств государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи всем застрахованным по ОМС был невозможен по политическим причинам. Это обременяло систему ОМС на неполноценное внедрение, при котором она не могла проявить всех своих преимуществ в сравнении с системой бюджетного финансирования здравоохранения.

Другим фактором, оказавшим определяющее влияние на характер и ход реформы здравоохранения в России, была слабость государства. Реформа проводилась децентрализовано, и предусмотренные федеральным законодательством о медицинском страховании нововведения осуществлялись в разных регионах по-разному.

Согласно законодательству о медицинском страховании, территориальные фонды ОМС должны аккумулировать обязательные взносы работодателей на медицинское страхование работающих и платежи из местных бюджетов на медицинское страхование неработающего населения. Но размеры и порядок осуществления платежей из бюджетов не были установлены в федеральном законодательстве. Фонды ОМС стали собирать с юридических лиц взносы, размеры которых были четко определены. А вот платежи из местных бюджетов за неработающее население осуществлялись не во всех субъектах РФ (см. рис. 3.4), а если и производились, то в объемах, недостаточных для финансирования территориальных программ ОМС.

*РИС. 3.4*

**Количество субъектов Российской Федерации, в которых осуществлялись платежи из бюджета на медицинское страхование неработающего населения.**



Источник данных: Федеральный фонд ОМС.

Соотношение взносов на ОМС, собираемых с работодателей, и платежей на ОМС из бюджетов колебалось в 1994-1999 гг. пределах от 2,5: 1 до 4: 1. Между тем численность работающего населения у нас все эти годы была меньше количества неработающих.

Приведем расчет финансовой обеспеченности программы ОМС в 1999 г. Стоимость базовой программы ОМС, на основе которой в субъектах РФ ежегодно утверждаются территориальные программы ОМС, составила в 1999 г. по нашей оценке 104,9 млрд.руб. или 2,3% ВВП<sup>7</sup>. Фондами ОМС были собраны взносы работодателей на ОМС работающего населения в раз-

<sup>7</sup> Расчет выполнен на основе показателей объема медицинской помощи по базовой программе ОМС в составе программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, пересчитанных на фактические объемы медицинской помощи в 1999 г. и нормативов стоимости медицинской помощи по базовой программе ОМС, установленных Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС (Правительство РФ, 1998; Минздрав РФ, 1998; Министерство здравоохранения РФ. Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения за 1998г., форма № 47).

мере 33,1 млрд. руб.; платежи из бюджетов субъектов РФ за неработающее население, направленные в фонды ОМС, равнялись 10,9 млрд. руб.; штрафы, пени, доходы от размещения на депозитах временно свободных финансовых средств и прочие доходы составили 3,0 млрд. руб. Все виды поступлений в систему ОМС достигли 47 млрд. руб. или 1,0% ВВП. Этого было достаточно для покрытия всего лишь около 45% стоимости базовой программы ОМС.

*РИС. 3.5*

### **Государственное финансирование здравоохранения в 1999 г. (млрд. руб.)**



\* Способ расчета необходимых затрат представлен в разделе 4.1.

Поскольку закон не установил четких количественных обязательств органов исполнительной власти и местного самоуправления в отношении платежей на ОМС, то они предпочитали продолжать финансировать ЛПУ напрямую (особенно в части выплаты заработной платы) вместо перечисления средств в фонд ОМС. Угроза же потерять свое место, если не выполняешь требования закона, в данном случае закона о медицинском страховании, для российских чиновников была не актуальной. Контроль государства за соблюдением исполнением законов был слабым. Руководству федеральной исполнительной власти было не до контроля за ходом реформы в здравоохранении.

В свою очередь, ни у Министерства здравоохранения Российской Федерации, ни у Федерального фонда ОМС не было достаточных полномочий для того, чтобы контролировать выполнение субъектами Федерации закона о медицинском страховании. К тому же в процессе подготовки к введению ОМС Министерство здравоохранения было преобразовано в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности. Сама идея страховой медицины была чужда опыту и взглядам нового руководства министерства. После того, как удалось добиться введения взносов на ОМС, министерство практически перестало заниматься работой по развитию нормативно-правовой базы ОМС, контролем за проведением реформы и соблюдением требований закона о медицинском страховании.

Территориальные фонды ОМС были, естественно, заинтересованы в выполнении законодательства об ОМС. Но они не имели полномочий контроля за исполнением законодательства и применения каких-либо санкций. ТФОМС были поставлены в условия административной конкуренции с органами здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований за бюджетные ресурсы, распределяемые руководителями региональных и местных администраций.

Последовательность введения элементов медицинского страхования не была определена в законодательстве и оказалась в полной зависимости от позиции региональных властей. В одних регионах начали с использования средств ОМС для финансирования только стационарной помощи работающему населению, затем включили в систему ОМС амбулаторно-поликлиническое обслуживание работающих, после чего – предоставление медицинской помощи неработающим<sup>8</sup>. В других субъектах РФ стали оплачивать стационарное лечение сначала для работающих, а затем для неработающих<sup>9</sup>. В третьих регионах, наоборот, сориентировали систему ОМС на оплату амбулаторно-поликлинического лечения<sup>10</sup>.

В результате децентрализации реформы изначально сложилась довольно пестрая картина региональных переходных моделей: вариантов сочетания элементов старой, бюджетной системы финансирования и элементов новой, страховой системы. Значительные различия региональных моделей сохранились и в дальнейшем.

---

<sup>8</sup> Например, в Новосибирской области в 1994 г. в систему ОМС была включена стационарная медицинская помощь только для работающего населения. С 1995 года ее дополнили финансированием амбулаторно-поликлинической помощи. С ноября 1997 г. из средств ОМС стала производиться оплата стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения для работающего и неработающего населения.

<sup>9</sup> К примеру, в Калининградской области первоначально оплачивалась стационарная медицинская помощь работающему населению. Вследствие того, что стационарные медицинские учреждения имели достаточный уровень подготовки для работы в новых условиях следующим этапом внедрения ОМС стало финансирование стационарной медицинской помощи неработающему населению.

<sup>10</sup> Так, в Курганской области вплоть до конца 90-х годов за счет средств ОМС не финансировалось стационарное лечение.

### **3.4. Конфликты интересов и попытки ревизии модели ОМС**

При широкомасштабном внедрении ОМС обнаружились пробелы в его нормативно-правовой базе. Основные составляющие нового механизма взаимоотношений между населением, предприятиями, государственными органами, страховыми организациями, медицинскими учреждениями не были достаточно отработаны. Это привело к многочисленным коллизиям между фондами ОМС и страховыми компаниями, с одной стороны, и медицинскими учреждениями – с другой, по вопросам оплаты медицинской помощи. Но по мере совершенствования нормативно-правовой базы и развития договорной практики они постепенно ослаблялись.

Внедрение ОМС после 1994 г. шло по преимуществу как экстенсивное расширение круга муниципальных образований, видов медицинской помощи и числа медицинских организаций, финансируемых за счет средств ОМС. Но увеличение доли бюджетных средств, направляемых в фонды ОМС в качестве платежей за неработающее население, и изменение соотношения между бюджетной и страховой системами финансирования в пользу второй происходили медленно (см. табл. 3.4).

**ТАБЛИЦА 3.4**

#### **Структура расходов на здравоохранение в бюджетах субъектов РФ, в %**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Финансирование ЛПУ и мероприятий по охране здоровья	100	93	89	89	90	88	88
Платежи в фонды ОМС	0	7	11	11	10	12	12
Всего	100	100	100	100	100	100	100

Источник: рассчитано по данным Госкомстата России.

Повсеместно возникли серьезные трения между органами управления здравоохранением и фондами ОМС. В результате реформы сократились размеры средств, которые стали поступать в непосредственное распоряжение медицинских чиновников. Часть финансовых потоков пошла мимо них: через фонды ОМС и страховые компании.

Начиная реформу, группа специальных интересов (руководители органов и учреждений здравоохранения) попыталась добиться перераспределения в свою пользу общественных ресурсов, изменив правила их получения от общества. Но в игре по новым правилам медицинские чиновники получили в свое распоряжение меньше, чем имели до того. Это послужило основой конфликта интересов региональных органов управления здравоохранением и фондов ОМС.

В результате проведенных преобразований финансовых потоков изменилось положение органов государственного управления здравоохранением. Возможности чиновников, измеряемые объемом контролируемых ими средств, значительно уменьшились. А права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены, особенно в условиях фрагментарности введения ОМС.

Работники органов здравоохранения не могли давать прямые указания фондам ОМС о том, как им расходовать собранные средства. Правда, появление внутри отрасли новых финансовых институтов потенциально открывало перед чиновниками новые, нетрадиционные для них способы извлечения ренты из своего положения. Но большинство руководителей региональных органов управления здравоохранением не сумело этим воспользоваться. Членство в правлении фонда и даже должность председателя правления оказывались недостаточными для контроля за расходованием средств, аккумулируемых фондами ОМС.

Согласно Положению о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденному в 1993 г.

постановлением Верховного Совета Российской Федерации, руководство деятельностью фонда осуществляется правлением. Оно формируется из представителей органов законодательной и исполнительной власти, профсоюзов и др. В компетенцию правления входит определение перспективных задач фонда, утверждение годовых отчетов о результатах его деятельности и определение направлений использования прибыли и страхового запаса финансовых средств фонда. Но правление не имеет никаких полномочий по контролю за текущей деятельностью фонда.

ТФОМС подотчетен региональным органам представительной и исполнительной власти. Подотчетность представительной власти на практике выражалась в заслушивании годовых отчетов о результатах деятельности фонда. На деле лишь руководство региональной администрации имеет реальные рычаги воздействия на исполнительную дирекцию фонда, поскольку от администрации зависит назначение исполнительного директора и перечисление в ТФОМС бюджетных платежей. Руководители региональных администраций, главным образом, и воспользовались выгодами от появления внебюджетных фондов. Сначала это выражалось в попытках использовать взносы работодателей на ОМС, собираемые фондами, для покрытия текущего дефицита в расходах регионального бюджета. Директоров ТФОМС заставляли перечислять средства на нужды, не имеющие отношения к здравоохранению. Таких фактов было множество в 1993-1994 гг. Впоследствии такое очевидное нецелевое расходование средств ОМС сошло на нет, но практика использования доходов фондов ОМС в интересах руководителей региональных администраций сохранилась, хотя и приобрела иные формы.

Неразвитость механизмов контроля со стороны общества за деятельностью фондов ОМС является особенностью реформы в России. Для контраста можно привести пример Чехии. Закон о Центральном фонде обязательного медицинского

страхования устанавливает, что соответствие его хозяйственной деятельности законодательству о медицинском страховании контролируется министерством финансов, которое уполномочено предъявлять требования об устранении нарушений и в случае необходимости вводить временное принудительное управление. В структуре органов фонда есть и управленческий совет и наблюдательный совет, которые формируются на представительской основе. Управленческий совет принимает решения о важнейших делах, связанных с деятельностью фонда. Члены наблюдательного совета полномочны знакомиться с бухгалтерской отчетностью всех организационных звеньев фонда и определять состояние и методы хозяйственной деятельности фонда.

Что касается других страховых фондов в системе ОМС Чехии, то они также контролируются министерством финансов, и, кроме того, их устав, определяющий структуру и компетенцию их органов, в том числе управленческого и наблюдательного советов, утверждается министерством здравоохранения. Министерство назначает представителей государства в органы фондов.

Слабость механизмов контроля со стороны общества за деятельность фондов ОМС проявилась в России довольно быстро. Территориальные фонды ОМС имеют несравненно большую свободу в расходовании аккумулируемых ими средств, в сравнении с органами исполнительной власти. В частности, фонды могли использовать временно свободные финансовые средства для размещения банковских депозитов, приобретения высоколиквидных государственных ценных бумаг, выдавать кредиты. Это объективно увеличивало возможность злоупотреблений и коррупции. Достоянием средств масовой информации и предметом уголовного расследования стали факты злоупотреблений и финансовых махинаций в фондах ОМС в ряде регионов.

Начиная уже со второй половины 1994 г. деятельность и фондов ОМС, и страховых компаний стала подвергаться сильной критике.

Болезненную реакцию у медицинских чиновников и работников лечебных учреждений стала вызывать финансово-кредитная политика фондов ОМС, в частности, размещение средств на депозитах, а также приобретение фондами зданий, автомобилей, компьютеров и т.п., и более высокий уровень доходов сотрудников фондов и страховых медицинских организаций.

В 1994 г. расходы на содержание исполнительных дирекций федерального и территориальных фондов ОМС равнялись 4,4% от объема страховых взносов предприятий. Страховые медицинские организации на ведение дел по ОМС в 1994 г. оставляли 5,6% от суммы поступлений из фондов ОМС. В последующие годы значения этих показателей стали уменьшаться. Затраты на содержание территориальных фондов ОМС и их филиалов составляли 2,8% их расходов в течение 1994-1997 гг. (*ФФОМС, 1998, с. 11*); затраты на ведение дела страховых медицинских организаций – 3,5% от суммы поступлений из фондов ОМС в 1997 г.<sup>11</sup>

Следует, правда, отметить, что в сравнении с другими государствами такой уровень административных расходов не слишком высок. В странах OECD в 1990 г. административные расходы составляли в среднем около 5% затрат на здравоохранение (*OECD, 1995b, p.35*), в США – около 15% (*World Bank, 1993, p.122*), в Великобритании в 1992 г. – примерно 7% от средств региональных бюджетов здравоохранения (*Maynard, Bloor, 1996*).

---

<sup>11</sup> Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 1997 году (аналитические и статистические материалы). М., 1998, с. 24.

Рост административных издержек – неизбежность при проведении реформ, предусматривающих развитие экономических методов управления. Чем шире и детальнее перечень тех видов деятельности, услуг, результатов, которые становятся предметом экономического оценивания, заключения контрактов, оплаты, – тем больше административные расходы. Но на этом не акцентировалось внимание на подготовительном этапе реформы. Для результативности работы новой системы финансирования и организации здравоохранения необходима соответствующая инфраструктура: компьютерные сети, финансовая документация, отчетность, отработанные методы бухгалтерского учета и контроля, подготовленные кадры. Когда элементы инфраструктуры стали создаваться, появились обвинения, что средства тратятся не на то, что надо, и лучше было бы их потратить, например, на медикаменты. В условиях сокращения общественного финансирования реакция на рост издержек была особенно болезненной, поскольку увеличение административных расходов выглядит как неоправданное отвлечение средств.

Считается, что рост административных издержек, обусловленный внедрением экономических методов управления, должен впоследствии быть скомпенсирован повышением эффективности здравоохранения. Но это не является обязательным результатом реформы. Дополнительные издержки можно рассматривать и как необходимую плату за само введение новых институтов, обеспечивших получение дополнительного источника финансирования здравоохранения. Иными словами, весомые расходы на содержание исполнительных дирекций фондов ОМС и на ведение дела страховых медицинских организаций можно интерпретировать как неизбежную плату за поступление в систему здравоохранения страховых платежей работодателей. Но, разумеется, это соображение не может служить оправданием расточительного использования средств ОМС на покрытие управленческих расходов.

По мнению оппонентов реформы, затраты на содержание как страховых компаний, так и фондов ОМС, слишком велики, а полезность их деятельности сомнительна. Особенно сильной критике стала подвергаться деятельность страховщиков в системе ОМС. По оценке Федерального фонда ОМС, в 1996 г. не более трети страховых компаний, участвующих в ОМС, проявляли активность в контроле за соответствием оплаты счетов медицинских учреждений объему и качеству оказываемой медицинской помощи, за качеством предоставляемых застрахованным медицинских услуг и защищали права пациентов (*Семенов, 1997*). Остальные являлись пассивными посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями: они фактически лишь перечисляли последним финансовые средства, получаемые от фонда ОМС, оставляя себе посреднические проценты на ведение дел.

Недовольство большинства работников органов здравоохранения результатами реформы нашло отражение в политике Минздравмедпрома РФ. Весной 1995 г. министерство стало лоббировать в Государственной Думе принятие законопроекта о внесении изменений в закон о медицинском страховании. В случае его принятия федеральный и территориальные фонды ОМС лишились бы своей самостоятельности и были бы подчинены органам здравоохранения. Это означало бы свертывание реформы и возврат к государственной системе здравоохранения. Но этот законопроект в Государственной Думе не прошел. После острых обсуждений реформы в начале 1995 г. летом и осенью количество критических выступлений в средствах массовой информации резко уменьшилось. Фонды ОМС, в свою очередь, почти вдвое сократили долю расходов на содержание своего аппарата, размеры которых вызывали особое раздражение. Они, по всей видимости, стали в большей мере делиться в разных формах своими доходами с органами здравоохранения и тем самым пригасили их воинственный пыл.

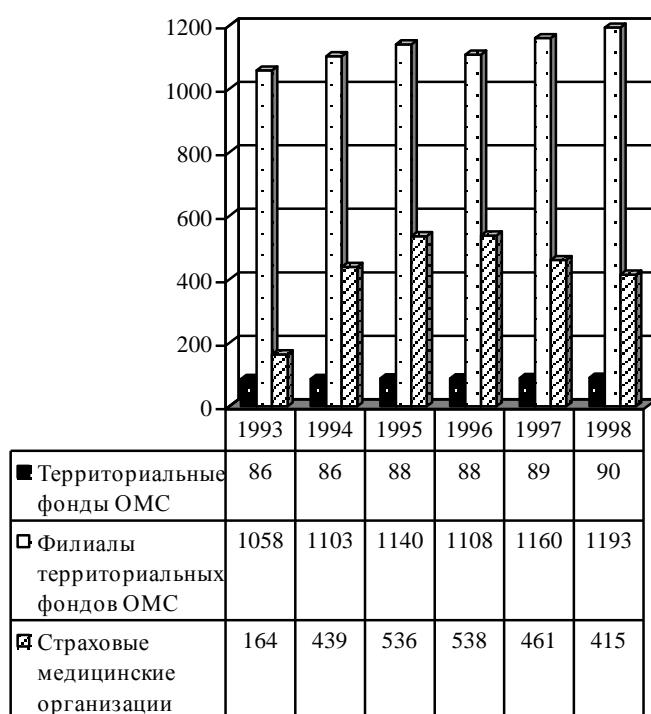
Тем не менее в 1996 г. была вновь предпринята попытка пересмотра существующей модели обязательного медицинского страхования. Осенью правительство внесло в парламент новый законопроект о внесении изменений и дополнений в закон о медицинском страховании. Законопроект отражал прежде всего интересы работников органов управления здравоохранением. Он предполагал замену элементов рыночного регулирования в системе ОМС государственным регулированием. Негосударственные страховые организации должны были быть исключены из числа субъектов ОМС. Территориальные фонды ОМС, которые являются независимыми субъектами ОМС, предполагалось превратить в учреждения, подведомственные органам исполнительной власти. Фактически законопроект был ориентирован на воссоздание в новой форме государственной системы здравоохранения. Проблемы, порожденные непоследовательностью и фрагментарностью реформы, проводимой в здравоохранении, предполагалось решить путем отказа от принципов страховой медицины как основы организации здравоохранения в рыночной экономике.

Новые группы специальных интересов в здравоохранении – страховые медицинские компании и фонды ОМС – сумели организовать коллективные действия против принятия законопроекта. На рассмотрение парламента был внесен альтернативный законопроект, выражавший интересы страховщиков. В результате процесс рассмотрения обоих законопроектов был приостановлен на несколько лет.

Между тем с 1997 г. началось сокращение числа страховых компаний, действующих в системе ОМС. За 1997-1998 гг. их количество уменьшилось на 23%. Основными причинами этого были административные решения администраций субъектов РФ и территориальных фондов ОМС, выводящие страховые медицинские организации из системы ОМС, а также слияние страховых компаний.

РИС. 3.6

**Организации системы обязательного медицинского страхования\***



\* данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Уже сам факт внесения правительством указанного законопроекта был воспринят в некоторых субъектах РФ как разрешение провести желаемые для медицинских чиновников изменения в модели ОМС. В декабре 1996 г. в Республике Марий Эл по инициативе правительства республиканский фонд ОМС исключил страховые медицинские организации из системы финансирования ОМС. В Курской области решением

губернатора областной администрации негосударственные страховые компании были выведены из системы ОМС (*Порядин, 1997*). В ряде регионов, например в Пермской и Ленинградской областях, страховые медицинские компании были оставлены в системе ОМС, но функции оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, были решениями губернаторов переданы территориальному фонду ОМС (*Гайворонский, Рыжкова, 2000*). За страховщиками осталось заключение договоров на ОМС с работодателями и с медицинскими организациями, выдача страховых полисов, проведение экспертизы страховых случаев, защита прав застрахованных.

В некоторых регионах, как, например, в Москве и Ханты-Мансийском АО, ввели процедуру аккредитации страховых компаний в системе ОМС, результатом которой стало сокращение их числа и закрепление раздела страхового поля между оставшимися страховщиками.

В 1997 г. в составе правительства сформировалось так называемое реформаторское крыло, подготовившее предложения о проведении реформ в социальной сфере, включая завершение перехода к обязательному медицинскому страхованию. Для решения проблемы перечисления платежей на ОМС неработающего населения было предложено производить их на долевой основе из федерального бюджета и из бюджетов субъектов РФ. Для этого в составе трансфертов из федерального бюджета в бюджеты субъектов РФ должен был быть выделен целевой трансферт на ОМС. Регионы должны были получать трансферты при условии перечисления ими своей доли финансирования в территориальные фонды ОМС. Такой порядок финансирования создал бы необходимые условия для полного введения системы ОМС. Деятельность основной части медицинских учреждений финансировалась бы из одного источника – средств ОМС. Но такое изменение в порядке платежей на ОМС осуществить не удалось. В проекте федерального бюд-

жета на 1998 г. были предусмотрены целевые трансферты субъектам РФ на ОМС. Однако Государственная Дума не утвердила выделение таких целевых трансфертов в составе расходов бюджета. В дальнейшем аналогичных попыток более не предпринималось.

Осенью 1998 г. ряд субъектов РФ выступил с законодательными предложениями о внесении изменений в федеральный закон о медицинском страховании. От Воронежской области был внесен законопроект, предусматривающий усиление контроля региональных властей за деятельностью фондов ОМС и предоставление им права использовать средства ОМС по своему собственному усмотрению. Читинская областная дума предложила передать финансовые средства территориальных фондов ОМС в собственность субъектов РФ, и определять порядок создания и деятельности фондов ОМС законами субъектов РФ. По мнению читинских законодателей, территориальные фонды ОМС должны быть основными страховщиками в системе ОМС, а страховые компании могут выступать страховщиками по договору с фондами. Вышеуказанные предложения были поддержаны многими субъектами РФ. Законодательное собрание Ленинградской области приняло специальное обращение к Государственной Думе с предложением исключить страховые медицинские организации из системы ОМС.

В 1999 г. Минздрав России, поддержанный правительством, возглавляемым Е.М. Примаковым, активизировал усилия по лоббированию вышеупомянутого законопроекта, внесенного в парламент еще в 1996 г.. В июне 1999 г. он был принят Государственной Думой в первом чтении. Но страховые медицинские компании в очередной раз сумели оказать эффективное влияние на законотворческую деятельность. В 2000 г. Правительство РФ по ходатайству Минздрава РФ предложило депутатам подождать с принятием искомого зако-

нопроекта во втором чтении до утверждения новой стратегии реформирования здравоохранения.

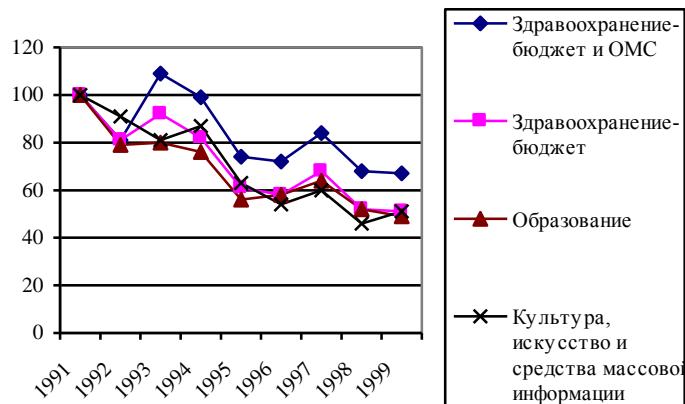
### **3.5. Уроки введения обязательного медицинского страхования**

Введение системы медицинского страхования, несомненно, оказалось стабилизирующее влияние на финансирование отрасли в кризисный период. Размеры государственного финансирования здравоохранения в 90-е годы сокращались, однако все познается в сравнении. Если сопоставить динамику финансирования здравоохранения за счет бюджета и взносов на ОМС с динамикой затрат государства на образование и культуру, то оказывается, что ситуация с финансированием здравоохранения гораздо лучше, чем в других отраслях социальной сферы (см. рис. 3.5, табл. 3.5). Если валовой внутренний продукт за период 1992-1999 гг. сократился на 27%, то реальный объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов – на 33%, в то время как государственное финансирование образования и сферы культуры уменьшилось примерно на 50%.

Реформа финансирования здравоохранения в России заметно отличалась от соответствующих реформ в странах Центральной и Восточной Европы. Наша реформа была менее продуманной, менее последовательной, сопровождалась более серьезными ошибками и проблемами. Вместо последовательного перехода от одной системы финансирования здравоохранения – бюджетной, к другой системе – страховой, получилось эклектическое сочетание элементов старой (бюджетной) и новой (страховой) систем финансирования здравоохранения.

РИС 3.7

**Расходы государства на отрасли социально-культурной сферы (1991 = 100%)**



Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, опубликовавшихся по истечении соответствующего года (1992 – 17,2; 1993 – 10,2; 1994 – 4,1; 1995 – 2,8; 1996 – 1,4; 1997 – 1,2; 1998 – 1,1; 1999 – 1,6).

ТАБЛИЦА 3.5

**Расходы государства на отрасли социально-культурной сферы (1991 = 100%)**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Здравоохранение в т.ч.	100	81	109	99	74	72	84	68	67
Государственный бюджет	100	81	92	82	61	58	68	52	51
Обязательные страховые взносы работодателей	-	-	17	17	13	14	16	16	16
Образование*	100	79	80	76	56	58	64	52	49
Культура, искусство и средства массовой информации*	100	91	81	87	63	54	60	46	51

\* - расходы из государственного бюджета

Источник: см. рис. 3.5.

Интересно сравнить наши преобразования с реформами в других странах СНГ, в частности в Казахстане<sup>12</sup>. Там просматриваются очень схожие этапы и проблемы. В 1995 г. в Казахстане был принят президентский указ о медицинском страховании граждан. Это решение было инициировано сторонниками либеральной экономической политики в президентском окружении. Министерство здравоохранения было на словах за введение медицинского страхования, но отстаивало вариант закона, фактически сохраняющий государственную систему здравоохранения. Согласно этому варианту, фонды медицинского страхования находились бы под управлением министерства здравоохранения и региональных органов здравоохранения. Эта позиция не получила политического одобрения. С 1997 г. была введена система ОМС, в которой главную роль играл республиканский фонд ОМС, имеющий филиалы в каждой области. Фонд был государственным учреждением, административно автономным по отношению к министерству здравоохранения. При разработке модели ОМС было решено отказаться от участия страховых компаний в системе ОМС. Это решение было принято на основе анализа российского опыта, не дававшего пока оснований для вывода об оправданности внедрения модели с множеством страховщиков.

Реформа в Казахстане, избежав проблем участия страховщиков, удивительным образом повторила три других серьезнейших ошибки российской модели:

1. размер взносов работодателей на ОМС был установлен на уровне 3% от фонда заработной платы, что недостаточно для полноценного финансирования программы ОМС работающего населения;
2. размеры платежей из бюджетов на ОМС неработающего населения не были установлены в законодательстве;

---

<sup>12</sup> Источники: Даирбеков и др., 1998, сс. 125-134; Девятко, Аканов, 1999; интервью с начальником Центра оплаты услуг Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения Тарасовой Л.В. 3.04.2000 и с Первым заместителем начальника Департамента здравоохранения г. Алма-Ата Захаровым И.С. 5.04.2000.

3. механизмы контроля за деятельностью исполнительных дирекций фондов ОМС оказались очень слабыми.

Инициаторы и сторонники реформы согласились с установлением заведомо заниженного размера взносов работодателей на ОМС и с отсутствием в законе четких бюджетных обязательств в отношении платежей на ОМС неработающего населения ради того, чтобы закон об ОМС был принят и началось его практическое применение. Это, как и в России, обрекло вводимую систему ОМС на дополнение к существовавшей бюджетной системе, а не на замещение ее. Но задумывалась-то реформа как замена старой системы на новую. Модель ОМС, содержащаяся в принятом законе о медицинском страховании, была сконструирована с претензией именно на замену, а не на дополнение старой системы. Фонд ОМС и его территориальные филиалы были сориентированы на оплату всех видов медицинской помощи, включенных в программу ОМС.

При отсутствии достаточных для этого средств финансирование из фондов ОМС становится дополнительным к бюджетному финансированию и может покрывать либо не все виды медицинской помощи, включенные в программу ОМС, либо не все статьи расходов, либо предназначаться не для всех видов медицинских учреждений. Предмет финансирования за счет средств ОМС и порядок сочетания двух каналов финансирования медицинских учреждений (бюджетного и страхового) оказываются зависимыми от того, как складываются взаимоотношения между министерством здравоохранения и областными органами здравоохранения, с одной стороны, фондом ОМС и его областными филиалами – с другой, то есть зависимыми от политических условий, меняющихся от региона к региону и со временем. Все это удивительно схожим образом и проявилось в России и в Казахстане.

Слабость механизмов контроля за расходованием средств ОМС в Казахстане привела к вопиющим фактам хищений и нецелевого использования средств. В 1998 г. в деятельности республиканского фонда ОМС были обнаружены многочисленные злоупотребления. Директор фонда скрылся и разыскивается Интерполом. За этим скандалом последовала ликвидация системы ОМС с января 1999 г. Но откат

назад, к прежней системе бюджетного финансирования не был тотальным. Фонд ОМС был не упразднен, а преобразован в Центр оплаты услуг, подчиненный министру, курировавшему здравоохранение. Территориальные отделения фонда стали и территориальными отделениями Центра оплаты медицинских услуг. В результате на территориальном уровне сохранилось двоевластие в финансировании медицинских учреждений: территориальные отделения фонда и территориальные органы управления здравоохранением делали это параллельно.

Прошел всего лишь год, и в 2000 г. в президентском окружении и в правительстве вновь был поставлен вопрос о возрождении системы ОМС, и была начата подготовка проекта нового закона об обязательном медицинском страховании.

Знакомство с опытом Казахстана позволяет сделать вывод, что проблемы российской реформы по большей части не уникальны, как можно было бы подумать, сравнивая нас с другими европейскими странами. Повторяемость одних и тех же ошибок и провалов реформ в двух разных государствах, образовавшихся после распада СССР, свидетельствует о наличии определенных общих причин этих ошибок и подводит к заключению о неизбежности их совершения.

Объяснение феномена непоследовательности реформ и электичности получаемого сочетания старых и новых институтов нужно, по-видимому, искать в менталитете бывших советских людей, в том образе мышления и действий, который охарактеризован крылатой фразой В.С. Черномырдина: «хотели как лучше, а получилось как всегда ...». Для нашего менталитета, очевидно, характерны стремление придумать нечто лучшее, забывая или недооценивая трудности реализации этого лучшего, готовность ради утверждения идеи лучшего согласиться с внедрением лишь его части и продолжать рассматривать внедряемую часть через призму лучшего целого, оставшегося только в идеальных представлениях. Между тем внедряемая часть институтов становится самостоятельным фактом действительности, и применяется в совсем ином контексте, меняя то содержание, которое она имела в идеальной модели.

Иными словами, если разрабатывается новая институциональная система (система ОМС) с намерением заменить действующую систему (систему бюджетного финансирования), а затем удается внедрить лишь ее часть, и при этом внедряемые институты, отвечающие логике целой системы, не переосмысляются в качестве нового целого, и не пересматриваются задачи их внедрения и круг институтов, которые они призваны заместить, то взаимодействие внедряемых институтов с существующими институтами порождает их симбиоз, логика действий в котором оказывается совсем другой, чем логика изначально замышляемой системы.

Парадоксальным моментом реформ систем социального обслуживания в постсоциалистических странах является то, что, с одной стороны, эти реформы направлены на ослабление роли государственного аппарата, а с другой стороны, очевидна решающая роль государства в проведении этих реформ (*Potusek, 1993, p. 223*). Так, темпы внедрения ОМС в нашей стране в значительной степени зависели от позиции, занимаемой руководителями региональных органов управления здравоохранением (*Стародубов и др., 1999, сс. 36-37*).

Указанное противоречие порождает коллизии в ходе практической реализации нововведений. Если внедрение ОМС ослабляет роль отраслевых медицинских чиновников, в особенности на региональном и местном уровнях, и если сокращение властных полномочий не компенсируется увеличением их личных доходов, то трудно рассчитывать, что эти чиновники будут прикладывать усилия к внедрению новых институтов. Они могут поступать таким образом только под сильным политическим давлением со стороны центра или руководителей региональных администраций. Поэтому внедрять нужно такую систему новых институтов, которая может быть введена достаточно быстро, пока не потерян интерес к реформе со стороны политиков, и пока не ослабло их давление на отраслевых чиновников.

Введение системы ОМС вместо системы бюджетного финансирования нужно было проводить сразу. В случае принятия половинчатых решений и растягивания этого процесса, как это случилось в России и в Казахстане, аппарат государственных органов управления

здравоохранением начинает бороться за сохранение и восстановление своих властных полномочий. Нововведения замедляются или даже ревизуются.

Итак, можно сформулировать следующие уроки для будущих реформ и в нашей стране и в других странах, переходящих от одной системы финансирования здравоохранения к другой:

- Разработав новую систему финансирования, не следует соглашаться на ее частичное введение ради изменений вообще или иллюзий об утверждении подобным образом самой идеи новой системы.
- Если становится очевидным, что новую систему институтов нельзя ввести полностью, то нужно пересмотреть всю систему в целом, и разделить ее на блоки, которые могут быть полноценно внедрены по отдельности. Каждый блок должен рассматриваться как самостоятельное нововведение, за которым могут не сразу последовать остальные. Поэтому должна быть продумана его совместимость с сохраняющимися институтами. Это означает, что новую систему финансирования здравоохранения, нужно либо вводить сразу, полностью заменяя старую систему, либо четко ограничить пространство замены старых институтов на новые: осуществлять нововведения только в применении к определенным видам медицинской помощи, или только в pilotных регионах и т.п.
- Введение рыночных институтов в отношения между плательщиками и производителями медицинских услуг осмысленно только в применении к тем сегментам общественной системы здравоохранения (видам медицинской помощи, категориям потребителей, территориальным системам здравоохранения), где обязательства государства по предоставлению медицинской помощи населению сбалансированы с размерами их общественного финансирования.

# **Раздел 2**

**Проблемные  
узлы системы  
финансирования  
здравоохранения**

Реформирование российского здравоохранения в 90-е годы оказалось незавершенным и привело к неоднозначным результатам. Современное состояние системы финансирования здравоохранения характеризуется наличием следующих главных проблем:

- несбалансированность государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения;
- неудовлетворительная координация действий различных субъектов системы общественного финансирования здравоохранения;
- эклектичность сочетания элементов старой и новой систем финансирования, реализованного во множестве различающихся территориальных моделей финансирования медицинской помощи;
- отсутствие очевидных позитивных результатов от внедрения рыночных институтов в общественное финансирование здравоохранения и от деятельности новых субъектов системы финансирования, прежде всего страховых медицинских организаций;
- сохранение институциональных условий воспроизводства затратного хозяйствования на уровне медицинских организаций, отсутствие у них стимулов к повышению эффективности использования финансовых и материальных ресурсов.

Характер дальнейшего развития и способы разрешения названных проблем будут определяющими для эволюции системы финансирования здравоохранения в ближайшее десятилетие. Рассмотрим эти проблемы подробнее.

## **Глава 4. Государственные гарантии бесплатного медицинского обслуживания и расходы государства и населения на здравоохранение**

### **4.1. Финансовая обеспеченность государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи**

В переходный период значительно сократились возможности государства финансировать бесплатное предоставление населению медицинской помощи, вследствие чего резко ухудшилась ее доступность для широких слоев населения. Объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в 1998 г. в сопоставимом выражении уменьшился по сравнению с 1991 г. на 33%. И эту оценку следует признать оптимистической, поскольку она получена с использованием индексов-дефляторов ВВП. По оценке Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, рассчитанной с учетом динамики цен по различным видам расходов отрасли здравоохранения, объем его государственного финансирования сократился за тот же период на 76% (*ИНХ, 2000*).

При этом количество лечебно-профилактических учреждений сократилось за этот же период лишь на 1,2%, а численность медицинских работников уменьшилась на 1,5%<sup>1</sup>. Закрывались маленькие больницы, главным образом в сельской местности, которые были не способны предоставить полноценное лечение и использовались скорее как учреждения социальной помощи.

---

<sup>1</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России. М.: Госкомстат России, 1997, сс. 283-284; Социально-экономическое положение России в 1998 году. М. Госкомстат России, 1999, с. 302.

**ТАБЛИЦА 4.1**  
**Показатели состояния здоровья и медицинского**

	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>
Число заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 1000 чел.)	н./д.	651,2	667,5	615,6	654,3	653,2
Смертность (на 1000 чел.)	11,3	11,2	11,4	12,2	14,5	15,7
Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении), лет	69,3	69,2	69,0	67,9	65,1	64,0
Число больничных учреждений, тыс.	12,5	12,8	12,7	12,6	12,6	12,3
Число коек в больничных учреждениях на 1000 чел.	13,5	13,8	13,5	13,1	12,9	12,7
Число амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.	19,4	21,5	20,9	20,7	20,9	21,6
Число врачей всех специальностей, Всего, тыс. На 10000 чел.	620,7 43,2	667,3 45,0	632,2 42,6	637,3 43,0	641,6 43,4	636,8 43,3
Численность среднего медицинского персонала, всего, тыс. На 10000 чел.	1756, 7 122,4	1844, 0 124,5	1717, 3 115,8	1709, 1 115,3	1674, 2 113,1	1613, 2 109,7
Среднее число врачебных посещений на одного жителя* Численность лиц, поступивших в больничные учреждения, на 100 чел.	11,1 24,4	9,5 22,8	9,3 21,8	9,0 21,0	9,2 21,6	9,2 21,6

\* Включая посещения врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях, посещения врачами больных на дому, обращений к врачам станций и отделений скорой медицинской помощи.

Источник: Россия в цифрах. Кратк. стат. сб. М.: Госкомстат России, 2000, сс. 26-34; Российский статистический ежегодник. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1999, сс. 53, 213, 216, 220; Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1997 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 1998, сс.112, 119; Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000, сс.111, 120,130; Счета здравоохранения России 1994-1999 гг.. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, с. 5; Данные Минздрава России.

### обслуживания населения в Российской Федерации

<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	
678,8	648,5	674,2	670,4	709,9	Число заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 1000 чел.)
15,0	14,2	13,8	13,6	14,7	Смертность (на 1000 чел.)
64,6	65,9	66,6	67,0	65,9	Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении), лет
12,1	11,8	11,5	11,1	10,9	Число больничных учреждений, тыс.
12,6	12,4	12,1	11,8	11,5	Число коек в больничных учреждениях на 1000 чел.
21,1	22,1	21,7	21,1	21,1	Число амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.
653,7 44,5	669,2 45,7	673,7 46,2	679,8 46,7	686,0 47,2	Число врачей всех специальностей, Всего, тыс. На 10000 чел.
1628,4 110,0	1648,6 112,7	1626,0 111,5	1620,9 111,4	1614,0 110,6	Численность среднего медицинского персонала, всего, тыс. На 10000 чел.
9,1	9,1	9,1	9,1	9,3	Среднее число врачебных посещений на одного жителя*
21,2	20,7	20,5	20,7	20,9	Численность лиц, поступивших в больничные учреждения, на 100 чел.

Значительное сокращение общественного финансирования здравоохранения не повлекло тем не менее пересмотра обязательств государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи населению.

В советском государстве права граждан на получение бесплатной медицинской помощи были сформулированы в законодательстве в весьма общем виде. В статье 42 Конституции СССР (1977 г.) было записано, что право граждан на охрану здоровья "обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения, расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан" (*Конституция СССР, 1977, с. 17*). 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. При этом для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения.

В Конституции России, принятой в 1993 г., был сохранен прежний подход к формулированию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Статья 41 определяет, что "медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно" (*Конституция РФ, 1993, с. 16*).

Неспецифицированность государственных гарантий является характерной особенностью патерналистского отношения государства к предоставлению социальных услуг. Установление прав граждан на бесплатную медицинскую помощь обусловливается идеологическими представлениями и политическими факторами и не опосредуется экономическими

соизмерениями<sup>2</sup>. Это и влечет расплывчатость формулируемых прав и соответствующих обязательств государства.

Введение в России системы обязательного медицинского страхования 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 были конкретизированы в объемных и финансовых показателях<sup>3</sup>. 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 политico-экономической точки зрения это

---

<sup>2</sup> Доминирование идеологии и неразвитость экономического оценивания предоставляемых социальных услуг были присущи не только социалистическим государствам. Аналогичная ситуация имела место в западноевропейских странах, которые использовали Бевериджскую систему финансирования здравоохранения, предусматривающую бесплатную медицинскую помощь для всего населения и покрытие расходов за счет бюджета государства. Так, в Великобритании серьезной проблемой была неразвитость системы экономического оценивания предоставляемых видов медицинских услуг. И даже после реформы 1991 г., которая ввела элементы рыночных отношений в систему финансирования здравоохранения и установила обязательность заключения государственными органами детальных контрактов с производителями медицинских услуг, эти контракты до сих пор остаются недостаточно специфицированными (Glennester, 1995, pp. 29-30).

<sup>3</sup> Нечеткость определения государственных обязательств в области охраны здоровья сохраняется и в других постсоциалистических странах (Albrecht, 1996).

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.

Государственного финансирования (бюджетных ассигнований и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование работающих) недостаточно для содержания имеющейся сети медицинских учреждений и тех объемов медицинской помощи, которые они предоставляют населению.

Для оценки размера требуемых затрат на предоставление объемов медицинской помощи населению можно воспользоваться нормативами стоимости медицинской помощи, установленными Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС в методических рекомендациях по разработке территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, которые были рассчитаны в ценах 1996 г. и выражены в деноминированных рублях (*Минздрав, 1998, с. 233*):

- средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи – 146,9 руб.;
- средняя стоимость одного врачебного посещения в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 13,0 руб.;
- средняя стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре – 19,0 руб.;
- средняя стоимость одного койко-дня в стационаре – 95,1 руб.

**ТАБЛИЦА 4.2**

**Финансовая обеспеченность государственных  
гарантий предоставления населению  
бесплатной медицинской помощи**

	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Расходы государства на здравоохранение, млрд. руб.		
Федеральный бюджет	84,4 5,7	136,1 10,1
Бюджеты субъектов РФ	58,7	92,9
Взносы на ОМС работающего населения	20,0	33,1
Расходы государства на здравоохранение, % ВВП	3,1	3,0
Необходимые затраты на обеспечение государственных гарантий*, млрд. руб.	102,4	163,4
Необходимые затраты на обеспечение государственных гарантий, % ВВП	3,8	3,6
Уровень финансового обеспечения государственных гарантий, %**	82	83

\* Стоимость фактически оказанных объемов медицинской помощи, рассчитанная с использованием нормативов затрат, утвержденных Минздравом России и Федеральным фондом ОМС.

\*\* Показатель рассчитывается делением суммы расходов государства на здравоохранение на величину затрат, необходимых на обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

Источник: рассчитано на основе данных Минздрава России, Госкомстата России.

Скорректировав эти значения на индексы-дефляторы ВВП в 1997 г. (1,17) и в 1998 г. (1,10), умножив их на объемы фактически оказанной медицинской помощи населению в 1998 г. (см. табл. 4.3) и среднегодовую численность населения (146,5 млн. чел.) и на коэффициент 1,127, учитывающий затраты на другие виды медицинской помощи и на поддержание системы

здравоохранения<sup>4</sup>, получаем величину 102,4 млрд.руб., что составляет 3,8% ВВП. Это затраты, которые должны были быть обеспечены государственным финансированием, исходя из фактических объемов медицинской помощи, предоставленной населению.

Сумма бюджетных расходов на здравоохранение и взносов на ОМС работающего населения составила в 1998 г. 84,4 млрд.руб., или 3,1% ВВП. В результате уровень финансового обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения равнялся 82%. Расчет, выполненный по аналогичной схеме для 1999 г., показывает, что уровень финансового обеспечения государственных гарантий составил 83%.

Приводя эти оценки, следует заметить, что вышеуказанные нормативы стоимости медицинской помощи 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 необходимые затраты на медицинское обслуживание населения рассчитывались исходя из предпосылки, что оплачиваться должны именно объемы помощи, а не содержание существующей сети медицинских организаций. Указанные федеральные нормативы определялись на основе нормативных показателей расходов на заработную плату, на приобретение медикаментов, на питание больных, на осуществление других хозяйственных расходов (оплата коммунальных услуг и др.) в расчете на единицу объема медицинской помощи и на основе нормативных показателей интенсивности использования мощностей лечебно-профилактических учреждений (показателей среднегодовой занятости больничных коек и т.д.). Фактиче-

---

<sup>4</sup> Эта величина определена по данным о структуре расходов на финансирование программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью на 2000 год. (Минздрав, 2000, с. 34).

ские показатели интенсивности использования мощностей ЛПУ ниже нормативных. Соответственно фактические потребности средств на оплату хозяйственных расходов существующей сети ЛПУ и на оплату труда их персонала выше расчетных федеральных нормативов. В итоге приведенная выше оценка финансовой обеспеченности государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания является завышенной.

Проблема несоответствия размеров финансирования здравоохранения и комплекса услуг, предоставление которых гарантировается населению, существует во всех постсоциалистических странах, даже в тех, где не было столь драматического и длительного сокращения ВВП, 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 (*Carrol, 1995*). 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.

Длительное сохранение дисбаланса между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывает разрушительное влияние на всю систему здравоохранения. Происходит сокращение масштабов профилактики заболеваний и нарастание платности медицинской помощи. В ситуации, когда финансирование в реальном выражении уменьшается, средства "размазываются" 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 (*World Bank, 1993, p. 127*). Когда денег не хватает на приобретение медикаментов и необходимых материалов, больницы требуют, чтобы паци-

енты 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" пожертвованиях (*Vinton, 1993, p.9*).

В 1998 г. Правительство Российской Федерации сделало первый шаг по пути конкретизации и пересмотра обязательств государства. Постановлением Правительства РФ № 1096 от 11.09.98 была утверждена Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 г. Через год был принят новый вариант программы с небольшими изменениями (Постановление Правительства РФ от 26.10.1999 № 1194). В программе государственных гарантий сохранен неизменным тот перечень видов медицинской помощи, который сложился в советское время. Но впервые установлены показатели объемов медицинской помощи в расчете на 1000 человек, которые должны быть финансово обеспечены государством (см. табл. 4.3).

Показатели программы предполагают трансформацию структуры оказания медицинской помощи в пользу менее ресурсоемких ее видов: сокращение объема лечения в стационарных условиях и перемещение его в сектор амбулаторно-поликлинического обслуживания. В последнее десятилетие уже идет процесс сокращения числа больничных коек (см. табл. 4.1). Принятая программа ориентирует на дальнейшее движение по этому пути и на сокращение больничных мест, использование которых имеет низкую затратную эффективность. Предусмотрено уменьшить на 15% по сравнению с 1999 г. объем лечения в стационарных условиях и переместить его в сектор амбулаторно-поликлинического обслуживания, то есть проводить лечение ряда заболеваний в дневных стационарах

больниц и в поликлиниках. Удельный вес расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь в государственном финансировании текущих расходов на медицинские услуги, который составляет в среднем по стране 24% по данным 1998 г.<sup>5</sup>, должен возрасти до 30%.

#### **ТАБЛИЦА 4.3**

#### **Показатели программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью**

Виды медицинской помо- щи	Объем в расчете на 1000 чел.			
	1998 факт	1999 факт	1999 программа	2000 программа
Скорая помощь, вызовов	316	317	340	318
Стационарная, койко-дней	3377,1	3297,3	2901,5	2812,5
Медицинская помощь в дневных стационарах	11*	14*	660**	749**
Поликлиническая, врачебных посещений	8743	8970	9198	9198

\* - количество лечившихся больных.

\*\* - число койко-дней.

Источник: Министерство здравоохранения РФ. Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения за 1998г., за 1999 г., форма № 47; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 8. М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, сс. 48-49; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 10. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000, сс. 178-179.

В результате затраты на предоставление медицинских услуг в объемах, определенных программой государственных гарантий, требуются меньшие, чем в случае сохранения преж-

---

<sup>5</sup> Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, с. 16.

них объемов стационарной медицинской помощи. Стоимость принятой программы государственных гарантий в расчете на 1999 г. составляет 3,4% ВВП. Расходы на здравоохранение из консолидированного бюджета и взносы работодателей на ОМС работающего населения достигли в 1999 г. 3,0% ВВП. Таким образом, уровень обеспеченности принятой федеральной программы государственных гарантий был равен 88%.

Однако эта оценка является заведомо завышенной по ряду причин.

Во-первых, нереально было ожидать осуществления за один год масштабных изменений в структуре медицинской помощи, предусмотренных программой.

Во-вторых, нормативы стоимости медицинской помощи, используемые Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС для расчетов стоимости этой программы, не учитывали расходов по проведению требуемой широкомасштабной реструктуризации здравоохранения.

В-третьих, нормативы определяют расходы на оказание гарантировемых объемов медицинской помощи безотносительно к расходам на содержание имеющейся сети медицинских организаций.

Другими словами, федеральные стоимостные показатели не рассчитаны на содержание всей существующей сети ЛПУ в неизменном виде и с прежней интенсивностью деятельности, а предполагают реструктуризацию этой сети. Осуществить ее весьма сложно из-за политического сопротивления местных властей, всячески старающихся сохранить свои муниципальные ЛПУ, даже если они используются крайне неэффективно. Поэтому в субъектах РФ производили расчеты стоимости реализации программы государственных гарантий, не предусматривая серьезных сокращений в имеющейся сети ЛПУ. По результатам практической разработки территориальных программ государственных гарантий, дефицит финансовых

средств на выполнение территориальных программ оценивался в 1999 г. в размере 40-50% (*Щетинина, 1999*).

Целесообразность разработки и утверждения программы государственных гарантий не подлежит сомнению. Однако ее принятие не решает проблемы несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения. Прогноз финансового обеспечения программы на перспективу представлен в таблице 4.4.

**ТАБЛИЦА 4.4**

**Прогноз финансового обеспечения государственных  
гарантий предоставления населению  
бесплатной медицинской помощи**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Темпы прироста ВВП		7	5	5	5	5	5
Темпы прироста фонда оплаты труда		8	6	6	6	6	6
Темпы изменения объемов помощи:							
Амбулаторно-поликлинической		1	1	1	1	0	0
Стационарной		-3	-4	-4	-4	0	0
В стационарах одного дня		10	20	20	20	0	0
Темпы прироста затрат на амортизацию		0	4	4	4	4	4
<b>Стоимость обеспечения государственных гарантий, %ВВП</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>
<b>Расходы государства на здравоохранение, % ВВП</b>	<b>3,0</b>						
Федеральный бюджет	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Региональные бюджеты	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Взносы на ОМС	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
<b>Финансовое обеспечение государственных гарантий, %</b>	<b>83</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>91</b>

За основу взят оптимистический прогноз динамики макроэкономических показателей в 2001-2010 гг., предусматривающий экономический рост с ежегодным темпом 5%. Предполагается также, что темпы роста фонда оплаты труда будут превышать темпы роста ВВП. В качестве стоимостной оценки обеспечения государственных гарантий населения медицинской помощью в 1999 г. взята величина, рассчитанная выше. В качестве допущения принимается, что структурные преобразования, предусмотренные программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, произойдут в 2001-2003 гг. Предусматривается также, что нормативы стоимости медицинской помощи будут увеличиваться на 4% в год с 2001 г. по 2005 г. с тем, чтобы они обеспечивали покрытие не только текущих расходов, но и затрат на приобретение оборудования и капитальный ремонт.

Рассчитанный вариант прогноза соответствует политике сохранения прежнего уровня государственного финансирования здравоохранения и отсутствия радикальных изменений в системе финансирования. Предполагается, что размеры бюджетного финансирования здравоохранения, исчисленные в процентном отношении к ВВП, останутся на уровне 1999 г.; ставка социального налога, установленная на 2001 г. (35,6%), включая платежи в фонды ОМС (3,6%) не изменится, а собираемость социального налога будет на уровне 85%.

Выполненные при этих предпосылках расчеты показывают, что, несмотря на сокращение стоимости программы государственных гарантий, исчисленной в процентах к ВВП, уровень ее финансовой обеспеченности (отношение суммы бюджетных ассигнований и средств ОМС к стоимости программы) не достигнет 100% в следующем десятилетии. Таким образом, проблема дисбаланса между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания и возможностями государства по их финансированию сохранится в обозримой перспективе.

## **4.2. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства**

В условиях недостатка государственного финансирования здравоохранения груз расходов на медицинские нужды перемещается на население и работодателей. Следует заметить, что государственная статистика не собирает полных данных о затратах на здравоохранение из всех источников. В частности, отсутствуют данные о приобретении лекарственных средств в розничной торговле и о расходах предприятий на содержание принадлежащих им лечебно-профилактических учреждений. По оценкам Фонда «Российское здравоохранение», доля расходов на здравоохранение (включая оплату медицинской помощи и приобретение лекарственных средств) из негосударственных источников увеличилась с 12,0 % в 1994 г. до 31,7% в 1998 г.<sup>6</sup>.

Данные государственной статистики свидетельствуют о высоких темпах роста взносов физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование (ДМС) и объемов предоставления населению платных медицинских услуг. При этом добровольное медицинское ДМС не стало основной формой частного финансирования здравоохранения. Если в 93-94 гг. объем платных услуг менее чем вдвое превышал взносы на ДМС, то в 1998 г. эта пропорция составила уже три к одному. Платные медицинские услуги развивались более быстрыми темпами, чем ДМС.

По данным Госкомстата России, объем платных медицинских услуг увеличился за период с 1993 г. по 1999 г. со 105 млн. руб. (в деноминированных ценах) до 17401 млн. руб. или в 5,3 раза в реальном выражении с учетом индекса цен на

---

<sup>6</sup> Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, с. 14.

платные медицинские услуги<sup>7</sup>. Эта впечатляющая динамика вряд ли может быть объяснена лишь растущим спросом на медицинские услуги со стороны высокодоходных слоев населения, но публикуемые данные государственной статистики не позволяют обоснованно судить об этом. Официальные показатели не учитывают и теневой оплаты, производимой пациентами «в руки» медицинскому персоналу.

**ТАБЛИЦА 4.5**

**Частные расходы на здравоохранение,  
млрд. руб., (1998 г. – млн. руб.)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Взносы на добровольное личное медицинское страхование	55	390	1182	2237	3386	3841
Платные медицинские услуги населению	105	648	2939	5601	9329	11350

Источник: Российский статистический ежегодник, 1999. М.: Госкомстат России, 2000, сс. 457, 459, 549.

Масштабы реальных расходов населения на медицинские нужды можно представить по данным социологических исследований. С 1992 г. Институтом социологии РАН, Институтом питания РАМН, Университетом Северной Каролины (США) реализуется проект под названием «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения». Примерно раз в год проводится опрос более 7000 домохозяйств о структуре их потребительских расходов (*Mroz, etc., 1997*). Результаты исследования свидетельствуют об увеличении доли расходов на лекарства и медицинскую помощь в бюджете средней российской семьи. За период с 1992 по 1996 г. она выросла с 0,9% до 3,5% дохода семьи. В октябре 1996 г. расходы на при-

---

<sup>7</sup> Российский статистический ежегодник, 1999. М.: Госкомстат России, 2000, сс. 457, 459, 549; Россия в цифрах: Кратк. стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001, сс. 259, 338.

обретение лекарственных средств и медицинскую помощь в среднем на одну семью равнялись 36,5 тыс. руб., в том числе 9,3 тыс. руб. – на оплату медицинских услуг и 27,2 тыс. руб. – на приобретение лекарств. В расчете на члена домохозяйства это составляет 3,3 тыс. руб. и 9,7 тыс. руб. соответственно.

Расходы на приобретение лекарственных средств населением России были предметом специального исследования Йоркского университета (Великобритания), проведенного летом 1996 г. в трех областях: Пензенской, Псковской и Тульской. В результате обследования 4000 домохозяйств было установлено, что расходы на лекарственные средства достигли в среднем 15% от заявленных доходов домохозяйств. В расчете на одного человека расходы составили летом 1996 г. 17,8 тыс. руб. в месяц (*Street, etc., 1997, p. 9*).

Показатели указанных исследований значительно превосходят данные Госкомстата России, согласно которым расходы на оплату медицинских услуг в среднем на члена домохозяйства составили 21,7 тыс. руб. в течение всего 1996 г., что равняется 1,8 тыс. руб. в среднемесечном выражении, а расходы на приобретение фармацевтических и медицинских товаров в сумме с расходами на предметы личной гигиены достигли 131,9 тыс. руб., что составляет 11,0 тыс. руб. в среднемесечном выражении<sup>8</sup>.

Подробные данные о размерах и структуре расходов семей на медицинские нужды были получены в ходе мониторингового исследования расходов населения России на медицинские услуги и лекарства, выполненного в 1998-1999 гг. Институтом социальных исследований (Москва) и Центром международного здравоохранения Бостонского университета в рамках Проекта поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения в России, реализуемого при финансовой под-

---

<sup>8</sup> Социальное положения и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997, сс.133-134.

дежке Агентства международного развития США (*Бойков, Фили, Шейман, Шишкин, 1998, 2000a, 2000b*). В январе 1998 г. был проведен опрос 3000 домохозяйств об их расходах на медицинские нужды в предыдущем месяце. В январе 1999 г. аналогичным образом было опрошено 2200 домохозяйств.

Опрос проводился в 14 регионах, представляющих основные экономико-географические районы страны и одновременно – различные административно-территориальные типы субъектов Российской Федерации: в Республике Карелия, в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, в Москве, в Тульской, Орловской, Нижегородской, Воронежской, Волгоградской, Курганской, Тюменской (включая Ханты-Мансийский автономный округ) областях, в Ставропольском, Красноярском и Хабаровском краях. Доля обследованных домохозяйств в каждом регионе квотировалась пропорционально доле населения. Отбор домохозяйств квотировался на основе данных государственной статистики о количестве горожан и сельских жителей и их распределении по различным типам поселений. Опросы домохозяйств в 1998 и в 1999 гг. были проведены в одних и тех же населенных пунктах: в 13 крупных городах, являющихся столичными, краевыми и областными центрами, в 29 средних и малых городах и в 38 селах и поселках городского типа. В крупных и средних городах отбор домохозяйств квотировался с учетом количества людей, проживающих в исторических центрах, промышленных и “спальных” районах городов. Отбор сельских населенных пунктов и рабочих поселков осуществлен с учетом того, чтобы они располагались не ближе 50 километров от городов. В каждом из выбранных населенных пунктов был проведен вероятностный (случайный) отбор домохозяйств на основе списков избирателей.

Сравнение выборочной совокупности с данными текущей государственной статистики свидетельствует, что выборка домохозяйств репрезентирует численность населения экономико-

географических районов страны; городских и сельских жителей, разнообразие типов домохозяйств и их дифференциацию по денежным доходам. Возрастной состав членов опрошенных домохозяйств и образовательный уровень взрослых членов домохозяйств также соответствует возрастной структуре и уровню образования населения страны. В состав выборки не входят мигранты и жители, проживающие в выбранных населенных пунктах без официальной регистрации и потому вынужденные полностью оплачивать получаемую ими медицинскую помощь. Кроме того в выборке отсутствуют домохозяйства с очень высоким уровнем доходов, что обусловлено трудностями доступа интервьюеров к ним.

В каждом из выбранных домохозяйств специально обученными интервьюерами было проведено очное собеседование с членом домохозяйства, в наибольшей мере владеющим интересующей исследователей информацией. Вопросы задавались о расходах домохозяйств на приобретение лекарств и об оплате в денежной форме медицинской помощи, получаемой в лечебно-профилактических учреждениях и у частнопрактикующих врачей, исключая оплату услуг экстрасенсов, знахарей и других врачевателей подобного рода. Респондентов не спрашивали об оплате услуг в натуральной форме (подарки врачам и т.д.).

Согласно результатам опросов, расходы в среднем на одно домохозяйство на медицинские услуги и лекарства составили в декабре 1997 г. 232,1 рубля<sup>9</sup>, а в декабре 1998 г. – 300,0 рублей. В расчете на одного человека это равняется соответственно 72,9 руб. и 97,4 руб. в месяц. В сопоставимом выражении подушевые расходы на лекарства и медикаменты уменьшились за год на 35%, а расходы на медицинские услуги – на 25% (см. табл. 4.6). Причиной такого сокращения расходов был, очевидно, финансовый кризис августа 1998 г., повлекший рост

---

<sup>9</sup> Здесь и далее данные на декабрь 1997 г. приводятся в деноминированных рублях.

потребительских цен и снижение реальных доходов населения. По данным Госкомстата России, индекс цен на медикаменты в декабре 1998 г. по отношению к декабрю 1997 г. составил 208,5%, индекс цен на платные услуги – 127,8%<sup>10</sup>; реальные располагаемые денежные доходы населения (доходы за вычетом обязательных платежей, скорректированные на индекс потребительских цен) сократились в декабре 1998 г. – на 30,8% в сравнении с декабрям 1997 г.<sup>11</sup> Согласно ответам респондентов, среднее число посещений амбулаторий и поликлиник и среднее количество дней госпитализации, приходящиеся на одно домохозяйство в декабре 1998 г., уменьшились на 14% по сравнению с данными декабря 1997 г. Очевидная связь между объемами потребления населением медицинской помощи и экономической доступностью медицинских услуг и лекарственных средств для населения свидетельствует о значительной степени замещения формально бесплатного медицинского обслуживания платным лечением.

#### **ТАБЛИЦА 4.6**

##### **Расходы на лекарства и медицинские услуги в среднем на одного члена обследованных домохозяйств\*, руб.**

Виды расходов	Декабрь 1997 г. в текущих ценах, руб.	Декабрь 1998 г. в текущих ценах, руб.	Декабрь 1998 г. в ценах декабря 1997 г., руб.
Приобретение лекарств и медикаментов в розничной сети и в медицинских организациях	45,8	62,0	29,6
Медицинские услуги	37,1	35,4	27,8
Всего	72,9	97,4	57,4

<sup>10</sup> Социально-экономическое положение России, январь-апрель 1999 г. М.: Госкомстат России, 1999, сс. 179-180.

<sup>11</sup> Социально-экономическое положение России. 1998 год. М.: Госкомстат России, 1998, с. 261.

\* Здесь и далее рассчитано как сумма расходов всех обследованных домохозяйств, деленная на общее количество членов домохозяйств.

#### **ТАБЛИЦА 4.7**

#### **Структура расходов на лекарства и медицинские услуги в среднем на одного члена обследованных домохозяйств, руб.**

Виды подушевых расходов*	Декабрь 1997 г. в текущих ценах, руб.	Декабрь 1998 г. в текущих ценах, руб.	Декабрь 1998 г. в ценах декабря 1997 г., руб.
<b>Приобретение лекарств:</b> В аптеках по рецепту В аптеках или в других местах без рецепта На покупку механических противозачаточных средств, химических и гормональных препаратов предупреждения беременности: По рецепту Без рецепта	16,4 22,3	16,3 33,0	7,8 15,8
<b>Расходы на стоматологическую помощь</b> В том числе: В государственной поликлинике или больнице В негосударственной поликлинике или больнице У врача, ведущего официально частную лечебную практику У врача, подрабатывающего частной лечебной практикой неофициально	12,7 5,0 4,5 2,4 0,8	19,3 6,3 7,2 5,3 0,5	15,1 4,9 5,6 4,2 0,4
<b>Расходы, связанные с госпитализацией</b> В государственной больнице, в больнице предприятия, учреждения и в негосударственной (частной) больнице В том числе: Общая плата за врачебную помощь Кроме этого плата: За лекарства и медицинские материалы За стирку (замену) белья Врачам Медсестрам и другому медперсоналу за обслуживание	13,7 6,5 4,3 - 1,7 0,6	15,8 5,4 6,5 0,6 1,7 0,4	10,4 4,2 3,1 0,5 1,3 0,4

<b>Виды подушевых расходов*</b>	<b>Декабрь 1997 г. в текущих ценах, руб.</b>	<b>Декабрь 1998 г. в текущих ценах, руб.</b>	<b>Декабрь 1998 г. в ценах декабря 1997 г., руб.</b>
За лабораторные анализы Плата врачам и другим медицинским работникам за аборт	0,5 -	0,8 0,4	0,7 0,3
<b>Оплата услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях</b>	<b>6,8</b>	<b>8,8</b>	<b>5,8</b>
В том числе:			
Общая плата за врачебную помощь	3,0	2,9	2,2
Кроме этого плата:			
За лекарства и медицинские материалы	2,6	3,4	1,6
Врачам	-	0,8	0,6
Медсестрам и другому медперсоналу за обслуживание	0,4	0,2	0,2
За лабораторные анализы	0,7	1,1	0,9
Плата врачам и другим медицинским работникам за консультации по вопросам предупреждения беременности, тестирование противозачаточных средств, установку внутриматочных спиралей и др.	-	0,3	0,3
<b>Оплата услуг врачей, ведущих официально и неофициально частную лечебную практику</b>	<b>1,1</b>	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>
В том числе:			
Общая плата за врачебную помощь	0,8	1,3	1,0
Кроме этого плата:			
За лекарства и медицинские материалы	0,2	0,1	-
Медсестрам и другому медперсоналу за обслуживание	-	0,1	-
За лабораторные анализы	0,1	-	-
Плата врачам и другим медицинским работникам за консультации по вопросам предупреждения беременности, тестирование противозачаточных средств, установку внутриматочных спиралей и др.	-	-	-
<b>Всего</b>	<b>72,9</b>	<b>97,4</b>	<b>57,4</b>

\*В опросе, проведенном в январе 1998 г., расходы на контрацептивы и врачебную помощь по предупреждению беременности не изучались.

В 1998-2000 гг. было проведено еще три исследования расходов населения на медицинские нужды. По данным опро-  
122

са жителей города Кемерово в марте 1998 г., затраты на приобретение лекарственных средств и оплату медицинской помощи в расчете на одного жителя составили около 500 рублей в течение года (*Морозова, Кулибакин, 1998, с. 10*). Обследование расходов 450 домохозяйств Новгородской области на медицинское обслуживание в апреле-июне 2000 г. дает величину 45,4 руб. на члена домохозяйства за квартал<sup>12</sup>.

Доля кемеровчан, плативших в 1997-1998 гг. за медицинские услуги, в числе лиц, получивших соответствующий вид помощи, составила 84% при получении стоматологической помощи, 51% при стационарном лечении, 45% – при проведении диагностических обследований, 18% – при амбулаторно-поликлиническом лечении у терапевтов, 38% – у узких специалистов (*Морозова, Кулибакин, 1998, с. 7*).

По данным исследования ВЦИОМ, проведенного в июне 1999 г. (выборка – 1600 респондентов, репрезентирующая мнение взрослого населения страны), доля плативших частично или полностью за медицинские услуги, в числе тех, кто пользовался услугами соответствующего вида, составила 80% при обращении к услугам стоматологов, 34-37% – в случаях госпитализации, 44% – при проведении диагностических обследований, от 4 до 20% в случаях получения различных видов амбулаторной помощи (*Ибрагимова и др., 2000, с. 38*).

Среди домохозяйств Новгородской области доля получивших платную медицинскую помощь в процентах от числа пользовавшихся соответствующими услугами во втором квартале 2000 г. составила: 59% – в случае стоматологической помощи, 46% – при госпитализации, 24% – в случае амбулаторно-поликлинического лечения<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, сс. 18, 31.

<sup>13</sup> Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, сс. 22, 29.

Данные мониторингового исследования 1998-1999 гг. позволяют более подробно проанализировать структуру расходов населения на медицинские нужды: сколько тратится на оплату услуг в государственных и частных медицинских учреждениях, за что платят пациенты, каковы масштабы и доля "теневых" выплат и т.п.

#### Различия между семьями с разным уровнем доходов

Доля расходов на медицинскую и лекарственную помощь в семейном бюджете тем больше, чем ниже совокупный доход семьи (см. табл. 4.8-4.10). Но суммарные расходы на медицинские услуги и лекарства у представителей высокодоходных групп людей в несколько раз больше, чем у представителей малодоходных групп. Бедные реже состоятельных посещают амбулаторно-поликлинические учреждения. У представителей малодоходных групп короче сроки пребывания в больницах в сравнении с представителями высокодоходных групп. Чем ниже уровень доходов у населения, тем чаще наблюдаются отказы от медицинской помощи и лекарств, рекомендованных врачом (см. табл. 4.11). В течение 1998 года 58% беднейших домохозяйств отказались от приобретения лекарств, назначенных врачом, так как не имели на это средств. 43% опрошенных из той же группы заявили, что по такой же причине были вынуждены отказаться от рекомендованной амбулаторно-поликлинической помощи, а 13% беднейших домохозяйств не смогли, из за высокой стоимости, направить своих членов на госпитализацию.

**ТАБЛИЦА 4.8**

**Доля расходов на лекарства и медицинские услуги в общих семейных доходах в декабре 1997 г.  
в группах домохозяйств с разными доходами, в %**

Виды расходов и обращения в медучреждения	20-процентные группы населения по возрастанию доходов					
	Первая	Вторая	Третья	Четвертая	Пятая	Всего
<b>Доля расходов в доходах,</b> в том числе: На лекарства и медицинские материалы (включая приобретаемые в ЛПУ) На медицинскую помощь (без стоматологической) На стоматологическую помощь	27,3 21,2 3,3 2,8	20,0 15,1 2,0 2,9	18,0 13,0 1,8 3,2	15,1 7,7 4,6 2,7	9,3 5,2 2,2 1,9	13,8 8,7 2,7 2,4
<b>Среднее число посещений амбулаторий и поликлиник:</b> - на одну семью, обращавшуюся за помощью - на одну семью в доходной группе						
	3,6 1,5	4,4 2,0	4,6 2,3	4,9 2,6	4,7 2,5	4,5 2,2
<b>Среднее количество дней госпитализации:</b> - на одну семью, обращавшуюся за помощью - на одну семью в доходной группе						
	17,9 1,8	17,7 2,3	16,9 2,2	16,3 2,1	16,4 2,4	17,0 2,2

**ТАБЛИЦА 4.9**

**Доля расходов на лекарства и медицинские услуги в общих семейных доходах в декабре 1998 г. в группах домохозяйств с разными доходами, в %**

Виды расходов и обращения в медучреждения	20-процентные группы населения по возрастанию доходов					
	Первая	Вторая	Третья	Четвертая	Пятая	Всего
<b>Доля расходов на медицину в доходах, в том числе:</b>						
На лекарства и медицинские материалы (включая приобретаемые в ЛПУ)	31,7	22,1	20,0	17,3	11,9	16,0
На медицинскую помощь (без стоматологической)	24,0	15,8	11,7	11,1	6,3	9,8
На стоматологическую помощь	3,7	2,4	4,4	3,2	1,5	2,4
	3,1	3,3	3,0	2,3	3,4	3,1
<b>Среднее число посещений амбулаторий и поликлиник:</b>						
- на одну семью, обращавшуюся за помощью	3,7	4,7	4,3	4,6	4,2	4,3
- на одну семью в доходной группе	1,3	2,1	2,0	2,4	2,3	2,0
<b>Среднее количество дней госпитализации:</b>						
- на одну семью, обращавшуюся за помощью	14,6	16,6	15,7	15,1	17,0	16,0
- на одну семью в доходной группе	0,9	2,3	1,9	2,2	2,3	1,9

*ТАБЛИЦА 4.10*

**Распределение денежных доходов и расходов  
домохозяйств на медицину по 20-процентным  
доходным группам в декабре 1998 г.**

Доходные группы	Распределение де- нежных доходов, в %	Распределение денежных расхо- дов на медицин- ские нужды, %
Денежные расходы – всего в том числе по 20-процентным группам населения:	100	100
Первая (с наименьшими доходами)	4,9	9,3
Вторая	8,9	12,4
Третья	13,7	17,1
Четвертая	21,6	23,4
Пятая (с наивысшими доходами)	50,9	37,8

*ТАБЛИЦА 4.11*

**Отказы от лекарств, рекомендованных врачом,  
и медицинских услуг из-за недостатка денег  
в группах домохозяйств с разными доходами  
(в % от количества домохозяйств в каждой группе  
опрошенных в 1997 и 1998 гг.)**

Отказы	Год	20-процентные доходные группы насе- ления по возрастанию доходов					Всего
		Пер- вая	Вто- рая	Тре- тья	Четвер- тая	Пя- тая	
От лекарств	1997	50,6	49,7	42,5	34,8	27,1	40,9
	1998	58,1	55,1	53,7	46,8	38,3	50,4
От медицинского обследования	1997	37,5	35,8	29,6	25,2	21,2	29,8
	1998	43,3	36,2	37,8	32,5	32,3	36,4
От стоматологиче- ской помощи	1997	42,2	39,8	36,6	34,3	24,7	35,5
	1998	40,8	36,9	38,9	41,0	33,3	38,2
От консультации по предупрежде- нию беременности	1998	5,3	7,1	5,3	8,1	4,8	6,3
От госпитализации	1997	20,5	19,2	10,8	8,1	5,5	12,8
	1998	13,4	11,1	9,0	9,0	3,9	9,3
От абORTA	1998	0,2	0,7	0,9	1,2	0,5	0,7

Но следует отметить, что значительные отличия показателей потребления медицинской помощи от средних по выборке имеют место лишь для двадцатипроцентной группы с наименьшими доходами (см. таблицы 4.8 и 4.9). Различия между членами других доходных групп в количестве обращений к врачам и в длительности госпитализации гораздо меньше. Мониторинговое исследование в целом не подтверждает широко распространенного мнения о том, что большая часть бесплатной медицинской помощи достается группам населения с доходом выше среднего.

При анализе дифференциации расходов населения на медицинские нужды особого внимания заслуживает группа домохозяйств, имевших наибольшие расходы на медицинские нужды. К такой группе можно отнести семьи, соответствующие расходы которых оказались выше средних расходов не менее чем на одно стандартное отклонение. В такую группу попало 4,9% от общего числа опрошенных. Расходы на медицинские нужды в расчете на одну семью в этой группе оказались в 7 раз больше, чем в среднем на одно домохозяйство по всей выборке. Между тем средний доход, приходящийся на одно домохозяйство в этой группе, превысил лишь в 1,7 раза средний доход по всей выборке. Лечение серьезных заболеваний становится очень тяжелым бременем для семейных бюджетов: у рассматриваемой группы домохозяйств расходы на медицинские нужды составили в среднем 68% объявленного месячного дохода.

#### Государственный и частный секторы в здравоохранении

Результаты обследования доказывают, что частный сектор медицинских услуг стал в России реальностью. Наиболее значительное развитие получила частная медицина в стоматологическом обслуживании населения: 18% респондентов пользовались в 1998 г. услугами частных стоматологов, а сумма

выплат домохозяйств в декабре того же года за услуги в частном секторе составила 67% общей суммы выплат за стоматологическую помощь. Шесть процентов респондентов заявили, что получали амбулаторно-поликлинические услуги в негосударственных ЛПУ и у частнопрактикующих врачей, и на эти услуги было потрачено 25% от всех расходов домохозяйств на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, в том числе 15% пришлось на плату индивидуально практикующим врачам. Что касается стационарного лечения, то оно почти все осуществляется в государственных и ведомственных больницах. Услугами частных клиник в 1998 г. воспользовались всего лишь 0,4% обследованных домохозяйств. Затраты на лечение в частных клиниках составили 5% общих расходов населения, связанных с госпитализацией.

Как показывает распределение данных, стоматологическую помощь в государственных лечебных учреждениях получают примерно равные доли представителей различных доходных групп населения, а в ведомственных и частных учреждениях – относительно чаще люди, имеющие высокие доходы (см. табл. 4.12). Наиболее активными клиентами частных стоматологических учреждений и частнопрактикующих врачей являются представители четвертой и пятой доходных групп населения.

ТАБЛИЦА 4.12

**Получение услуг в государственном  
и частном секторах медицины в 1998 г.  
(в процентах от количества домохозяйств  
в каждой 20- процентной доходной группе)**

Виды медицинских учреждений, в которых получали услуги взрослые члены семей и дети	20-процентные доходные группы населения по возрастанию доходов				
	Первая	Вторая	Третья	Четвертая	Пятая
<b>Стоматологическая помощь:</b>					
Государственные	61,8	65,9	72,0	69,7	64,5
Ведомственные	3,8	5,0	4,5	10,4	12,5
Частные	2,5	4,5	9,0	13,6	24,0
Официально частнопрактикующие врачи	1,3	5,0	4,7	8,4	10,9
Неофициально частнопрактикующие врачи	0,4	0,4	1,5	0,9	2,2
<b>Другая медицинская помощь:</b>					
<u>Государственные поликлиники:</u>					
Взрослые члены семьи	79,5	81,8	82,7	80,4	77,7
Дети	28,8	31,5	40,6	51,5	54,0
<u>Ведомственные поликлиники:</u>					
Взрослые члены семьи	4,0	5,9	8,6	13,8	16,1
Дети	0,2	0,4	1,1	2,7	1,5
<u>Частные поликлиники:</u>					
Взрослые члены семьи	-	1,1	1,3	3,4	5,6
Дети	-	-	-	2,2	2,9
<u>Врачи, ведущие частную практику (официально или неофициально):</u>					
Взрослые члены семьи	0,6	2,5	0,4	2,9	4,3
Дети	-	0,2	1,3	0,9	1,5
<u>Государственные или ведомственные больницы:</u>					
Взрослые члены семьи	10,9	12,0	13,4	12,7	15,6
Дети	1,8	2,9	5,2	5,2	4,5

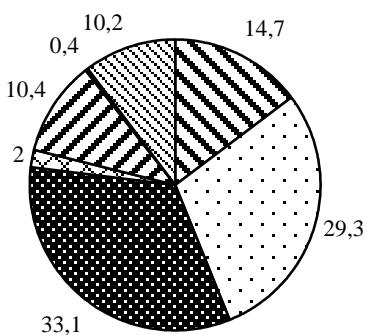
## Формы оплаты медицинских услуг

Результаты мониторингового исследования свидетельствуют, что и в государственных и в негосударственных медицинских учреждениях используются разные формы оплаты: за лечение в целом, отдельно за лекарства, за лабораторные анализы, за услуги врачей и другого медицинского персонала. Оплата производится как через кассу соответствующих учреждений, так и минуя кассу – прямо «в руки».

Теневая оплата распространена главным образом в системе государственного здравоохранения (см. рис. 4.1, табл. 4.13). В государственных и ведомственных больницах «в руки» заплачено более трети средств, затраченных домохозяйствами в связи с госпитализацией. Причем основными получателями теневой оплаты являются руководители учреждений и врачи: общая плата за предоставленное лечение, минуя кассу больницы, составляет 8,8% общих расходов, связанных с госпитализацией; помимо этого доплата в руки врачам достигает 9,9%, в то время как медсестрам – 2,9%. Размеры теневой оплаты в негосударственных медицинских организациях существенно меньше в силу упорядоченности платежей за оказываемые услуги: в частных лечебно-профилактических учреждениях они официально оказываются на платной основе. Однако часть домохозяйств получали там услуги, оплачивая их «в руки».

РИС. 4.1.

**Структура теневых выплат в 1998 г., в %**



- Приобретение лекарств
- Стоматологическая помощь
- Госпитализация в государственной или ведомственной больнице
- Госпитализация в частной больнице
- Услуги в государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях
- Услуги в частных амбулаторно-поликлинических учреждениях
- Услуги частнопрактикующих врачей

ТАБЛИЦА 4.13

**Доля теневых выплат в декабре 1997 и 1998 гг. за лекарства и медицинские услуги в различных видах выплат и в общих объемах теневых платежей домохозяйств**

Виды оплаченных населением медицинских услуг	Декабрь 1997 г.		Декабрь 1998 г.	
	Доля теневой оплаты в общей оплате данного вида услуг, в %	Доля в объеме теневой оплаты, в %	Доля теневой оплаты в общей оплате данного вида услуг, в %	Доля в объеме теневой оплаты, в %
Приобретение лекарств	5,1	17,6	3,4	14,7
Расходы на стоматологическую помощь	23,6	26,5	18,5	29,3
Расходы, связанные с госпитализацией в государственной или ведомственной больнице	34,4	34,9	26,6	33,1
Расходы, связанные с госпитализацией в частной больнице	4,5	0,9	31,2	2,0
Оплата услуг в государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях	28,9	13,0	16,3	10,4
Оплата услуг в частных амбулаторно-поликлинических учреждениях	18,3	2,7	5,0	0,4
Оплата услуг врачей, ведущих официально и неофициально частную лечебную практику	45,1	4,3	81,1	10,2
Всего	15,4	100,0	11,5	100,0

Анализируя формы оплаты населением услуг государственных и ведомственных лечебно-профилактических учреждений, следует отметить высокую долю затрат на лекарства и медицинские материалы: в больницах она равняется 42,8% общих расходов, связанных с госпитализацией; в амбулаторно-поликлинических учреждениях – достигает 46,5% от затрат пациентов по оплате их услуг.

#### Расходы домохозяйств по типам поселений

Чем выше уровень урбанизированности населенного пункта, тем выше уровень доходов его жителей, и тем более развитой является сеть лечебно-профилактических учреждений. Исходя из этого можно было ожидать, что средняя величина расходов домохозяйств на медицинские нужды возрастает по мере роста уровня урбанизации места их жительства. Однако результаты проведенного исследования не подтверждают этой гипотезы (см. табл. 4.14-4.15).

**ТАБЛИЦА 4.14**

**Расходы домохозяйств на медицину в поселениях  
разных типов в декабре 1997 г.**

Формы оплаты и доля рас- ходов в доходах	Расходы в среднем на одно домохозяйство, рублей					
	Расходы, всего	в том числе оплата:				
		лекарств	стоматоло- гической помощи	госпитали- зации	услуг в поликли- никах	частно- практику- ющих вра- чей
Москва и Санкт-Петербург						
Всего	204,7	99,0	67,7	14,8	20,3	2,9
Из них:						
В кассу	184,9	97,5	54,2	13,8	18,4	1,0
В руки	19,7	1,5	13,5	1,0	1,9	1,9
Доля рас- ходов, в %	10,1	4,9	3,3	0,7	1,0	0,1

Формы оплаты и доля расходов в доходах	Расходы в среднем на одно домохозяйство, рублей					
	Расходы, всего	в том числе оплата:				
		лекарств	стоматологической помощи	госпитализации	услуг в поликлиниках	частно-практикующих врачей
Краевые и областные центры						
Всего	225,1	124,1	55,6	19,5	23,6	2,3
Из них:						
В кассу	195,4	119,3	44,8	13,2	17,0	1,1
В руки	29,8	4,8	10,8	6,3	6,6	1,2
Доля расходов, в %	12,0	6,6	3,0	1,0	1,3	0,1
Средние и малые города						
Всего	261,0	137,0	32,1	58,4	27,6	5,9
Из них:						
В кассу	216,5	129,9	22,8	40,8	19,8	3,3
В руки	44,4	7,1	9,3	17,6	7,8	2,6
Доля расходов, в %	15,3	8,1	1,9	3,4	1,6	0,3
Поселки городского типа и села						
Всего	227,5	119,1	22,6	67,3	15,3	3,2
Из них:						
В кассу	186,1	110,3	15,3	47,2	11,2	2,1
В руки	41,4	8,8	7,3	20,1	4,1	1,1
Доля расходов, в %	17,2	9,0	1,7	5,1	1,2	0,2
Все обследованные домохозяйства						
Всего	232,9	123,5	40,6	43,6	21,7	3,5
Из них:						
в кассу	196,7	117,1	31,0	30,7	16,0	1,9
в руки	36,2	6,4	9,6	12,9	5,7	1,6
Доля расходов в доходах, в %	13,9	7,4	2,4	2,6	1,3	0,2

%	
---	--

**ТАБЛИЦА 4.15**

**Расходы домохозяйств на медицину в поселениях  
разных типов в декабре 1998 г.**

Формы оплаты и доля рас- ходов в доходах	Расходы в среднем на одно домохозяйство, рублей					
	Расходы, всего	в том числе оплата:				
		лекарств	стоматоло- гической помощи	госпитали- зации	услуг в поликли- никах	частно- практику- ющих вра- чей
Москва и Санкт-Петербург						
Всего	407,1	215,7	149,9	12,0	29,5	0,0
Из них:						
В кассу	386,9	215,7	142,6	6,6	22,0	0,0
В руки	20,2	0,0	7,3	5,4	7,5	0,0
Доля рас- ходов, в %	14,8	7,9	5,5	0,4	1,1	0,0
Краевые и областные центры						
Всего	306,8	167,0	55,1	46,0	27,7	11,0
Из них:						
В кассу	272,9	163,5	45,4	40,1	23,6	0,3
В руки	33,9	3,5	9,7	5,9	4,1	10,7
Доля рас- ходов, в %	16,3	8,9	2,9	2,4	1,5	0,6
Средние и малые города						
Всего	262,1	135,8	46,4	44,0	32,6	3,3
Из них:						
В кассу	227,1	133,5	33,9	29,2	28,1	2,4
В руки	35,0	2,3	12,5	14,8	4,5	0,9
Доля рас- ходов, в %	13,4	6,9	2,4	2,3	1,7	0,2

Формы оплаты и доля расходов в доходах	Расходы в среднем на одно домохозяйство, рублей					
	Расходы, всего	в том числе оплата:				
		лекарств	стоматологической помощи	госпитализации	услуг в поликлиниках	частнопрактикующих врачей
Поселки городского типа и села						
Всего	295,5	158,6	48,6	67,4	20,4	0,5
Из них:						
В кассу	247,0	146,3	36,7	45,9	17,8	0,3
В руки	48,5	12,3	11,9	21,5	2,6	0,2
Доля расходов, в %	20,3	10,9	3,3	4,6	1,4	0,0
Все обследованные домохозяйства						
Всего	300,0	160,1	59,4	48,8	27,0	4,7
Из них:						
в кассу	262,6	154,6	48,4	35,7	23,0	0,9
в руки	37,4	5,5	11,0	13,1	4,0	3,8
Доля расходов в доходах, в %	16,2	8,6	3,2	2,6	1,5	0,3

Суммарные расходы, связанные с госпитализацией, оплатой услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях и услуг частнопрактикующих врачей оказались в 1998 г. в расчете на одно домохозяйство наибольшими у жителей сельской местности (88,3 руб.), а наименьшими – у тех, кто проживает в Москве и Санкт-Петербурге (41,5 руб.). Аналогичные расходы жителей других городов также существенно превышают затраты москвичей и петербуржцев. Напротив, столичные жители почти в два с половиной раза больше тратят на стоматологическую помощь и в 1,3 раза больше на лекарственные средства, чем в среднем по стране.

Выявленные различия объясняются скорее всего тем, что определенные виды медицинской помощи могут быть получены только в крупных городах. Те, кто проживает в них постоянно, имеют больше возможностей получить нужную медицинскую помощь бесплатно. Остальные же вынуждены обращаться в крупные города за медицинской помощью, недоступной им по месту жительства, и платить за ее получение. В пользу такого объяснения свидетельствует и то, что у жителей крупных городов, в отличие от других категорий населения, в несколько раз меньше доля расходов, связанных с госпитализацией, и доля теневой оплаты за получение медицинских услуг. Наблюдается интересная закономерность: чем меньше размер населенного пункта, тем больше люди платят «в руки».

Интересно отметить, что в 1997 г. картина территориальных различий была еще более впечатляющей: у тех, кто проживает в Москве и Санкт-Петербурге расходы и на лекарства и на лечение оказались наименьшими в расчете на одну семью (см. табл. 4.14). При этом доля расходов на медицину в доходах москвичей и петербуржцев была и остается относительно меньше, чем у остальной массы россиян. Наиболее велика доля расходов на лечение и лекарства в доходах населения, проживающего в поселках городского типа и селах.

В 1997 г. живущие вне областных центров тратили больше средств в абсолютном и в относительном выражении на лекарства. Полученные данные означают, что живущие в крупных городах либо покупали лекарства по более низким ценам, либо в большей мере пользовались льготами по оплате лекарственных средств. Более реалистичным является предположение о том, что жители столицы и областных центров обладали большими возможностями получения лекарств по льготным рецептам, то есть бесплатно или за половину цены.

Сопоставление данных двух опросов показывает, что за год расходы домохозяйств на лекарственные средства и стоматологическую помощь увеличивались в Москве и Санкт-

Петербурге опережающими темпами. Рост этих видов расходов составил в номинальном выражении 2,2 раза. В то же время средний показатель роста затрат на приобретение лекарств составил 1,3 раза, расходов на стоматологические услуги – 1,5 раза.

Такое развитие событий стало, по нашему мнению, следствием экономического кризиса 1998 г. Из-за вызванного им резкого роста цен на лекарственные средства значительно сократились возможности бюджетов Москвы и Санкт-Петербурга по финансированию льготного лекарственного обеспечения. Жители этих городов вынуждены больше лекарств покупать за полную цену. При этом цены в столичных городах росли быстрее, чем в среднем по стране. Так, по данным Госкомстата России, индекс роста цен на медикаменты в Москве в 1998 г. был равен 244,9% по сравнению с 208,5 % в среднем по стране (превышение в 1,2 раза), а индекс роста цен на платные медицинские услуги – 159,6% и 127,8% соответственно (превышение в 1,3 раза).

#### Оценка величины расходов населения Российской Федерации на медицинскую помощь и лекарственные средства

Используя данные мониторингового исследования, можно попытаться оценить расходы всего населения России на медицинские услуги и лекарства. В ходе социологического опроса, который проходил в январе, респондентов спрашивали о расходах домохозяйства за предыдущий месяц, т.е. за декабрь. При распространении данных, полученных в выборочном исследовании, за пределы выборки и временного горизонта исследования, необходимо произвести корректировку полученных данных с учетом следующих факторов: наличия сезонных колебаний в заболеваемости и расходах населения на медицинские нужды, репрезентативности выборки с точки зрения уровня заболеваемости и уровня доходов населения.

Государственная статистика не собирает помесячных данных об объемах предоставляемых медицинских услуг. Для оценки того, в какой мере данные, относящиеся к декабрю, отличаются от среднегодовых показателей, воспользуемся сравнением показателей объемов потребления медицинской помощи, зафиксированных в опросе, с данными государственной статистики о годовом объеме медицинской помощи, пересчитанными в месячном выражении (то есть со среднемесячными показателями объемов медицинской помощи).

**ТАБЛИЦА 4.16**

**Объемы медицинской помощи в расчете  
на одного человека в месяц**

	1	2	3	4	5	6
	Декабрь 1997 г. (опрос)	1997 г. (отчет*)	гр.1 / гр.2	Декабрь 1998 г. (опрос)	1998 г. (отчет*)	гр.4 / гр.5
Количество врачебных посещений	0,68	0,76	0,9	0,65	0,76	0,9
Количество дней госпитализации	0,68	0,28	2,3	0,62	0,28	2,2

\* Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения, 1999, сс. 113, 120, 130.

Из данных, представленных в таблице 4.16, видно, что объемы потребления стационарной медицинской помощи, указанные респондентами в мониторинговом исследовании, более чем вдвое превышают соответствующие данные государственной статистики. Значения показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи, выявленные в опросах, оказались близкими к официальным данным. Здесь следует отметить, что в мониторинговом исследовании респондентов спрашивали о числе посещений амбулаторно-поликлинических учреждений, а государственная статистика фиксирует посещения врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также посеще-

ния врачами больных на дому. Поэтому данные опроса и данные государственной статистики об объеме потребления амбулаторно-поликлинической помощи плохо сопоставимы. Для корректировки данных опросов с учетом фактора сезонных колебаний в заболеваемости и расходах на медицинские нужды остается воспользоваться сравнением показателей потребления стационарной медицинской помощи в расчете на одного человека, зафиксированные в опросе и приводимые государственной статистикой. Данные опроса, относящиеся к декабрю 1997 г., в 2,3 раза превосходят данные статистики о среднем количестве дней госпитализации в расчете на одного жителя в месяц в 1997 г. По данным за 1998 г., указанное расхождение было почти таким же: 2,2. В итоге в качестве значения корректирующего коэффициента декабрьских данных при оценке расходов на медицинские нужды в годовом выражении принимается величина, равная средней из двух вышеуказанных значений, то есть 2,25.

Для оценки репрезентативности выборки с точки зрения уровня заболеваемости населения воспользуемся сравнением показателей числа заболеваний, зарегистрированных у больных с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек, в регионах, где проводился опрос, с общероссийским значением<sup>14</sup>. Расчет указанного показателя для совокупности из 14 обследованных регионов, произведенный с взвешиванием значения данного показателя для каждого региона на долю региона в выборке, показал, что уровень заболеваемости населения в выбранных регионах соответствует среднероссийскому уровню заболеваемости в 1997 г. и в 1998 г.

Для оценки репрезентативности выборки с точки зрения уровня доходов населения воспользуемся сравнением показателя среднедушевых денежных доходов населения в регионах,

---

<sup>14</sup> Регионы России. Статистический сборник. Том 2. М.: Госкомстат России, 1999, сс. 238-239.

где проводился опрос, с общероссийским значениями<sup>15</sup>. Расчет указанного показателя для совокупности из 14 обследованных регионов, произведенный с взвешиванием значения данного показателя для каждого региона на долю региона в выборке, показал, что уровень среднедушевых денежных доходов населения в выбранных регионах в 1,1 раза превышал величину этого показателя в среднем по России в 1997 г. и в 1998 г.

Используем полученные коэффициенты для пересчета данных по всей выборке, относящихся к декабрю 1997 г. и к декабрю 1998 г., на весь соответствующий год. При этом декабрьские данные о подушевых расходах делятся на вышеуказанные корректировочные коэффициенты, затем умножаются на 12 месяцев и на среднегодовую численность населения (146,9 млн.чел. в 1997 г. и 146,5 млн.чел. в 1998 г.)<sup>16</sup>. Данные о расходах населения берутся в номинальном выражении; корректировка на индекс роста цен не проводится.

В мониторинговом исследовании были также получены данные о расходах домохозяйств на добровольное медицинское страхование в течение года. На основе этих данных была получена оценка расходов населения всей страны на добровольное медицинское страхование. Экстраполяция производилась с применением корректировочного коэффициента, учитывавшего различия в уровне доходов между регионами, в которых проводилось исследование, и генеральной совокупностью. Все полученные оценки представлены в таблице 4.17.

#### *ТАБЛИЦА 4.17*

#### **Расходы государства и населения на здравоохранение (в текущих ценах)**

---

<sup>15</sup> Регионы России. Статистический сборник. Том 2. М.: Госкомстат России, 1999, сс. 106-107.

<sup>16</sup> Социально-экономическое положение России, 1998 г. М.: Госкомстат России, 1999, с 290.

№		1997		1998	
		млрд. руб.	% ВВП	млрд. руб.	% ВВП
1	Государственное финансирование здравоохранения (бюджетные ассигнования и взносы работодателей на ОМС)	95,4	3,8	84,4	3,1
2	Расходы населения на медицинскую помощь	27,6	1,1	32,3	1,2
3	Расходы населения на приобретение лекарств в розничной сети	24,3	1,0	37,0	1,4
4	Расходы населения на добровольное медицинское страхование	0,2	0,0	0,2	0,0
5	Общие расходы населения на медицинские нужды (сумма строк 2, 3, 4)	52,1	2,1	69,5	2,6
6	Всего (сумма строк 1 и 5)	147,5	5,9	153,9	5,7

РИС. 4.2

**Расходы государства и населения на здравоохранение в  
1998 г. млрд. руб.**



ТАБЛИЦА 4.18

**Оценки расходов населения на  
медицинские нужды, млрд. руб.**

Виды расходов	1997		1998		
	Оценка исследования	Официальные данные	Оценка исследования	Оценка ФРЗ*	Официальные данные
Расходы на приобретение лекарственных средств в розничной сети	24,3	8,1 <sup>17</sup>	37,0	28,7	10,8 <sup>18</sup>
Расходы на медицинскую помощь	27,6	9,3	32,3	12,5	11,4

\* Оценка Фонда «Российское здравоохранение» размеров затрат из негосударственных источников (Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, с. 16).

Сравним оценки, рассчитанные по данным мониторингового исследования с официальными данными об объеме платных услуг населению и об объеме фармацевтического рынка и с соответствующими оценками Группы счетов здравоохранения Фонда «Российское здравоохранение» (см. табл. 4.18). Обращает на себя внимание большой разрыв между оценками мониторингового исследования и официальными данными. Оценки исследования и оценки Фонда «Российское здравоохранение» меньше отличаются в части расходов на лекарственные средства, но значительны в части расходов на медицинские услуги. При этом оценки Фонда почти совпадают с данными государственной статистики.

Существование разрыва между оценками мониторингового исследования и официальными данными можно объяснить

<sup>17</sup> По официальным данным, объем фармацевтического рынка в 1997 г. составил 23,5 млрд.руб, в том числе расходы государства на медикаменты – 15,4 млрд.руб. - Справка к заседанию Правительства Российской Федерации “О мерах по государственному регулированию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации” 14 января 1999 г.

<sup>18</sup> По официальным данным, объем фармацевтического рынка в 1998 г. составил 27,7 млрд.руб, в том числе расходы государства на медикаменты - 16,9 млрд.руб. - Справка к заседанию Правительства Российской Федерации “О мерах по государственному регулированию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации” 14 января 1999 г.

следующими причинами. Официальные оценки объема фармацевтического рынка опираются на данные Государственного таможенного комитета Российской Федерации об объеме импорта лекарственных средств и на данные государственной статистики об объеме производства внутри страны. Объем импорта измеряется по ценам, декларируемым на таможне. В силу естественной заинтересованности в уменьшении таможенных платежей эти цены занижаются импортерами. Что касается данных об объеме отечественного производства, то их можно считать заведомо заниженными, принимая во внимание распространенную практику сокрытия реальных показателей в целях уклонения от налогообложения.

Для получения официальных оценок объема фармацевтического рынка данные об импорте и об объеме производства умножаются на оценку размеров торговых надбавок. Обычно в качестве такой оценки принимают величину, равную 50%. Между тем не существует достоверных оценок размеров торговых надбавок к ценам на ввозимые и на производимые в стране медикаменты. В России применяется регулирование предельных размеров оптовых и розничных надбавок к ценам на медикаменты. Существуют данные о предельных размерах наценок, устанавливаемых субъектами Российской Федерации. Но особенностью практики ценообразования до 1999 года было то, что регулирование размера торговых надбавок на импортные лекарства производилось по отношению к цене первого оптового покупателя. При этом первый посредник может свободно устанавливать цену на фармацевтический продукт после его ввоза в страну. С августа 1998 г. такой же порядок действовал и в отношении медикаментов отечественного производства. Иными словами, разница между фактической ценой покупки лекарств у отечественных производителей, либо за рубежом и ценой первого оптовика не лимитируется. В итоге оценить реальные размеры торговых надбавок к ценам на ввозимые и произведенные в стране медикаменты весьма сложно.

Принимая во внимание все отмеченные обстоятельства, можно с высокой степенью уверенности полагать, что официальные оценки объема продаж на фармацевтическом рынке сильно занижены.

Расхождение между оценкой затрат населения на оплату медицинской помощи и официальными данными об объеме платных услуг можно объяснить следующими причинами. Во-первых, значительную часть денег пациенты платят медицинскому персоналу «в руки». Доля такой теневой оплаты составила в 1997 г. 30%, а 1998 г. – 28% в расходах домохозяйств на медицинские услуги.

Во-вторых, данные государственной статистики об объеме платных медицинских услуг рассчитываются на основе финансовой отчетности медицинских организаций и налоговых деклараций частнопрактикующих медицинских работников (*Госкомстата России*, 1996, сс. 384-402). Вполне очевидно стремление и тех, и других снизить заявляемые доходы с целью уклонения от налогообложения.

В-третьих, деньги, которые пациенты открыто платят медицинским организациям (оплата «через кассу»), по большей части взимаются с них за медицинскую помощь, которую по закону им должны предоставлять бесплатно. По всей видимости, медицинские организации не показывают в финансовой отчетности большую часть получаемых таким путем средств. Сокрытие доходов обусловлено нежеланием документально фиксировать свои действия, идущие в разрез с конституционной нормой о бесплатности медицинской помощи, а также стремлением избежать налогообложения.

Итак, имеются вполне серьезные основания считать, что официальные данные о расходах населения на лекарства и медицинские услуги являются заниженными по сравнению с реальными.

Разумеется, полученные нами оценки расходов населения страны на медицинские нужды являются достаточно условны-

ми. Но они позволяют сделать определенные качественные выводы о соотношении государственного финансирования здравоохранения и расходов населения. Сопоставим полученные оценки расходов населения на медицинские нужды с данными о расходах государства на здравоохранение (см. табл. 4.17). Результаты мониторингового исследования показывают, что население вынуждено компенсировать за счет личных средств сокращение расходов государства на здравоохранение. Нагрузка по финансированию здравоохранения в значительной мере легла на бюджеты домохозяйств. Расходы государства, выраженные в процентах к ВВП, сократились за год с 3,8% до 3,1%. В то же время расходы населения по нашей оценке увеличились за год с 2,1% ВВП до 2,6% ВВП.

Вместе с тем данные проведенных опросов показывают, что домохозяйства продемонстрировали вполне рыночную реакцию на изменение экономических условий, ответив на рост цен сокращением потребления лекарственных средств и медицинской помощи в натуральном выражении. А это означает, что исчерпываются возможности переноса нагрузки по финансированию существующей системы здравоохранения с государства на население без ущерба для состояния его здоровья.

#### Оценка размеров теневого рынка медицинских услуг

Важным результатом мониторингового исследования стало крушение мифа о том, что население большую часть оплаты медицинской помощи осуществляет неформальным образом, “в руки”. Доля таких теневых выплат в расходах среднего домохозяйства на медицинские услуги составила 27% в 1997 г., а в 1998 г. сократилась до 21%, что можно интерпретировать как дальнейшую спонтанную легализацию платной медицинской помощи. В 1998 г. 79% расходов на медицинские услуги население произвело открыто, “через кассу”.

Попытаемся теперь оценить размеры теневого рынка медицинских услуг. Для этого полученные оценки расходов населения России на медицинские нужды умножим на соответствующие доли теневых выплат в общих расходах, рассчитанные по данным мониторингового исследования. Применяя такой метод, получаем, что теневая оплата населением медицинских услуг и лекарственных средств (оплата "в руки") составила в 1998 г. 8,0 млрд. руб. (0,3% ВВП), в том числе 6,7 млрд. руб. – на медицинские услуги, 1,3 млрд. руб. – на лекарственные средства.

Расходы населения на медицинские услуги и лекарственные средства, заплаченные медицинским организациям официально, через кассу, достигли в 1998 г. по нашей оценке 25,6 млрд.руб. или 0,9% ВВП. По данным Госкомстата России, объем платных медицинских услуг равнялся в 1998 г. 12,9 млрд.руб. или 0,5% ВВП<sup>19</sup>. Разницу между оценкой расходов населения на оплату медицинской помощи, произведенную "официально", через кассу медицинских организаций, и официальными данными об объеме платных услуг можно проинтерпретировать как квазиформальную оплату медицинской помощи. Медицинские организации открыто взимают соответствующую плату с пациентов, но делают это в противоречии с конституционной нормой о бесплатности предоставления медицинской помощи и не показывают в финансовой отчетности получаемые таким путем средства.

В итоге размер теневого рынка медицинских услуг может быть оценен как сумма двух составляющих: 1) теневой оплаты населением медицинских услуг (оплата "в руки") и 2) величины, равной разнице между расходами населения на оплату медицинских услуг через кассу медицинских организаций и размерами платных медицинских услуг по данным

---

<sup>19</sup> Рассчитано по данным: Социально-экономическое положение России в 1997 году. М: Госкомстат России, 1998, стр. 139,142.

государственной статистики. Такой расчет дает величину 19,4 млрд.руб., или 0,7% ВВП. Сравнивая этот показатель с размером дефицита государственного финансирования медицинской помощи, предоставляемой населению в соответствии с государственными гарантиями, мы обнаруживаем, что эти две оценки близки по значению<sup>20</sup>. Это свидетельствует в пользу вывода о том, что главной составляющей теневого рынка медицинской помощи являются вынужденные платежи населения, обусловленные недостатком государственного финансирования здравоохранения.

#### **ТАБЛИЦА 4.19**

#### **Размеры теневого рынка медицинских услуг (в текущих ценах)**

№		1997		1998	
		млрд. руб.	% ВВП	млрд. руб.	% ВВП
1	Расходы населения на оплату услуг в медицинских организациях “в руки”	6,6	0,3	6,7	0,2
2	Оплата населением медицинской помощи, “через кассу” медицинских организаций	17,7	0,7	25,6	0,9
3	Затраты населения на оплату медицинских услуг «через кассу», превышающие данные государственной статистики об объеме платных медицинских услуг	8,4	0,3	12,7	0,5
4	Размеры теневого рынка (сумма строк 1 и 3)	15,0	0,6	19,4	0,7

#### **Расходы населения: выводы для политики**

Мониторинговое исследование расходов населения на медицинские нужды, проведенное в 1998-1999 гг., позволяет сделать следующие главные выводы:

---

<sup>20</sup> По минимальной оценке, дефицит финансирования государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи составил в 1998 г. 18 млрд. руб. или 0,7% ВВП (см. раздел 4.1).

- расходы населения на медицинские нужды сопоставимы с расходами государства на здравоохранение;
- расходы на медицинские нужды составляют значительную долю семейных расходов и эта доля растет;
- частный сектор, в особенности в сфере оказания населению стоматологической помощи, стал значимым с экономической точки зрения компонентом системы медицинского обслуживания;
- оплата «в руки» составляет значительную, но не основную часть расходов населения на медицинскую помощь;
- существует значительное территориальное неравенство в реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь;
- нагрузка по финансированию здравоохранения перемещается на население; сокращение государственного финансирования здравоохранения компенсируется неформальными платежами пациентов; бесплатная, по закону, медицинская помощь на деле все в большей мере становится платной;
- главной составляющей теневого рынка медицинской помощи являются вынужденные платежи населения, обусловленные недостатком государственного финансирования здравоохранения.

В сложившейся ситуации, когда за формально бесплатную медицинскую помощь приходится платить, в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи, живущие вне крупных городов. Они вынуждены тратить на медицину большую долю своих семейных бюджетов и чаще отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств. Следовательно, политика закрытия глаз на замещение бесплатного медицинского обслуживания платным, ведет к усилению социальной несправедливости.

## **Глава 5. Управляемость системы здравоохранения**

### **5.1. Децентрализация управления**

Следствием общего процесса децентрализации государственного управления, произошедшего в России после дезинтеграции Советского Союза, стала децентрализация управления здравоохранением. Вертикаль административного подчинения органов здравоохранения была разрушена, а государственная система здравоохранения оказалась разделенной на федеральную, региональные и муниципальные системы здравоохранения. При этом разграничение компетенции между федеральными, региональными и муниципальными органами власти в области здравоохранения было непродуманным и не вполне четким.

Конституция Российской Федерации определяет, что в ведении Российской Федерации находятся: регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина, установление основ федеральной политики и федеральные программы в области социального развития Российской Федерации (пункты в, е статьи 71). В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся координация вопросов здравоохранения, защита семьи, материнства, отцовства и детства (пункт ж статьи 72).

В более развернутом виде компетенция федерального центра была определена в статье 5 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». К ведению Российской Федерации в области здравоохранения отнесены следующие вопросы:

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

- установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан;
- разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета Российской Федерации;
- определение налоговой политики (в том числе льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья граждан;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;
- разработка единых критериев и федеральных программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении;
- установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением;
- разработка и утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации;
- установление страхового тарифа взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации;
- установление льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;
- организация государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, раз-

работка и утверждение федеральных санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора; организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;

- координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
- установление порядка производства медицинской экспертизы;
- установление порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности.

Оценивая эти положения, следует констатировать, что роль федерального центра не является четко определенной. Это относится прежде всего к содержанию ответственности и прав федерального центра в выполнении двух ключевых функций в управлении системой здравоохранения: а) защита прав граждан в области охраны здоровья; б) координация деятельности региональных и муниципальных систем здравоохранения.

Компетенция субъектов Российской Федерации определена в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» по такой же схеме, как и компетенция федерального центра. Только объектом правомочий являются соответственно формирование и распределение бюджета субъекта РФ, материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения, находящихся в государственной собственности субъекта РФ, утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования, установление дополнительных льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении; координация деятельности органов государственной власти субъектов государственной муниципальной и частной

систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; организация и координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан, лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности на территории субъекта РФ. Так же, как и в случае федерального центра, законодательство недостаточно четко определяет ответственность и права регионального уровня власти по отношению к муниципальному уровню.

К ведению муниципального уровня власти законодательство относит организацию, содержание и развитие муниципальных учреждений здравоохранения, обеспечение санитарного благополучия населения (статья 6 Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» №154-ФЗ от 28.08.1995), формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и др. (статья 8 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ФЗ №5487-1 от 22.07.1993 г.).

Итак, существующее законодательство устанавливает ограниченный круг вопросов, по которым вышестоящие органы власти могут принимать решения, обязательные для нижестоящих (установление стандартов и контроль за их соблюдением, лицензирование, осуществление санитарно-эпидемиологического надзора, налогообложение, установление льгот), а за пределами этого круга предлагает осуществлять управление путем координации действий разных органов.

Среди работников органов управления здравоохранения распространена оценка произошедших изменений как повлекших снижение управляемости отрасли. В проекте концепции реформы управления и финансирования здравоохранения, подготовленной в 1996 году под руководством В.И. Стародубова, констатировалось, что «реальностью современного состояния здравоохранения в стране является

заметное снижение уровня управляемости отраслью, то есть ограничение возможностей целенаправленного воздействия на происходящие в ней процессы» (*Стародубов и др., 1996, с. 13*). В качестве важнейших проявлений снижения управляемости были названы:

- утрата комплексного подхода к охране здоровья;
- недостаточное развитие стратегического и текущего планирования;
- отсутствие действенных рычагов влияния на эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- чрезмерная децентрализация системы управления и финансирования здравоохранения.

Следствием децентрализации управления стала тенденция к ослаблению взаимодействия между отдельными уровнями оказания медицинской помощи, службами и территориальными системами здравоохранения (*Решетников, 1998, сс. 142-143*). Это влечет нерациональность использования ресурсов. Имеется много примеров, когда одно муниципальное образование содержит избыточные для своих потребностей мощности лечебно-профилактических учреждений, а соседний район, ощущающий их нехватку, не может договориться о лечении там своих жителей, так как никто не предусмотрел источники финансирования такого оказания медицинской помощи. Нередки случаи приобретения небольшими районными больницами дорогостоящей медицинской аппаратуры, которая затем простаивает из-за отсутствия квалифицированных кадров.

Потеря управляемости обычно связывается с разрушением прежней целостности системы здравоохранения, произошедшем вследствие децентрализации государственного управления и непродуманного введения ОМС. Однако, стремясь к точности, следует констатировать, что разрушена прежде всего целостность системы административного управления здравоохранением. Означает ли это потерю управляемости здраво-

охранением в целом со стороны государства? Означает ли это, что система управления здравоохранением теперь не в состоянии обеспечить достижение целей, которые стоят перед российским здравоохранением? Или можно использовать иные механизмы, иные средства управления и с их помощью добиться решения нужных задач?

Главной задачей анализа системы управления отраслью общественного сектора экономики является выяснение способности этой системы обеспечивать достижение целей, которые общество ставит перед данной отраслью, и ради которых государство регулирует производство соответствующих благ. Такая способность характеризуется понятием управляемости. Для здравоохранения *управляемость* – это способность системы управления отраслью достигать цели (выполнять функции), формулируемые государством в области охраны здоровья граждан (*Жаркович и др., 1998, с. 127-128; Тамбовцев, 1999*). Управляемость системы здравоохранения зависит от ясности целевых установок, которые определяет для нее общество через органы высшей законодательной и исполнительной власти, и от тех методов, которые последние предоставляют в распоряжение органам управления здравоохранением для выполнения упомянутых установок.

Следовательно, для ответа на сформулированные выше вопросы нужно:

- во-первых, понять, какие главные цели поставлены государством перед здравоохранением, какие функции должна выполнять система управления здравоохранением;
- во-вторых, разобраться, какими ресурсами для выполнения искомых функций обладают различные уровни управления здравоохранением, и какими видами ресурсов обладают конкретные субъекты управления; при этом в центре нашего внимания будут государственные органы управления здравоохранением: Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав) и органы здравоохранения администрации

нистраций субъектов РФ (далее – региональные органы здравоохранения);

– в-третьих, оценить возможность достижения поставленных целей при имеющихся ресурсах;

– в-четвертых, проанализировать механизмы использования этих ресурсов, или другими словами, механизмы управления, которые применяют органы здравоохранения для воздействия на других субъектов системы здравоохранения, и оценить соответствие этих механизмов решаемым задачам.

## **5.2. Цели управления системой здравоохранения**

Анализ зарубежного опыта показывает, что среди целей, которые обычно ставятся перед системами здравоохранения в современных обществах, можно выделить ряд целей, имеющих достаточно универсальный характер (*Баррер, 1999; ВОЗ, 1999, cc. 161-164*):

- улучшение состояния здоровья населения;
- развитие здорового образа жизни граждан;
- предотвращение тех болезней или травм, которые могут быть предотвращены при современном состоянии знаний;
- развитие системы здравоохранения, которая в состоянии функционировать в рамках реальных финансовых ограничений и использовать ресурсы наиболее эффективным образом для достижения целей охраны здоровья.

Цели функционирования системы здравоохранения в современной России формулируются в законодательных актах, в программных документах правительства. Наиболее развернутые формулировки даны в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. №1387 (далее – *Концепция*). В качестве цели развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации названо сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет сни-

жения заболеваемости и смертности населения. Эта цель конкретизируется следующими подцелями (в тексте Концепции – основными задачами):

- увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний;
- сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Вполне очевидно, что эти формулировки являются весьма общими, они очень схожи с теми универсальными целями систем здравоохранения, которые приводились выше, и не дают возможности разумной оценки достижимости подобных целей.

Концепция содержит и более конкретный перечень задач, сгруппированных по следующим разделам: организация медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, обеспечение государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи и защита прав пациентов, медицинская наука, медицинское образование, лекарственное обеспечение и др. Соответствующие задачи сформулированы как общие направления необходимых действий.

В переходный период наиболее значимыми для государства становятся задачи:

- ◆ обеспечения государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи;
- ◆ совершенствования организации медицинской помощи.

Государственные гарантии по предоставлению гражданам РФ бесплатной медицинской помощи конкретизируются в федеральной программе, имеющей аналогичное название, в которой определены состав таких видов медицинской помощи и их объемы.

Задачи совершенствования организации медицинской помощи включают:

- ◆ развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения;
- ◆ перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный;
- ◆ сокращение длительности госпитального этапа лечения больных;
- ◆ широкое использования дневных форм пребывания пациентов в стационарах;
- ◆ возрождение межрегиональных и межрайонных специализированных медицинских центров;
- ◆ развитие института врача общей (семейной) практики;
- ◆ внедрение стандартов диагностики и лечения пациентов;
- ◆ развитие службы материнства и детства и др.

Эти задачи конкретизируются в Концепции и других программных и нормативно-методических документах по вопросам здравоохранения, утвержденных Правительством РФ. Например, в Концепции предусматривалось:

- ◆ оказание медицинской помощи населению начиная с 1998 года должно проводиться в рамках программ государственных гарантий по обеспечению бесплатной медицинской помощи;
- ◆ осуществление в течение 1997-1999 годов структурных преобразований в отрасли: проведение реструктуризации стационарной помощи с одновременным развитием амбулаторно-поликлинических учреждений и созданием в них дневных стационаров и стационаров на дому; внедрение института общей врачебной практики.
- ◆ введение в 1998 году стандартизации медицинских услуг, регламентации обеспечения больниц и поликли-

- ник лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой;
- ♦ завершение к 1999 году работы по реорганизации и устраниению дублирования в деятельности федеральных учреждений здравоохранения, в том числе ведомственных.

Эти задачи, хотя и остаются сформулированными в недостаточно конкретном виде, тем не менее уже могут рассматриваться в качестве тех целей системы здравоохранения, по степени достижения которых можно оценивать управляемость системы здравоохранения.

В реализации Концепции есть ряд серьезных результатов. Прежде всего в конце 1998 г. была принята федеральная программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий). В 1999 г. она была вновь рассмотрена и утверждена правительством. Принят ряд федеральных целевых программ.

Но большая часть из того, что намечалось сделать в течение 1997-1999 гг., не сделана. На основе федеральной программы государственных гарантий должны были быть разработаны соответствующие территориальные программы во всех субъектах РФ. Однако к началу 2000 г. территориальные программы государственных гарантий были разработаны не во всех субъектах РФ (в 70 из 89) (*Шевченко, 2000, с. 49*).

Некоторые изменения в структуре медицинского обслуживания происходят. В частности увеличивается объем медицинской помощи, предоставляемой в стационарах дневного пребывания. Но масштабы этой помощи остаются пока еще скромными. В 1999 г. в дневных стационарах пролечено 5,3% от общего числа стационарных больных.

Во многих территориях по-прежнему основная часть финансовых средств направляется на содержание дорогостоящих видов медицинской помощи, вместо развития поликлиник и

организации в них стационаров дневного пребывания. При этом имеющиеся больничные мощности используются недостаточно эффективно. Так, среднегодовая занятость койки в 1999 году составляла лишь 307 дней.

#### ТАБЛИЦА 5.1

##### **Показатели интенсивности использования больничных мощностей**

	1970	1985	1990	1995	1999
Средняя занятость больничной койки в году, дней	321	322	289	303	307
Средняя длительность госпитализации, дней	16	17,0	16,6	16,8	15,8

Источник: Кравченко Н.А., Поляков И.В., 1998, с. 63; Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000, с. 128.

Успехи во внедрении института врачей общей практики пока весьма скромные. В начале 2000 г. в России работало только около 1100 общих врачебных практик (*Шевченко, 2000, сс. 20-21*), в то время как количество амбулаторно-поликлинических учреждений составляет 21 тысячу. И этот процесс идет очень неравномерно по регионам.

Как было отмечено на заседании коллегии Минздрава 28 сентября 1999 г. при обсуждении реализации программы государственных гарантий, процессы реструктуризации отрасли идут крайне медленно (*Щетинина, 1999*).

В последние годы происходит рост материальной оснащенности медицинских учреждений, но никто не контролирует эффективность использования медицинского оборудования. Известны многочисленные факты приобретения за счет бюджетных средств дорогостоящего медицинского оборудования, которое затем длительное время не устанавливается в ЛПУ, либо используется с низкой нагрузкой.

Таким образом, степень достижения целей, которые государство ставит перед системой здравоохранения, невысока.

Проанализируем потенциальную способность существующей системы управления обеспечить достижение таких важнейших в переходный период целей, как реализация конституционных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению и повышение эффективности использования ресурсного потенциала отрасли на основе структурной перестройки системы медицинского обслуживания.

### **5.3. Ресурсы и механизмы управления федерального центра**

#### *5.3.1. Ресурсы федерального центра для управления здравоохранением*

Понятие *федеральный центр* будет использоваться далее для обозначения совокупности федеральных органов власти и иных организаций, осуществляющих определенные функции управления в сфере здравоохранения.

В демократическом государстве возможности федерального центра воздействовать на остальных субъектов в системе здравоохранения зависят от тех административных, экономических, информационных и иных ресурсов, которыми он располагает.

К числу таких ресурсов федерального центра следует отнести:

1) Властные (административные) ресурсы:

- ◆ установление стандартов и нормативов, обязательных к исполнению;
- ◆ стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней;
- ◆ стандарты изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- ◆ стандарты оснащения медицинских учреждений оборудованием;
- ◆ формуляры лекарственных средств;

- ◆ стандарты качества лекарственных средств (фармако-пейные статьи, содержащие перечень показателей и методов контроля качества лекарственного средства) и информационные стандарты в сфере обращения лекарственных средств;
- ◆ санитарно-эпидемиологические правила и нормативы;
- ◆ нормативы объемов медицинской помощи;
- ◆ подушевые нормативы финансирования здравоохранения, обеспечивающие предоставление гарантированных объемов медицинской помощи;
- ◆ нормативы минимальной бюджетной обеспеченности;
- ◆ установление порядка использования бюджетных средств и средств ОМС.

2) Мощности федеральных медицинских учреждений.

3) Средства федерального бюджета, выделяемые на финансирование целевых программ в области здравоохранения.

4) Средства, аккумулируемые в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования<sup>21</sup>.

5) Субвенции (трансферты) из Федерального фонда финансовой поддержки субъектов РФ.

6) Информационные ресурсы.

7) Ресурсы развития кадрового потенциала (подготовка кадров).

В сравнении с прежней административной системой управления федеральный центр обладает существенно меньшими властными полномочиями. Но федеральный центр может использовать другие указанные выше виды ресурсов, передавая их регионам в обмен на реализацию ими политики, обеспечивающей достижение целей Концепции.

---

<sup>21</sup> Основным источником средств ФФОМС является часть взносов работодателей на ОМС своих работников. До настоящего времени в ФФОМС направлялась часть, эквивалентная 0,2% из общего тарифа взноса на ОМС, равного 3,6% начисленного фонда заработной платы.

Используя данные за 1998 г., оценим размер финансовых ресурсов, которые федеральный центр мог использовать для целенаправленного влияния на политику регионов в области здравоохранения. Средства, предусмотренные на финансирование федеральных целевых программ в области здравоохранения, составили в утвержденном федеральном бюджете на 1998 г. 0,6 млрд.руб. Расходы ФФОМС на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС и на выполнение целевых программ ФФОМС по оказанию медицинской помощи составили в 1998 г. 1,2 млрд.руб. До настоящего времени трансферты субъектам РФ из федерального бюджета выделялись единой суммой без разбиения по направлениям ее использования. Можно примерно оценить часть трансфертов, приходящуюся на финансирование расходов бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, принимая в качестве допущения, что эта часть пропорциональна доле расходов на здравоохранение в непроцентных расходах региональных бюджетов. Такая оценка дает величину, равную 5,9 млрд. руб. в 1998 г.

Если просуммировать все вышеуказанные финансовые ресурсы, то по данным за 1998 г. их можно оценить в размере, равном 9% от расходов субъектов РФ на здравоохранение (рассчитанных как суммы бюджетных расходов и средств ОМС). Если же ограничиться сопоставлением лишь бюджетных расходов, то сумма средств, выделенных на федеральные целевые программы, и средств Федерального фонда финансовой поддержки субъектов РФ эквивалентна 11% расходов на здравоохранение бюджетов субъектов РФ.

Это не слишком высокая доля, но с другой стороны, было бы неправильно квалифицировать ее как незначимую для стимулирования регионов в решении приоритетных задач государственной политики в сфере здравоохранения. Финансовые ресурсы федерального центра, введение стандартов лечения, ориентирующих на прогрессивную структуру оказания меди-

цинской помощи, установление финансовых нормативов, обязательных для применения в межбюджетных отношениях, использование мощностей федеральных медицинских учреждений для реализации территориальных программ здравоохранения и др. – то есть, ресурсы федерального центра, рассматриваемые в совокупности, позволяют ему оказывать результативное влияние на систему здравоохранения в переходный период.

### *5.3.2. Механизмы управления, используемые федеральным центром*

*Использование властных ресурсов.* Федеральный центр в лице Минздрава достаточно активен в разработке и утверждении стандартов диагностики и лечения больных по многим классам болезней. Однако работа по подготовке современных стандартов (протоколов) лечения, которые могут служить для однозначного определения необходимых затрат на лечение соответствующих заболеваний, еще только начата (Вялков, 1999, сс. 22-25).

Положение дел с утверждением финансовых нормативов гораздо хуже. Главным препятствием здесь была позиция Минфина РФ. На федеральном уровне не применялись механизмы финансового регулирования для решения задач обеспечения государственных гарантий и задач структурной перестройки.

Таким образом, имеющиеся у федерального центра властные ресурсы для управления системой здравоохранения использовались недостаточно.

*Использование мощностей федеральных медицинских учреждений.* За счет бюджетных средств, выделяемых Минздраву РФ, осуществляется финансирование его собственных научно-исследовательских институтов и НИИ Российской Академии медицинских наук (в части финансирования клинической деятельности), научных центров и клиник медицинских

образовательных вузов. В 1998 г. насчитывалось 236 таких лечебно-профилактических учреждений федерального подчинения, в которых имелось 62 тысячи коек, что составляет почти 4% коекного фонда страны<sup>22</sup>.

Вплоть до 2000 г. субъектам РФ приходилось платить за каждого больного, направляемого в федеральные специализированные медицинские учреждения Минздрава и РАМН. Между тем их деятельность финансируется из федерального бюджета, и все регионы имеют равное право на пользование этими учреждениями. Субъекты РФ справедливо ставили вопрос о необходимости выделения им определенных квот для бесплатного лечения больных в федеральных клиниках. Установление таких квот можно было использовать в качестве инструмента влияния на регионы в решении задач реструктуризации здравоохранения. Однако лишь в 2000 г. Минздрав России определил порядок установления таких квот.

Наряду с медицинскими учреждениями, подведомственными Минздраву РФ, в стране около 15% всех амбулаторных учреждений и 6% стационарных учреждений принадлежит различным федеральным министерствам и ведомствам и финансируется из их бюджетов. На долю ведомственного здравоохранения приходится около 10% численности медицинского персонала и 6% всего коекного фонда.

У субъектов РФ и муниципальных образований реально существуют потребности в координации деятельности региональных и муниципальных систем с деятельностью ведомственных ЛПУ, расположенных на их территории. Такая координация осуществляется самими субъектами РФ путем заключения соглашений между ТФОМС и ведомственными ЛПУ об их участии в реализации территориальных программ ОМС. Между тем вышеуказанный интерес субъектов РФ мож-

---

<sup>22</sup> Вялков, Щепин и др., 2000, сс. 20, 29; Российский статистический ежегодник: Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1999, с. 217.

но было бы использовать для воздействия федерального центра на политику субъектов РФ и муниципальных образований в целях решения задач Концепции. Однако на практике этого не происходит, и данный ресурс управления используется федеральным центром очень слабо. Федеральный центр ограничил свои устремления лишь принятием Минздравом РФ совместно с ФФОМС в 1999 г. рекомендаций о порядке привлечения ведомственных медицинских учреждений для выполнения территориальных программ ОМС. Взаимодействие между федеральными ведомствами и региональными органами здравоохранения по поводу использования ведомственных ЛПУ является эпизодическим.

*Федеральные целевые программы.* До 2000 г. имелось 9 федеральных целевых программ в сфере здравоохранения: «Сахарный диабет», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом», «Вакцинопрофилактика», «Высокие медицинские технологии», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Совершенствование и развитие Всероссийской службы медицины катастроф», «Дети России» (раздел «Безопасное материнство»), «Развитие медицинской промышленности», «Медико-санитарное обеспечение развития современного этапа развития ядерно-энергетического комплекса и других особо опасных производств». В 2000 г. из числа федеральных программ были исключены «Высокие медицинские технологии» и «Совершенствование и развитие Всероссийской службы медицины катастроф»

К сожалению, при использовании средств в рамках этих целевых программ преобладает ориентация на решение краткосрочных задач и оказание помощи регионам прежде всего в экстраординарных условиях. Между тем содействие структурным сдвигам требует последовательной политики, продуманной в долгосрочной перспективе.

Механизм реализации федеральных целевых программ предусматривает, что субъекты РФ будут участвовать в их реализации, приняв и финансируя аналогичные территориальные

целевые программы. По состоянию на начало 1999 г. в 15 субъектах Федерации не были приняты территориальные программы по борьбе с туберкулезом, в 27 субъектах – программы «Сахарный диабет». То есть, федеральные целевые программы недостаточно стимулируют создание аналогичных целевых программ во всех субъектах РФ. Это свидетельствует об изъянах в механизмах разработки и реализации этих программ.

*Использование средств ФФОМС.* Средства ФФОМС предназначены для выравнивания условий финансирования территориальных программ ОМС. Эти средства составляли всего 0,05% ВВП, что очень незначительно для решения такой задачи. Но это были «живые» деньги, а не бартерные поставки налогоплательщиками своей продукции в засчет задолженности по уплате обязательных страховых взносов. Получение реальных денег, а не прав на получение товаров и услуг по бартерным взаимозачетам, было очень значимо для регионов.

*Трансферты из федерального бюджета в бюджеты субъектов РФ.* При расчете величины трансфертов производится оценка потребностей регионов в финансировании здравоохранения. Но при утверждении размеров трансфертов в них не выделяются целевые составляющие (на здравоохранение, на образование и т.д.). Порядок использования субъектами РФ полученных федеральных трансфертов не контролируется.

До последнего времени методика оценки необходимых расходов на здравоохранение в бюджетах субъектов РФ, применяемая для расчета значений трансфертов, была основана на принципах, противоположных приоритетам государственной политики в области здравоохранения. Базой для оценки расходов на здравоохранение служили затраты на содержание существующей сети ЛПУ. Очевидно, это идет вразрез с задачами реструктуризации здравоохранения и переноса части объемов стационарной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинический сектор. Таким образом, трансферты из феде-

рального бюджета в бюджеты субъектов РФ не использовались и не могли использоваться как средство решения задач Концепции.

*Информационные ресурсы* используются федеральным центром для стимулирования инноваций в организации медицинской помощи населению. Но интервью с работниками региональных органов здравоохранения свидетельствуют, что регионы хотели бы получать от федерального центра больше информации, методических разработок, рекомендаций.

*Подготовка кадров* очень важна для развития кадрового потенциала, способного к нововведениям в организации здравоохранения и к работе в новых условиях. Но представляется весьма сложным использовать этот ресурс в качестве средства стимулирования регионов к осуществлению структурных сдвигов в организации здравоохранения в течение всего лишь нескольких лет.

*Программа государственных гарантий.* Данная программа, конкретизируя государственные обязательства по представлению определенных объемов медицинской помощи населению, является одновременно инструментом для осуществления структурных сдвигов в системе здравоохранения.

Для реализации программы государственных гарантий необходимо использование всех ресурсных возможностей, которыми обладает федеральный центр. Но сейчас в программе установлены только натуральные показатели объемов медицинской помощи. Отсутствуют финансовые показатели.

Следует отметить, что принятие такой программы не было однозначно поддержано всеми региональными органами здравоохранения. Суть критики сводилась к следующему:

- ◆ количественные показатели программы определены без должного учета реальной ситуации в регионах;

- ◆ не вполне ясен смысл разработки и утверждения правительством программы, которая не обеспечена финансовыми ресурсами.

Такая критика свидетельствует о недостаточности тех форм взаимодействия с регионами, которые были использованы Минздравом и ФФОМС в процессе разработки программы. Работники территориальных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС имели возможность обсудить проект программы на нескольких совещаниях с большим числом приглашенных, а также направить в Минздрав и ФФОМС свои письменные предложения. Очевидно, что помимо этих форм нужны были и иные механизмы, обеспечивающие непосредственное участие представителей территорий в подготовке программы.

В качестве механизма реализации утвержденной правительством федеральной программы государственных гарантий было решено использовать механизм заключения трехсторонних соглашений о взаимодействии между Минздравом, ФФОМС и органами исполнительной власти субъектов РФ по вопросам организации медицинской помощи. Предметом соглашения является предоставление региону средств в рамках целевых программ, финансируемых из федерального бюджета, квот на бесплатное лечение в федеральных клиниках и субсидий ФФОМС в обмен на принятие субъектом РФ территориальной программы государственных гарантий, соответствующей федеральной программе, и обязательств провести соответствующие структурные преобразования в системе здравоохранения.

Отметим еще раз, что рассчитанные Минздравом показатели сокращения объемов стационарной помощи и перенесения части необходимой помощи в амбулаторно-поликлинический сектор, а также рассчитанные стоимостные показатели очень часто воспринимались регионами как нереалистичные. Но в ходе переговоров удавалось достичь согласия

о значениях соответствующих показателей, весьма близких к тому, что изначально предлагал Минздрав. Тем не менее уже в начале весны 1999 г. активность федеральных органов по заключению таких соглашений ослабла. Связано это было с приостановкой по политическим причинам процесса заключения соглашений о разделении компетенции между Российской Федерацией и ее субъектами. К марта 2000 г. трехсторонние соглашения были подписаны только с 14 субъектами РФ, 24 соглашения были готовы к подписанию, еще 14 находилось в стадии согласования (*Шевченко, 2000, с. 49*).

Механизм соглашений с субъектами РФ оказался ненадежным. Он сильно зависит от приходящих политических обстоятельств взаимоотношений между регионами и федеральным центром по широкому кругу вопросов.

*Согласованность политики федеральных органов во взаимодействии с регионами.* В управлении здравоохранением на федеральном уровне помимо Министерства здравоохранения принимают участие Министерство финансов, Министерство экономического развития и торговли (в прошлом – Министерство экономики), Министерство труда и социального развития, целый ряд министерств и ведомств, имеющих собственные медицинские организации, ФФОМС. Имеющихся у Минздрава РФ полномочий недостаточно для того, чтобы обеспечивать эффективную координацию политик разных ведомств. Если взаимодействие между Минздравом и ФФОМС является конструктивным, то отношения Минздрава с другими ведомствами до последнего времени складывались иначе.

Наибольшее количество проблем в координации действий федеральных органов власти при формировании и реализации государственной политики по вопросам здравоохранения было связано с позицией Министерства финансов России (*Семенов, 1999*). Оно активно вмешивалось в процесс реализации программы государственных гарантий по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи, инвестиционных про-

грамм, пытаясь реализовать свои представления о порядке расходования бюджетных средств. Минфин России определял свои приоритеты зачастую без консультаций с Минздравом России, Минэкономики России, ФФОМС в ущерб задачам реструктуризации медицинской помощи, повышения эффективности использования ресурсного потенциала отрасли. Например, Минфин настаивал на использовании бюджетных средств в первую очередь на выплату заработной платы работникам федеральных медицинских учреждений. Это стимулировало сохранение штатов работников данных учреждений, в то время как количество больных в федеральных клиниках уменьшалось, а материальные условия их лечения ухудшились.

Следует констатировать, что федеральный центр не выступает как единый субъект государственной политики в области здравоохранения. Отсутствует согласованное использование имеющихся на федеральном уровне ресурсов для решения задач обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения и реструктуризации системы здравоохранения.

### *5.3.3. Ресурсы и механизмы управления Минздрава РФ*

Центральная роль в организации использования имеющихся у федерального центра ресурсов для целенаправленного управления системой здравоохранения принадлежит Минздраву РФ. На этот федеральный орган возложена ответственность за разработку основ государственной политики в области здравоохранения. Какие же ресурсы имеются в распоряжении собственно Минздрава РФ? Для решения задач обеспечения государственных гарантий и реструктуризации здравоохранения федеральное министерство может использовать следующие ресурсы:

- ◆ разработка стандартов диагностики и лечения, оснащения медицинских учреждений оборудованием, стандартов изделий медицинского назначения и медицин-

ской техники, лекарственных средств, нормативов объемов медицинской помощи;

- ◆ мощности федеральных медицинских учреждений, финансируемых за счет бюджетных средств, выделенных Минздраву;
- ◆ федеральные целевые программы в области здравоохранения;
- ◆ информационные ресурсы;
- ◆ ресурсы развития кадрового потенциала.

Рассмотрим подробнее возможности использования Минздравом властных ресурсов.

Минздрав вправе разрабатывать нормативы и стандарты в области здравоохранения, включая медицинскую помощь и фармацевтическую деятельность. Однако существуют значительные сложности с согласованием финансовых нормативов (с Минфином) и с регистрацией нормативных актов, издаваемых Минздравом, в Минюсте. Их часто не регистрируют по формальным признакам – подготовленные Минздравом документы квалифицируются как не соответствующие компетенции Минздрава. В частности, Минздраву отказывают в утверждении типовых положений о ЛПУ и т.п.

Контроль Минздрава за соблюдением установленных им стандартов уже слабее. Достаточно действенным является санитарно-эпидемиологический контроль. В структуре Минздрава РФ существует самостоятельная служба государственного санитарного контроля (Госсанэпиднадзор), которая ответственна за эпидемическую и санитарную безопасность страны. Эта служба сохранила административную вертикаль управления. В каждом субъекте РФ имеется территориальный орган Госсанэпиднадзора, находящийся в подчинении Минздрава РФ.

Контроль за остальными видами стандартов возложен на регионы. Минздрав устанавливает стандарты, но не имеет возможности проконтролировать многие из них.

Следует констатировать, что остальные ресурсы, имеющиеся в распоряжении Минздрава, недостаточны для того, чтобы решить задачи обеспечения государственных гарантий и реструктуризации здравоохранения. Минздрав сильно ограничен в применении методов административного принуждения по отношению к территориальным органам здравоохранения и имеет мало финансовых ресурсов для использования экономических методов управления.

К числу механизмов координационного управления, используемых или намечаемых к использованию Минздравом, относятся:

- ◆ Расширенные заседания Коллегии Минздрава по итогам года с участием руководителей органов управления здравоохранением и директоров фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и Всероссийские совещания этих руководителей. В 1997-1999 гг. состоялось три таких совещания. Эти мероприятия являются весьма важными механизмами координации политики субъектов управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях. Но такого рода большие собрания недостаточно эффективны для конструктивной работы.
- ◆ Заключение соглашений с межрегиональными медицинскими ассоциациями о совместной деятельности по дальнейшему развитию и реформированию здравоохранения.
- ◆ Разработка тройственных соглашений между Минздравом, ФФОМС и администрациями субъектов РФ.
- ◆ Заслушивание руководителей региональных органов здравоохранения на коллегиях Минздрава. Это была традиционная форма управления в административной системе, которая сейчас превратилась в инструмент главным образом социально-психологического воздействия.

- ◆ Определение базовых территорий для отработки механизмов реализации Концепции развития здравоохранения. Здесь Минздрав опирается главным образом на привлечение западной технической помощи (проекты Tacis, USAID) и кредитов Всемирного банка. Но это ресурс управления был очень ограничен, а перечень базовых территорий небольшим.

#### *5.3.4. Управляемость системы здравоохранения на федеральном уровне*

Конституция РФ и законодательство о местном самоуправлении существенно ограничивают в настоящее время возможности использования административных методов управления для координации действий участников системы здравоохранения «по вертикали». Однако нет достаточных оснований для вывода о том, что существующее разделение компетенции между федеральными и региональными органами власти в области здравоохранения не соответствует задачам управления здравоохранением в федеративном государстве в переходный период.

Из числа этих задач важнейшей является обеспечение государственных гарантий медицинского обслуживания населения. Главной проблемой здесь является разрыв между этими гарантиями и возможностями государства их финансово обеспечить. Но основные препятствия к ее решению лежат вне системы управления здравоохранением:

- ◆ гарантии не пересматриваются из-за высоких политических издержек;
- ◆ размер средств, аккумулируемых в ФФОМС, слишком мал для полноценного выравнивания финансовых ресурсов регионов для обеспечения программы государственных гарантий, возможности его увеличения зависят от соотношения сил центральных и региональных политических элит;

- ◆ субъекты РФ противятся выделению в составе трансфертов из федерального бюджета целевых компонентов, в частности трансфертов на финансирование программы государственных гарантий, которые могли бы стать инструментом управления региональными системами здравоохранения со стороны федерального центра.

Легко убедиться, что гипотетическое расширение властных полномочий Минздрава России по отношению к региональным органам здравоохранения никоим образом эти препятствия не ликвидирует. Расширение властных полномочий ФФОМС по отношению к ТФОМС могло бы, правда, улучшить ситуацию, но заведомо недостаточно для решения проблемы дисбаланса в целом.

Второй важнейшей задачей является реструктуризация системы здравоохранения и повышение ее эффективности. Решение данной задачи зависит как раз от согласованности действий органов управления здравоохранением разных уровней. Здесь действительно возникают проблемы и у федерального центра, и у Минздрава, и у региональных органов здравоохранения в обеспечении такой координации с нижестоящими уровнями. Но «недостаток» властных полномочий федерального центра не является единственной причиной этих проблем. Ресурсы, которыми обладают и федеральная власть и региональные власти, достаточны для продвижения в решении задачи реструктуризации, применяя для этого экономические методы управления, то есть заключая взаимовыгодные договора. Но ресурсы, которыми обладает федеральный центр в целом и Минздрав, в частности, плохо мобилизованы для целенаправленного управления процессом реструктуризации. Налицо низкая управляемость системы здравоохранения со стороны федерального центра.

На практике руководители федерального правительства и чиновники аппарата правительства продолжают воспринимать

Минздрав как орган, ответственный за положение дел во всей системе здравоохранения. Это рецидивы сознания, адекватного вертикальной административной системе управления здравоохранением. Такие представления о роли центрального органа управления здравоохранением и соответствующие ожидания, сочетаясь с ограниченностью ресурсов управления, которыми обладает Минздрав, порождают и закрепляют практику управления системой здравоохранения со стороны Минздрава по принципу «тушения пожаров».

Такими «пожарами» выступают:

- ◆ эпидемии;
- ◆ проблемы с лекарственным обеспечением: принятие экстренных мер по стабилизации обеспечения учреждений здравоохранения и населения страны лекарственными средствами;
- ◆ проблемы, ставшие достоянием средств массовой информации, и т.п.

Эта практика оставляет совсем мало времени и ресурсов для политики, направленной на решение долгосрочных задач, таких как реструктуризация системы медицинского обслуживания населения. Аналогичная ситуация воспроизводится и на региональном уровне.

#### **5.4. Управляемость системы здравоохранения на региональном уровне**

##### *5.4.1. Ресурсы регионального уровня управления*

Анализ зарубежного опыта организации управления здравоохранением показывает, что для эффективной работы отрасли здравоохранения не столь важно, какими возможностями обладают федеральные (центральные) органы власти. Система здравоохранения может быть управляемой и при сильном, и при слабом федеральном центре. Не столь важно, кто сильнее: центр или регионы. Более важна управляемость системой

здравоохранения на региональном уровне. Заведомо плохим является лишь случай, когда и федеральный центр слаб, и региональный уровень слаб, а муниципальные образования автономны в проведении политики здравоохранения.

Региональный уровень управления и, в частности, региональный орган здравоохранения обладает большими возможностями управлять системой здравоохранения субъекта РФ в сравнении с возможностями федерального центра и Минздрава РФ управлять национальной системой здравоохранения. Правда, в сравнении с федеральным центром у региональных властей меньше прав в области стандартизации, и они не могут устанавливать правила лицензирования. Но в отличие от федерального центра, региональный уровень управления имеет весомый финансовый ресурс – средства территориального фонда ОМС (ТФОМС). В целом по стране средства, аккумулируемые в ТФОМС, соотносятся с расходами региональных и местных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение (за вычетом платежей из этих бюджетов на ОМС работающего населения) как 35: 65 по данным 1999 г.

Региональный орган здравоохранения имеет значительные возможности влиять на деятельность муниципальных систем здравоохранения в тех районах, которые получают трансферты из регионального бюджета.

Как правило, в субъектах РФ сохраняются элементы традиционного административного управления в отношении таких районов. В некоторых субъектах РФ руководители муниципальных органов управления здравоохранением назначаются местными властями по согласованию с региональным органом управления здравоохранением.

В региональных администрациях общераспространенной является практика согласования с органом управления здравоохранением показателей расходов на здравоохранение из муниципальных бюджетов, которые служат основой для исчисления размеров межбюджетных трансфертов. Региональный

орган здравоохранения получает экономический ресурс для осуществления управляющих воздействий. Но используемые методы управления в основном являются воспроизведением методов, традиционно сложившихся в административной системе управления. Экономическая зависимость дотационных районов от регионального центра позволяет тому сохранить административные методы управления этими районами. Тем не менее, сфера применения административного регулирования сузилась по сравнению с прежней административной системой, и эти меры не срабатывают для решения задач глубокой реструктуризации муниципальных систем. Муниципальные власти противятся закрытию неэффективных ЛПУ и имеют возможность игнорировать желания региональных органов здравоохранения.

Нужно отметить, что соответствующие полномочия регионального органа здравоохранения очень часто не закреплены в нормативных документах. В отдельных регионах, например в Омской области, правовую базу сохранения административной вертикали управления составляют соглашения о разграничении полномочий, заключенные между областным органом управления здравоохранения, районной администрацией, органом управления здравоохранением района.

Нередко муниципальные образования договариваются о централизации бюджетных средств на закупку лекарств, предусматриваемых в трансферах. Здесь уже работают элементы договорных отношений, договорного управления. Закупка осуществляется для всех сразу путем проведения тендевров. Это позволяет сэкономить средства, точнее – купить больше лекарств на имеющиеся деньги. Это делают или пытаются делать во многих субъектах РФ. И пытаются это закрепить законодательно: региональными органами представительной власти принимаются акты, включающие положения о централизации в региональном бюджете части средств, предназначенных для финансирования муниципальных систем

здравоохранения. Иногда это относится не только к расходам на медикаменты. Так, в Омской области сельскими муниципальными образованиями было принято решение о централизации средств, предназначенных для выплаты заработной платы работникам муниципальных учреждений социальной сферы.

#### *5.4.2. Механизмы управления на региональном уровне*

Основные организационно-управленческие механизмы, используемые региональными органами здравоохранения:

- ◆ целевые программы, финансируемые на долевой основе региональным бюджетом и муниципальными бюджетами;
- ◆ расчет совместно с муниципальными органами здравоохранения показателей объемов и стоимости медицинской помощи, предоставляемой жителям муниципального образования в соответствии с программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью; во многих регионах это осуществляется в форме расчета муниципальных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи населению муниципальных образований;
- ◆ установление дифференцированных по муниципалитетам подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с программой государственных гарантий;
- ◆ подписание соглашений между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС, главами муниципальных образований по реализации объемов медицинской помощи, предусматриваемых программой государственных гарантий;
- ◆ регулярные отчеты глав местных администраций перед губернатором за реализацию программы государствен-

- ных гарантий (например, в Новгородской области – ежеквартально);
- ◆ совместные заседания коллегии регионального органа здравоохранения с руководителями муниципальных администраций; заслушивание руководителей муниципальных систем здравоохранения на заседаниях коллегии;
  - ◆ расширенные совместные заседания коллегии регионального органа здравоохранения и территориального центра госсанэпиднадзора;
  - ◆ выездные заседания коллегии;
  - ◆ создание коллегиального органа (медицинского совета и т.п.), в состав которого входят директора крупнейших медицинских институтов, директор областного департамента здравоохранения, руководители страховых компаний и территориального фонда обязательного медицинского страхования; в функции такого органа входит обсуждение целевых программ в области здравоохранения и других вопросов политики в области здравоохранения;
  - ◆ проведение конференции работников здравоохранения в районах, в работе которых принимают участие руководители и сотрудники регионального органа управления здравоохранением с обязательным присутствием руководителя района;
  - ◆ дни главного врача, главного врача ЦРБ, заместителя главного врача, врача-специалиста;
  - ◆ создание специализированных комиссий и советов (например, комиссий по профилактике заболеваний: онкологических, венерологических, гнойно-септических, туберкулеза, алкоголизма, наркомании и токсикомании, советов по лечебно-профилактической помощи);

- ◆ проведение семинаров с работниками муниципальных ЛПУ.

Таким образом, применяются в основном традиционные механизмы управления, которые использовались и при прежней административной системе управления. Взаимоотношения между региональным органом здравоохранения и муниципальными органами здравоохранения воспроизводят прежние, существовавшие в прошлом отношения административного управления. Хотя они и эволюционируют. Вместо согласования размеров финансирования (а они определялись в прошлом на основе сетевых показателей) и утверждения планов мероприятий района – формирование муниципального заказа, который фиксирует объемные показатели деятельности системы и показатели финансирования под эти объемы.

Но даже и традиционные механизмы административного принятия решений (например, решений коллегии) не дополняются развитой системой контроля за их реализацией. Отчасти это свидетельство ослабления возможностей административного регулирования. Потому и нет контроля, нет обратной связи, поскольку навязать муниципальным органам исполнение решений регионального органа стало труднее.

Договорные отношения в системе бюджетного финансирования не применяются. Региональные и муниципальные органы здравоохранения боятся заключать договора друг с другом и с ЛПУ, фиксировать в договорной форме свои обязательства, так как опасаются, что это может стать основанием для подачи исков в суд в случае недофинансирования ЛПУ. Правда, в некоторых регионах в самое последнее время внедряют практику заключения соглашений между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС, главами муниципальных образований по реализации объемов медицинской помощи, предусматриваемых программой государственных гарантий.

Разработка территориальных программ государственных гарантий на основе федеральной программы государственных

гарантий потребовала участия в этом процессе региональных органов управления здравоохранением, территориальных фондов ОМС, их филиалов, муниципальных органов здравоохранения. Это стимулировало развитие процедур планирования деятельности региональных и муниципальных систем здравоохранения, размеров их финансирования из разных источников и координации с этой целью действий различных органов.

Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом ОМС по согласованию с Министерством финансов РФ 16 октября 1998 г. утверждены Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Значение этого документа состоит в том, что предпринята попытка институционализировать процесс планирования региональных и муниципальных систем здравоохранения. Методические рекомендации содержат положения, характеризующие порядок разработки Территориальной программы государственных гарантий, ее согласования и утверждения, определяют роль в этом разных субъектов общественного финансирования здравоохранения.

В рассматриваемом документе предложена следующая процедура взаимодействия органов, осуществляющих функции управления здравоохранением на региональном и муниципальном уровнях. Орган управления здравоохранением субъекта РФ совместно с территориальным фондом ОМС разрабатывает рекомендуемые объемы медицинской помощи, финансовые нормативы, показатели ожидаемой стоимости территориальной программы государственных гарантий, проекты заказов учреждениям здравоохранения, расположенным на территории субъекта РФ. Проекты указанных документов в разрезе муниципальных образований направляются на согласование с органами исполнительной власти муниципальных образований.

В свою очередь проекты муниципальных заказов согласовываются с администрацией субъекта РФ. Согласованные проекты муниципальных заказов и заказы медицинским учреждениям на уровне субъектов РФ составляют территориальную программу государственных гарантий, утверждаемую администрацией субъекта РФ, после чего муниципальные заказы утверждаются главами местных администраций.

Отмечая несомненную положительную роль принятия названных методических рекомендаций во внедрении процедур финансового планирования системы здравоохранения, следует констатировать, что данный документ не имеет обязательной силы ни для субъектов РФ, ни для муниципальных органов власти. В процессе разработки территориальных программ региональные органы управления здравоохранением привлекли к процессу разработки программ муниципальные органы власти и территориальные фонды ОМС. Это делалось, как правило, на основе распоряжений руководителей администраций субъектов РФ. Между тем ни в федеральном, ни в региональном законодательстве не установлена обязанность муниципальных органов власти принимать участие в разработке территориальной программы государственных гарантий и утверждать согласованные с ней муниципальные программы или заказы.

Итак, внедряемый механизм планирования недостаточно подкреплен нормативно-правовой базой, а территориальные программы государственных гарантий не включают ряд важных элементов, в частности показателей оказания межтерриториальной медицинской помощи. Между тем ее масштабы существенны и требуют целенаправленного регулирования. Так, в Московской области объемы помощи, оказанной муниципальными ЛПУ для жителей других районов, составляли в середине 90-х годов 10-15% от общего объема медицинской помощи, предоставленной населению (Лябин и др., 1996).

### **5.4.3. Управляемость региональных систем здравоохранения**

Обычно региональный орган здравоохранения достаточно результативно влияет на текущую деятельность всех муниципальных систем здравоохранения, за исключением тех, которые не зависят от межбюджетных трансфертов и потому работают автономно. Это, как правило, региональные центры или крупные города на территории региона. Формально они согласовывают с региональным органом здравоохранения годовые планы основных направлений и организационных мероприятий. Но административных рычагов управления у регионального органа управления здравоохранением здесь нет.

Следует констатировать, что в настоящее время на уровне субъекта РФ управляемой является, как правило, лишь часть всей региональной системы здравоохранения. Но расширение властных полномочий регионального органа управления здравоохранением не является единственно возможным путем повышения управляемости региональной системой здравоохранения. Улучшение координации действий разных субъектов финансирования здравоохранения можно достичь, не представляя одному из них больше прав командовать другими, а развивая механизмы осуществления такой координации на основе совместного участия в планировании здравоохранения и реализации совместно разработанных планов, используя договорные отношения.

Управляющие воздействия со стороны регионального центра на муниципальные системы здравоохранения, в том числе и в тех городах, которые не зависят от межбюджетных трансфертов, можно обеспечить экономическими методами, используя средства ОМС. Но для этого необходимо согласованное планирование региональным органом здравоохранения и территориальным фондом ОМС показателей финансирования объемов медицинской помощи, оказываемой муниципальными системами здравоохранения и входящими в их состав ЛПУ. За

исключением нескольких субъектов РФ, такое согласованное планирование до недавнего времени нигде не осуществлялось.

Внедрение института территориальных программ государственных гарантий стимулирует органы здравоохранения и ТФОМС к большей координации своих действий. Но развитие сотрудничества и движение к формированию согласованной политики идет медленно. Во многих регионах руководители органов здравоохранения не могут найти общий язык с руководителями ТФОМС. Причины этого, разумеется, не в субъективных качествах лиц, принимающих решения, а в неразвитости и незакрепленности в законодательстве институтов координации действий различных субъектов общественного финансирования здравоохранения.

Результативность управления региональными системами здравоохранения зависит также и от качества методов, которые субъекты управления применяют, пользуясь имеющимися у них полномочиями. Рассматривая с этой точки зрения существующую управлеченческую практику, следует отметить, что даже в тех субъектах РФ, где региональный орган здравоохранения разрабатывает совместно с муниципальными органами планы работы муниципальных систем, муниципальные заказы и осуществляет оценку эффективности использования ресурсов муниципальными системами, все это происходит посредством взаимодействия с каждым муниципальным органом власти по отдельности. Объектом анализа и планирования не выступают межтерриториальные потоки пациентов, взаимодействие муниципальных систем здравоохранения друг с другом. Типичной ситуацией является отсутствие анализа эффективности использования ресурсов в масштабах всего региона, анализа альтернативных вариантов организации медицинской помощи, потоков пациентов.

Особенностью системы управления здравоохранением во многих регионах является наличие двух типов муниципальных образований: город, являющийся отдельным муниципальным

образованием, и сельский район вокруг этого города, являющийся другим муниципальным образованием. Медицинские учреждения города используются для предоставления медицинской помощи жителям сельского района. Однако практически во всех регионах не осуществлялось согласованного для таких муниципальных образований планирования объемов медицинской помощи, предоставляемой городскими медицинскими учреждениями сельским жителям. Лишь в самое последнее время в отдельных регионах вводятся формы такого планирования.

Наименее управляемыми в масштабах региона являются изменения в сети ЛПУ. Местные власти, как правило, не согласовывают с региональным органом управления здравоохранением структуру муниципальных ЛПУ и на практике очень часто принимают решения, противоречащие задачам реструктуризации здравоохранения. Попытки административным путем рационализировать сеть ЛПУ нигде не увенчались успехом.

У муниципальных руководителей свои интересы – интересы сохранения и упрочения своей собственной политической власти. Поэтому они стремятся сохранить и расширить мощности муниципальных объектов здравоохранения, независимо от экономической целесообразности этого с точки зрения системы здравоохранения региона. Как правило, местные власти противятся закрытию или перепрофилированию экономически неэффективных участковых больниц и фельдшерских пунктов. Нередко осуществляется строительство новых больничных корпусов несмотря на то, что имеющиеся мощности полностью не используются. Распространенной является ситуация, когда городские власти открывают новые специализированные отделения в своих клиниках, создают специализированные медицинские центры, хотя аналогичные мощности уже имеются в составе региональных медицинских учреждений. И наоборот, идет неупорядоченное закрытие параллельных отделений

одного и того же профиля в городских и областных ЛПУ. В результате, в одних случаях имеется дублирование отдельных видов медицинской помощи, а в других – нехватка необходимых учреждений или отделений.

Такие действия муниципальных властей объясняются прежде всего политическими соображениями. Но наряду с этим нельзя не отметить, что федеральные и региональные концептуальные документы, содержащие задачи реструктуризации, являются для муниципальных руководителей «чужими» документами. Их мнение всерьез не учитывалось при разработке соответствующих концепций.

## **Глава 6. Сочетание бюджетного и страхового финансирования медицинской помощи**

### **6.1. Причины дифференциации региональных моделей финансирования здравоохранения**

Переход к системе обязательного медицинского страхования декларировался в качестве главной задачи реформирования здравоохранения в России в 90-е годы. Однако введение системы ОМС оказалось частичным. Замещение бюджетного финансирования медицинских организаций страховым финансированием было начато, но не завершено. Органы управления здравоохранением и местные органы власти продолжают финансировать деятельность медицинских учреждений наряду с фондами ОМС (см. рис. 6.1).

В результате медицинская помощь, предоставляемая населению в соответствии с базовой программой ОМС, финансируется как за счет средств ОМС, аккумулируемых в территориальных фондах ОМС, так и за счет бюджетных ассигнований, которыми распоряжаются органы управления здравоохранением. В субъектах РФ применяются разные схемы сочетания этих каналов финансирования медицинских организаций. Эти схемы формировались под сильным воздействием специфичных для каждого субъекта РФ политико-экономических условий.

Непосредственными причинами дифференциации региональных схем сочетания бюджетного и страхового финансирования здравоохранения стали следующие:

- низкий размер установленных взносов работодателей на ОМС и сокращение бюджетных расходов предопределили использование средств ОМС лишь для частичного покры-

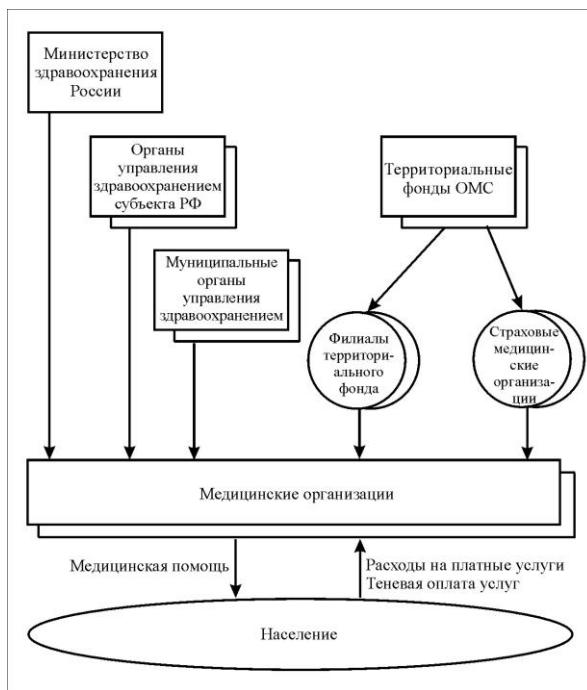
- тия расходов на оказание медицинской помощи населению, предусмотренной базовой программой ОМС;
- отсутствовал единый подход к определению последовательности введения элементов медицинского страхования; не была проработана нормативная база, определяющая порядок перехода от бюджетной к страховой системе финансирования, разграничение прав и ответственности старых и новых субъектов общественного финансирования здравоохранения и порядок взаимодействия между ними;
  - в законодательстве не были специфицированы обязанности органов власти субъектов РФ и органов местного самоуправления по осуществлению платежей за неработающее население в систему ОМС; не была установлена ответственность этих органов за введение системы ОМС; в свою очередь органы управления здравоохранением субъектов РФ и органы власти муниципальных образований стремились как можно дольше сохранить за собой контроль за распределением финансовых ресурсов и не передавать их в систему ОМС;
  - со стороны федеральных органов власти отсутствовал надлежащий контроль за осуществлением преобразований, предусмотренных законом о медицинском страховании.

Помимо отмеченных выше обстоятельств, важным фактором, определившим региональные различия во внедрении ОМС, стали различия вправленческом потенциале органов управления здравоохранением. В тех регионах, где проводился с 1989 г. эксперимент, замена старой системы финансирования на новую происходила успешнее, поскольку уже был накоплен опыт реформирования, и управленические работники, руководители ЛПУ, экономисты были более подготовлены к применению новых механизмов финансирования здравоохранения и новых методов оплаты медицинской помощи. В этих регионах работники органов здравоохранения переходили на работу в территориальные фонды, управленческий потенциал которых

оказывался довольно высоким. Напротив, там, где работники органов управления здравоохранением и руководители ЛПУ были менее готовы к освоению новых экономических механизмов, внедрение системы ОМС шло медленнее. В большей части субъектов РФ управленческий потенциал фондов ОМС, создававшихся «на пустом месте», был невысок. Соответственно фонды слабо выполняли функции развития системы ОМС. Многое определялось раскладом сил на местах, уровнем осознания чиновниками новых возможностей, которые открывала перед ними реформа.

РИС. 6.1.

### Финансирование медицинской помощи в бюджетно-страховой системе



## **6.2. Типология региональных бюджетно-страховых моделей**

При описании различий между регионами в организации финансирования здравоохранения внимание в существующих публикациях обычно концентрируется на особенностях организационной структуры системы ОМС в субъектах РФ. С этой точки зрения можно выделить три типа региональных моделей:

1. Регионы, в которых страхованием населения в системе ОМС занимаются исключительно страховые медицинские организации.
2. Регионы, в которых функции страховщиков в системе ОМС выполняют территориальные фонды ОМС и их филиалы.
3. Регионы, в которых функции страховщиков выполняют и страховые медицинские организации и филиалы территориальных фондов ОМС.

По данным на 1998 г., в 39 субъектах РФ функции страховщиков выполняли исключительно страховые компании, в 26 – только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 23 – и те, и другие (*Гуцаленко, Таранов, 1999, с. 6*).

Что же касается различий в сочетаниях элементов системы бюджетного финансирования здравоохранения и системы ОМС, то их систематизация не проводилась.

Далее различные варианты сочетания элементов системы бюджетного финансирования здравоохранения и элементов системы ОМС будем называть *бюджетно-страховыми моделями финансирования здравоохранения*.

Под *средствами ОМС* будем понимать средства, фактически аккумулируемые в территориальных фондах ОМС (и их филиалах): взносы работодателей на ОМС работающего населения, реальные платежи из бюджетов на ОМС неработающего населения, доходы от использования резервов и временно свободных средств фондов ОМС.

Для характеристики различных существующих бюджетно-страховых моделей принципиальными являются следующие признаки:

- виды медицинской помощи, финансируемые за счет средств ОМС и за счет бюджетных средств;
- состав затрат медицинских организаций, которые возмещаются за счет средств ОМС, и которые финансируются за счет прямых бюджетных ассигнований;
- органы, выполняющие функции страхователей неработающего населения, и источники осуществления платежей на ОМС неработающего населения;
- характер взаимодействия органов управления здравоохранением субъекта РФ и территориального фонда ОМС.

В начальный период внедрения ОМС различия между региональными бюджетно-страховыми моделями наблюдались также и по охвату системой ОМС муниципальных систем здравоохранения в рамках субъекта РФ. Во многих субъектах РФ введение ОМС осуществлялось не сразу на всей территории, а лишь в части муниципальных образований. К концу 90-х годов в систему ОМС включены почти все муниципальные системы здравоохранения, и различия между регионами по этому признаку незначимы с позиций рассмотрения разных моделей бюджетно-страхового финансирования.

Проанализируем различия между существующими региональными бюджетно-страховыми моделями по выделенным выше признакам.

Различия в перечне видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств ОМС и за счет бюджетных ассигнований

Введение ОМС практически нигде не было разовой акцией. Разные регионы избирали разную последовательность включения в систему ОМС разных видов медицинской помо-

щи и соответственно разных видов медицинских организаций. В некоторых регионах в систему ОМС сначала включили стационары, в других, наоборот, начали с амбулаторно-поликлинических учреждений. Предполагалось, что со временем в каждом регионе в систему ОМС войдут и стационарные и амбулаторно-поликлинические учреждения. Но так получилось не везде. До сих пор в отдельных регионах в систему ОМС входит лишь часть видов лечебно-профилактических учреждений, либо только стационары, либо только амбулаторно-поликлинические. Остальные соответственно финансируются по-прежнему – за счет прямых бюджетных ассигнований.

Можно выделить три градации в характеристике региональных бюджетно-страховых моделей по перечню видов медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС:

*Стандартный* перечень видов медицинской помощи: амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь, предусматриваемые базовой программой ОМС. Такой перечень видов медицинской помощи оплачивается из средств ОМС в большинстве субъектов РФ.

2) *Широкий* перечень видов медицинской помощи: дополнение амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи другими видами медицинской и лекарственной помощи.

Так, скорая медицинская помощь включена в территориальные программы ОМС в Республике Марий Эл, Москве, Воронежской и Пензенской областях. В Калининградской области из средств ОМС финансируется лечение онкологических больных в областном онкологическом диспансере. В Самарской области территориальная программа ОМС охватывает помимо амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи также скорую медицинскую помощь, зубопротезирование, предоставление медикаментов льготным категориям граждан, санаторную помощь больным туберкулезом и детям, медицинская помощь больным с психическими расстройства-

ми, находящимся на динамическом диспансерном наблюдении. В Курганской области и в Республике Татарстан из средств ОМС оплачиваются лекарственные средства и изделия медицинского назначения, отпускаемые ряду категорий населения бесплатно или с 50% скидкой.

3) Узкий перечень видов медицинской помощи: использование средств ОМС ограничено оплатой лишь части видов медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС.

Например, средства ОМС используются для оплаты только стационарной помощи в таких регионах, как Республика Удмуртия, Красноярский край.

В Курганской области из средств ОМС финансируется амбулаторно-поликлиническая помощь и медицинская помощь в ряде дневных стационаров. Оплата стационарных медицинских услуг осуществляется частично – лишь тех, которые не могут быть выполнены местными учреждениями здравоохранения и оказываются медицинскими учреждениями гражданам Курганской области за ее пределами по направлению областного управления здравоохранения.

#### **Различия в составе затрат, возмещаемых из средств ОМС и финансируемых из бюджета**

Согласно законодательству о медицинском страховании, за счет средств ОМС должны возмещаться текущие расходы по оказанию медицинской помощи застрахованным. За счет бюджетных ассигнований должно происходить финансирование развития материально-технической базы учреждений здравоохранения, оплата особо дорогостоящих видов медицинской помощи, финансирование целевых программ и др. Вследствие несбалансированности программ ОМС и их финансового обеспечения такая схема сочетания ОМС и бюджетного финансирования практически нигде не была реализована.

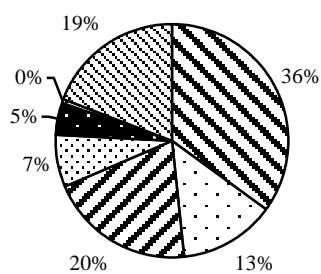
Согласно нормативному документу Федерального фонда ОМС, принятому в 1997 г. (*ФФОМС, 1997c, с. 111*), средства ОМС должны направляться на финансирование расходов по четырем статьям:

- заработка плата;
- начисления на заработную плату в фонды социального страхования;
- продукты питания;
- медикаменты и перевязочные средства.

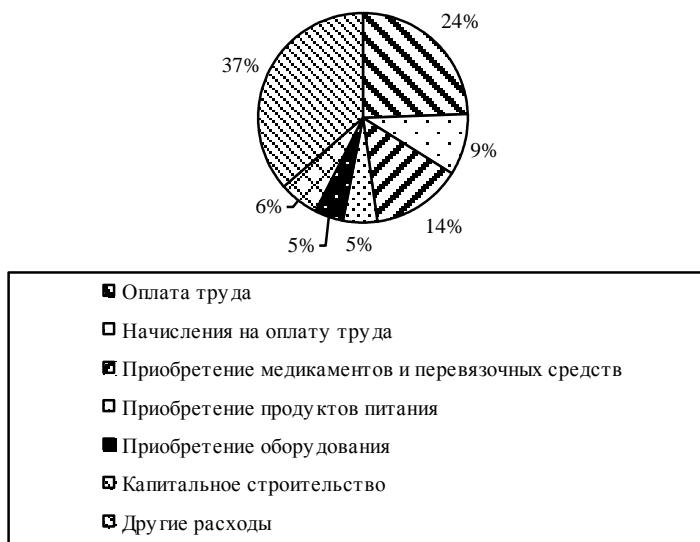
*РИС. 6.2.*

**Структура расходов на здравоохранение из бюджетов субъектов РФ и средств ОМС в 1998 г.**

**Расходы средств ОМС медицинскими организациями**



### Расходы из бюджетов субъектов РФ



Источники данных: Министерство финансов России, Федеральный фонд ОМС.

То есть, средства ОМС должны покрывать текущие расходы лечебно-профилактических учреждений, связанные непосредственно с лечебным процессом. За счет бюджетных ассигнований должны возмещаться хозяйствственные расходы лечебно-профилактических учреждений, приобретение мягкого инвентаря, нового оборудования, капитальный ремонт.

Однако многие субъекты РФ не придерживаются указаний ФФОМС. Очень часто из средств ОМС финансируются помимо вышеуказанных четырех статей также расходы на приобретение мягкого инвентаря, коммунальные услуги и другие хозяйственные расходы. В качестве примеров можно привести Республику Дагестан, Воронежскую область, Ставропольский край. Средства ОМС используются для возмещения расходов на приобретение оборудования и капитальный ремонт в Республике Карелия, в Курганской, Ростовской и Сахалинской об-

ластиах. В Ростовской области средства ОМС используются также для финансирования содержания санитарного транспорта.

В некоторых регионах, как, например, в Ярославской области, расходы ЛПУ на заработную плату в основной части финансируются за счет прямых бюджетных ассигнований, а средства ОМС используются для приобретения медикаментов, оплаты питания больных, и лишь для дополнительного финансирования расходов на оплату труда.

В Омской области расходы на оплату труда финансируются исключительно из бюджета. Средства ОМС используются для возмещения расходов на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря, питание больных, оплату коммунальных услуг.

#### **Различия в выполнении функций страхователей неработающего населения**

Согласно статье 2 Федерального закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения – органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления.

В большинстве регионов страхователями неработающего населения определены *органы местного самоуправления*. Платежи на ОМС неработающего населения производятся либо только из местных бюджетов, либо как из местных, так и из бюджета региона.

В некоторых субъектах РФ страхователем всего неработающего населения выступает исключительно лишь *орган исполнительной власти субъекта РФ*. Так обстоит дело в Республиках Алтай, Марий Эл, в Москве, Самарской области. Соответственно платежи на ОМС неработающего населения производятся централизованно – из средств бюджета субъекта РФ. Из местных бюджетов платежей не производится.

## **Различия в степени автономности субъектов финансирования**

Различные варианты сочетания элементов бюджетного и страхового финансирования определяются не только различиями в объектах и в предмете финансирования, но и разными типами отношений между органами здравоохранения, распределяющими бюджетные средства, и ТФОМС, аккумулирующими страховые средства. А эти отношения, в свою очередь, характеризуют ту или иную меру автономности институционального положения и политики субъектов финансирования здравоохранения.

О мере автономности ТФОМС по отношению к региональному органу здравоохранения и соответственно о характере взаимоотношений между ними можно судить по полномочиям исполнительной дирекции фонда в принятии следующих решений:

- о планируемом объеме финансирования медицинской помощи по видам и по муниципальным образованиям в целом за год и поквартально;
- о планируемом объеме финансирования страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, в целом за год и поквартально;
- о размерах текущего финансирования конкретных страховых медицинских организаций или ЛПУ в соответствии с реально имеющимися в фонде средствами (решения о том, какими именно будут значения квартальных или месячных подушевых нормативов финансирования страховых медицинских организаций и решения о том, сколько именно средств будет выделено конкретным ЛПУ и по каким статьям);
- о составе и планируемых размерах финансирования расходов, непосредственно не связанных с оплатой оказываемой

медицинской помощи застрахованным (статья «финансирование иных мероприятий в области ОМС»).

Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденное Постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543-1, предоставляет исполнительной дирекции ТФОМС очень высокую степень самостоятельности в принятии вышеуказанных решений. В нормативных актах субъектов РФ, регулирующих деятельность ТФОМС, самостоятельность исполнительной дирекции может быть более ограничена. Чаще степень самостоятельности исполнительных дирекций определяется неформальными правилами, которые не зафиксированы в региональных нормативных актах.

Для характеристики различий региональных бюджетно-страховых моделей по степени автономности субъектов финансирования можно использовать четыре обобщенные градации.

### 1) Высокая степень автономности

ТФОМС является автономным по отношению к региональному органу управления здравоохранением. Исполнительная дирекция фонда обладает значительной самостоятельностью в принятии решений о расходовании средств ОМС. Это выражается в следующем:

- показатели финансирования территориальной программы ОМС и показатели бюджета ТФОМС, которыми должна руководствоваться исполнительная дирекция, утверждаются в весьма обобщенном виде, без детализации поквартально по видам медицинской помощи и муниципальным образованиям;
- исполнительная дирекция ТФОМС обладает широкими полномочиями в принятии оперативных решений о размерах финансирования страховых компаний, ЛПУ и о расходовании средств на иные мероприятия в области ОМС.

Все вышеуказанные решения исполнительной дирекции не согласовываются с решениями органов здравоохранения о направлениях расходования бюджетных средств.

Такая ситуация имеет место во многих регионах. Положения о ТФОМС воспроизводят вышеназванное положение, принятое на федеральном уровне. Законы субъекта РФ о бюджете территориального фонда ОМС содержат обобщенную статью «финансирование территориальной программы ОМС, с выделением средств на оплату медицинских услуг фондом ОМС и на ведение дела страховыми медицинскими организациями. Разбивка средств по видам медицинской помощи и по муниципальным образованиям законами не утверждается. В результате сложилось четко выраженное двоевластие в финансировании медицинской помощи, и обе «ветви» этой финансовой власти – органы управления здравоохранением и ТФОМС – плохо координируют свою политику.

## 2) Умеренная автономность и партнерское взаимодействие

Органы управления здравоохранением и территориальный фонд осуществляют совместное планирование своих расходов (согласовывают друг с другом планируемые размеры финансирования медицинской помощи и соответствующие объемы этой помощи, по видам и по муниципальным образованиям – в целом за год и поквартально), обмениваются информацией, используют общие информационные базы. Совместное планирование осуществляется на партнерской основе. Исполнительная дирекция фонда обладает значительной самостоятельностью в принятии решений об объемах финансирования страховых организаций и о составе и размерах расходов, непосредственно не связанных с оплатой медицинской помощи (расходы по статье «финансирование иных мероприятий в области ОМС»).

Выделение данной градации в характеристике региональных бюджетно-страховых моделей является логически необходимым. К сожалению, имеющиеся в нашем распоряжении

данные не позволяют с уверенностью отнести какую-либо из моделей к этой категории.

3) Низкая степень автономности; административная координация действий

Исполнительная дирекция ТФОМС лишена прав принятия решений о показателях квартальных расходов на финансирование медицинских услуг в разрезе видов медицинской помощи и в разрезе муниципальных образований. Соответствующие показатели определяются органом управления здравоохранением, а утверждаются либо органами власти при принятии бюджета фонда на очередной год, либо решением правления фонда. Исполнительная дирекция сохраняет незначительную самостоятельность в том, что касается принятия решений о показателях месячных расходов на финансирование медицинских услуг, о нормативах финансирования страховых медицинских организаций и о составе и планируемых размерах финансирования расходов по статье «финансирование иных мероприятий в области ОМС».

Такая ситуация имеет место в Самарской области. Территориальная программа ОМС разрабатывается областным органом здравоохранения и затем согласуется с территориальным фондом ОМС<sup>23</sup>. Подчеркнем этот момент. Ведь обычно проект территориальной программы ОМС разрабатывается территориальным фондом ОМС. Согласно Положению о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (раздел 3, пункт 11)<sup>24</sup>, фонд согласовывает совместно с органами исполнительной власти территориальную программу ОМС и

---

<sup>23</sup> Правила обязательного медицинского страхования населения Самарской области. Приняты решением Самарской Губернской Думы от 27 октября 1998 г. N 138.

<sup>24</sup> Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, с. 85.

вносит предложения о финансовых ресурсах, необходимых для ее осуществления. В Самарской области территориальную программу разрабатывает областной орган управления здравоохранением и вносит ее, включая предложения о финансовом обеспечении, на рассмотрение руководства областной администрации для последующего утверждения губернской думой. На основе принятой программы правление ТФОМС утверждает бюджет фонда. Таким образом, годовой бюджет фонда утверждается в более детальном виде, чем в других регионах. Деятельность фонда эффективно контролируется областной администрацией, включая орган управления здравоохранением. Поэтому бюджетные средства на ОМС неработающего населения перечисляются в территориальный фонд ОМС в полном объеме для финансирования территориальной программы ОМС. Самарская область – единственная в России, где финансирование территориальной программы ОМС осуществляется полностью за счет средств, аккумулируемых в ТФОМС.

В качестве другого примера можно привести Иркутскую область. Исполнительная дирекция ТФОМС согласует свои решения с областным органом здравоохранения. Но в отличие от Самарской области, где такое распределение полномочий установлено в региональном законодательстве, в Иркутской области данные правила введены губернатором области неформально.

#### 4) Административная соподчиненность субъектов финансирования

Это градация соответствует отсутствию самостоятельности фонда ОМС в принятии финансовых решений. Орган управления здравоохранением распоряжается всеми средствами, аккумулируемыми ТФОМС.

Примером может служить Башкирия, где ТФОМС фактически подчинен республиканскому министерству здравоохранения и не играет самостоятельной роли. Председателем правления ТФОМС является Министр здравоохранения

Республики, а исполнительный директор ТФОМС одновременно является заместителем министра здравоохранения.

К этой же категории можно отнести и модель, применяемую в Нижегородской области. В течение нескольких лет там вообще не существовало ТФОМС, а взносы работодателей на ОМС направлялись в распоряжение областной администрации. Затем ТФОМС был создан, но фактически не принимает никаких самостоятельных решений о расходовании финансовых средств.

В задачи данного исследования не входит детальный анализ региональных бюджетно-страховых моделей, рассматриваемых с точки зрения синтеза выделенных характеристик, и построение типологии этих моделей как целостных систем. Сформулируем выводы, относящиеся ко всей их совокупности.

### **6.3. Общие недостатки бюджетно-страховых моделей**

Сложившаяся двухканальная система финансирования здравоохранения, реализованная во множестве региональных бюджетно-страховых моделей, обладает следующими недостатками:

Разделение между страховой и бюджетной системами финансирования по объекту (видам медицинской помощи) и предмету (составу возмещаемых расходов) финансирования, а также определение полномочий территориального фонда ОМС не были результатом рационального выбора на основе критериев экономической эффективности и социальной справедливости. Определяющее влияние оказали политические факторы и соотношение размеров взносов работодателей с различными статьями расходов ЛПУ, сложившиеся в каждом отдельном субъекте РФ в переходный период. Можно сказать, что формирование региональных бюджетно-страховых моделей было в лучшем случае рациональным с точки зрения политических особенностей регионов и соображений технологического

удобства использования средств ОМС для возмещения того или иного перечня расходных статей.

Наличие нескольких источников финансирования медицинской помощи, предусмотренное базовой и территориальными программами ОМС (средства ОМС и средства региональных и местных бюджетов), и нескольких субъектов такого финансирования (территориальные фонды ОМС, региональные органы здравоохранения, муниципальные органы власти) затрудняет процесс финансового планирования выполнения территориальной программы ОМС. За исключением нескольких регионов (в частности, Московской и Самарской областей) территориальная программа ОМС не выступает в качестве предмета детального финансового планирования по всем видам медицинской помощи и всем видам затрат.

Финансирование медицинских организаций из двух источников по разным статьям расходов или даже по пересекающимся перечням статей расходов является фактором усиления нестабильности финансирования ЛПУ в условиях общей нестабильности системы государственных финансов.

Возмещение одной части расходных статей из одного источника, а другой части – из иного источника ориентирует медицинские организации на сохранение достигнутого уровня финансирования и его увеличение по всем видам расходных статей и воспроизводит ориентацию ЛПУ на затратное хозяйствование.

При параллельном финансировании выполнения ЛПУ одних и тех же функций возникает проблема совместимости применяемых методов финансирования и порождаемых ими стимулов для ЛПУ. Большинство существующих бюджетно-страховых моделей характеризуется тем, что система финансирования ЛПУ из бюджета и система оплаты медицинской помощи из средств ОМС действуют по разным правилам, которые плохо скординированы друг с другом. Результатом

этого становится девальвация стимулов к эффективному использованию средств.

В федеральном законодательстве определена только одна модель сочетания бюджетного и страхового финансирования здравоохранения. И лишь в одном субъекте РФ – в Самарской области – эта модель реализована практически в полном объеме. В свою очередь, нормативные акты ФФОМС, регулирующие порядок формирования и использования средств ОМС, не очерчивают достаточно четкие рамки для переходных бюджетно-страховых моделей. ФФОМС до последнего времени настаивал на реализации модели, предусмотренной федеральным законом о медицинском страховании, и поэтому не выдвигал задачу упорядочения возможных переходных моделей.

Существующие бюджетно-страховые модели, как правило, нечетко определены в региональном законодательстве. Реально сложившееся распределение полномочий между руководством исполнительной власти субъекта РФ, региональным органом управления здравоохранением, исполнительной дирекцией фонда ОМС, муниципальными органами власти в принятии решений о финансировании территориальной программы ОМС, обычно не закреплено в достаточной степени в законодательстве. Это препятствует рационализации использования ресурсного потенциала территориальной системы здравоохранения. Попытки органа здравоохранения или фонда ОМС рационализировать потоки пациентов, провести серьезные изменения в территориальной и видовой структуре представления медицинской помощи, прекратить финансирование неэффективно работающих лечебно-профилактических учреждений естественно вызывают болезненную реакцию со стороны муниципальных образований, финансирование которых вследствие этого уменьшается. В условиях зыбкого распределения полномочий такие попытки могут обернуться серьезными политическими последствиями, нарушить сложившееся равновесие и потому не предпринимаются или быстро гасятся.

В условиях недостаточной правовой закрепленности сложившихся моделей их дальнейшая эволюция становится напрямую зависимой от политических факторов и меняющегося соотношения сил между группами специальных интересов. Между тем критерии эффективности медицинского обслуживания населения и критерии политической целесообразности проведения тех или иных организационно-экономических преобразований являются, как правило, противоречащими друг другу. Неограниченная или слабо ограниченная приоритетность политической целесообразности при изменениях в системе финансирования здравоохранения неизбежно оборачивается нерациональным с социально-экономической точки зрения использованием ресурсов.

## **Глава 7. Квазирынок в системе общественного здравоохранения**

### **7.1. Квазирынок и агентские отношения**

Общественная система медицинского обслуживания предстает с экономической точки зрения как система взаимоотношений четырех типов субъектов:

1. *производители* медицинских услуг – медицинские организации и частнопрактикующие врачи;
2. *потребители* медицинских услуг (*клиенты*) – ими в системах общественного здравоохранения является все население или его определенные категории;
3. *плательщики* за медицинскую помощь, предоставляемую потребителям; это страховщики (страховые фонды, больничные кассы, страховые компании и т.п.) в системах страхового финансирования здравоохранения, или государственные органы управления здравоохранением в системах бюджетного финансирования здравоохранения.
4. *государство*, как субъект властного регулирования экономических отношений в системе общественного здравоохранения.

Содержанием реформ систем финансирования здравоохранения, проводившихся в западных странах с конца 80-х годов, было внедрение элементов рыночных отношений (рыночных институтов) во взаимодействие между производителями и плательщиками. Идеология реформ была идеологией создания рынка внутри системы финансирования общественного здравоохранения. Но не полноценного рынка, а «квазирынка» (или «внутреннего рынка», «регулируемого рынка»). Отличия квазирыночной модели финансирования здравоохранения, которая внедрялась в западных странах, от «настоящего» рынка

заключались в следующем (*Le Grand, 1993; Maynard, 1994; Flinn, Pickard, Williams, 1995*):

- потребители сами непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения опосредуются другими лицами;
- друг с другом взаимодействуют по преимуществу некоммерческие организации;
- отсутствуют рынки труда и капитала;
- финансовый контроль остается в руках государства;
- система в целом регулируется государством.

Смысл установления квазирыночных связей в системе социального обслуживания состоял в стремлении найти децентрализованные процедуры управления производителями социальных услуг, которые побуждают их к ответственности не административным, а экономическим путем – посредством рыночных механизмов. Суть нововведений состояла в следующем:

*Разделение покупателей и производителей медицинских услуг:* обеспечивается организационно-правовое разграничение производителей и плательщиков; отношения между ними строятся на контрактной основе. Плательщики превращаются в *покупателей* медицинских услуг, которые не несут ответственности за управление текущей деятельностью производителей и лишены права осуществлять такое управление административными методами.

*Создание условий для конкуренции производителей:* покупателям предоставляется право выбора производителей, с которыми они заключают контракты; гражданам предоставляется право выбора врача общей практики, к которому они прикрепляются для получения амбулаторной медицинской помощи, и выбора медицинской организации и врача для получения специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Производители ставятся в условия конкуренции друг с другом за привлечение пациентов и/или уве-

личение прикрепившегося населения и конкуренции за заключение контрактов с покупателями.

*Создание условий для конкуренции покупателей:* производителям предоставлено право выбора покупателей, с которыми они заключают контракты; в системах обязательного медицинского страхования гражданам предоставляется право выбора страховщика. Покупатели ставятся в условия конкуренции друг с другом за привлечение застрахованных (в страховых системах финансирования здравоохранения) и за заключение контрактов с производителями, предоставляющими услуги более высокого качества.

Эти нововведения расценивались как средство повышения эффективности деятельности производителей медицинских услуг и всей системы медицинского обслуживания. По аналогичному пути пошли и постсоциалистические страны, реформируя свои государственные системы здравоохранения.

Организационное и функциональное разделение покупателей и производителей медицинских услуг и внедрение контрактных отношений между ними само по себе, безотносительно к наличию конкуренции, имеет целый ряд преимуществ по сравнению с моделью интегрированного государственного управления и финансирования здравоохранения (*ENSP, MIRE, 1995; Savas, Sheiman, etc., 1998*):

1. Обеспечивается разделение и четкое определение ролей и ответственности государственных органов управления и медицинских организаций.

С органа управления снимается ответственность за решение задач текущего управления деятельностью государственных медицинских учреждений и предоставлением медицинской помощи населению. Орган управления становится ответственным за представление интересов населения в системе здравоохранения и может сконцентрировать свое внимание на определении потребностей населения в медицинской и профилактической помощи и на максимальном обеспечении

этих потребностей при имеющихся в его распоряжении финансовых средствах.

Медицинские организации становятся ответственными за предоставление медицинской помощи, требуемой пациентам. Они становятся самостоятельными субъектами хозяйствования, что создает условия для более рационального использования переданных им ресурсов.

2. Прямое административное подчинение медицинских учреждений органам государственного управления уступает место их взаимодействию на основе контрактов. Орган управления не распределяет ассигнования между подведомственными учреждениями, а покупает у медицинских организаций определенные услуги.

3. Контракты порождают новую форму отчетности медицинских организаций и новую форму надзора за их деятельностью.

4. Создается возможность вместо выделения бюджетных средств на содержание сети медицинских учреждений планировать финансовые средства в привязке к численности и состоянию здоровья населения и реализовать принцип «деньги следуют за пациентом». Покупатель оплачивает не ресурсы, а результаты деятельности медицинских организаций: объемы оказанных услуг и их качество.

5. Создаются условия для развития экономических соизмерений в системе здравоохранения: медицинские услуги становятся предметом экономического оценивания, сопоставления затрат и результатов.

6. Заключение контрактов становится средством рационализации медицинского обслуживания населения, выбора более экономичных вариантов организации медицинской помощи.

Что же касается роли конкуренции, то попытки внедрения в систему общественного финансирования здравоохранения элементов конкуренции между производителями и между покупателями медицинской помощи не повлекли достаточно

ощутимых изменений в эффективности здравоохранения (*Салтман, Фигейрас, 2000; Фотаки М., 2000*). Некоторые исследователи считают, что это объясняется сохранением множества ограничений, не позволивших производителям и покупателям действовать в качестве самостоятельных субъектов рыночных отношений (*Ле-Гран, 2000*). Между тем в Великобритании и Швеции правительства отказались от политики стимулирования развития конкуренции и отдают теперь приоритет формированию отношений сотрудничества, кооперации между покупателями и производителями медицинских услуг. Исследователями ставится вопрос о нахождении правильного сочетания конкуренции и сотрудничества, позволяющего извлечь выгоды из того и другого (*Goddard, Mannion, 1998*). В России же вообще проблематично ставить вопрос об оценке влияния внедрения системы ОМС, призванной создать условия для конкуренции между страховщиками и между медицинскими организациями, на рост эффективности здравоохранения. Нововведения оказались фрагментарными и происходили в условиях увеличения финансовой несбалансированности в системе здравоохранения, подрывавших основу для продуктивной конкуренции.

Опыт реформ и за рубежом, и в нашей стране заставляет более внимательно рассмотреть вопрос о том, при каких институциональных условиях может быть обеспечен рост эффективности деятельности производителей и покупателей на квазирынке медицинских услуг. Для исследования таких условий нужны более широкие рамки рассмотрения отношений между субъектами квазирынка, чем традиционная для экономического анализа схема выделения продавцов, покупателей, потребителей и рассмотрения отношений между ними как отношений предоставления и оплаты медицинских услуг. Такие более широкие рамки анализа задает теоретико-методологическая схема агентских отношений. Взаимодействия между государством, покупателями и производителями, связанные с переда-

чей финансовых средств от одного субъекта к другому, интерпретируются как агентские отношения (*Bejean, 1994; Smith, etc., 1997*).

Согласно экономической теории, *агентские отношения* возникают в ситуациях, когда один субъект (*принципал*) поручает другому субъекту (*агенту*) выполнение некоторых функций, но не может непосредственно наблюдать за их исполнением и обладает несовершенной информацией или в отношении того, какие действия агент совершил, или какие он должен был совершить (*Stiglitz, 1989, p. 241*)<sup>25</sup>. Отношения между принципалом и агентом подразумевают существование договора (формального или неформального), согласно которому один или несколько субъектов (*принципалы*) поручают другому субъекту или субъектам (*агентам*) выполнить определенные услуги от имени принципала (*Smith, etc., 1997, p. 41*). При этом агент обладает определенной самостоятельностью в принятии решений о расходовании средств и предоставлении услуг (*Jensen, Meckling, 1976*).

---

<sup>25</sup> Подчеркнем, что здесь и далее речь идет об агентских отношениях в том их понимании, которое существует в рамках экономической науки. Как известно, агентские отношения являются также одним из понятий гражданского права. Так, в российском законодательстве агентские отношения рассматриваются как отношения, вытекающие из агентского договора (Гражданский Кодекс Российской Федерации, ст. 1011). Согласно такому договору, «одна сторона (агент) обязуется за вознаграждение совершать по поручению другой стороны (принципала) юридические и иные действия от своего имени, но за счет принципала, либо от имени и за счет принципала» (Гражданский Кодекс Российской Федерации, ст. 1005, ч. 1). Из приведенных выше определений видно, что экономическое и юридическое понимание агентских отношений не противоречит друг другу, но экономическое определение охватывает существенно более широкий круг отношений, и в частности применимо для характеристики отношений, возникающих между органом государственного управления и государственным учреждением, которые в юриспруденции относятся к сфере административного, а не гражданского права.

Агентским отношениям присущ ряд особенностей, учет которых имеет принципиальное значение для целей нашего анализа:

1. Деятельность агента может отклониться от требований и ожиданий принципала. Их интересы совсем не обязательно совпадают, агент имеет возможность действовать разным образом, а принципал не в состоянии всегда и сразу определить, что именно делает агент, и как это соответствует задачам, поставленным принципалом перед агентом.

2. Получение информации, позволяющей судить о степени соответствия деятельности агента требованиям принципала, и контроль за деятельностью агента требуют издержек.

3. Отношения между принципалом и агентом обязательно должны включать отношения доверия (*Bejean, 1994*). Доверие выступает средством разрешения проблемы, порождаемой самостоятельностью действий агента и возможностью использовать эту свободу не в интересах принципала (*Luhmann, 1979; Dunn, 1988*). Доверие – это неформализуемый институт, это ожидание того, что агент, находясь в ситуациях, где его не может контролировать принципал, будет поступать некоторыми понятными способами в соответствии с некоторыми нормами или ожиданиями принципала.

Агент будет стремиться сохранить доверие к себе со стороны принципала, если:

- у принципала имеется возможность периодического контроля за агентом; и обнаружение действий, не согласующихся с ожиданиями принципала, может повлечь потерю его доверия к агенту с последующим пересмотром их договорных отношений;
- у агента и принципала имеются общие ценностные представления.

Отношения доверия играют особенно важную роль в системах предоставления социальных услуг населению. Формирование отношений доверия между должностными лицами,

выполняющими от имени государства функции принципала по отношению к агенту, и агентом является необходимым условием устойчивого функционирования системы финансирования здравоохранения. Проблема состоит в том, что на основе этих отношений возникают неформальные социальные структуры (социальные сети, кланы), которые ограничивают развитие конкуренции и внедрение рыночных институтов.

## **7.2. Покупатели медицинских услуг как агенты государства**

Рассмотрим через призму агентских отношений взаимодействие между ключевыми субъектами системы общественного здравоохранения.

Покупатель медицинских услуг (орган управления здравоохранением или страховщик) играет роль агента государства для выполнения следующих функций:

1. организации предоставления населению медицинской помощи в соответствии с установленными государственными гарантиями;
2. контроля за качеством медицинских услуг, предоставляемых населению;
3. защиты интересов пациентов в случае ненадлежащего лечения, нанесения им вреда и т.п.;
4. оплаты медицинской помощи в соответствии с качеством и количеством оказываемых услуг;
5. рационализации использования ресурсов в системе медицинского обслуживания населения посредством управления структурой оказания медицинской помощи (оптимизация соотношения стационарных и амбулаторно-поликлинических услуг) и потоками пациентов (оптимизация территориальной структуры предоставления различных видов медицинской помощи);

6. содействия внедрению и поддержанию институтов, создающих условия для реализации функций 1-5 (содействие институциональным инновациям).

Государство передает в распоряжение покупателя финансовые средства для выполнения этих функций. В зависимости от применяемой модели финансирования здравоохранения передача финансовых средств происходит путем либо выделения бюджетных ассигнований, либо определения порядка получения страховщиком взносов работодателей и работников на обязательное медицинское страхование.

Государство устанавливает требования к деятельности покупателя следующим образом:

- В нормативных актах определяется перечень функций, которые обязан выполнять орган управления здравоохранением или страховщик.
- В программах государственных гарантий (программах обязательного медицинского страхования), в распоряжениях органов государственной власти, в договорах со страховщиками устанавливаются требования к структуре, объему, качеству, стоимости медицинской помощи, организация предоставления которой поручается покупателю.
- В законах и иных правовых актах определяются порядок контроля качества медицинской помощи населению, порядок оплаты медицинской помощи, порядок действий по защите прав пациентов.
- В нормативных актах, программных документах могут формулироваться требования рационализации системы медицинского обслуживания и повышения экономической эффективности использования государственных средств, передаваемых покупателю. Эти требования могут также предъявляться в качестве условия заключения или перезаключения контрактов со страховщиками. Требования повышения экономической эффективности могут формулироваться как в виде общих принципов деятельности, так и в

виде норм, регулирующих порядок финансового планирования в системе здравоохранения, устанавливающих обязательность составления планов, в которых должно присутствовать экономическое обоснование распределения средств между медицинскими организациями. Следование таким нормам будет с неизбежностью означать принятие решений, обеспечивающих рациональную организацию потоков пациентов и размещение заказов на медицинское обслуживание граждан в учреждениях, способных выполнить их с наибольшей эффективностью.

Для целей настоящего исследования под *эффективной деятельностью покупателя* медицинских услуг в системе общественного финансирования здравоохранения будем понимать деятельность, реализующую вышеуказанные функции в соответствии с требованиями, установленными государством.

Покупатель медицинских услуг выполняет вышеуказанные функции, взаимодействуя с производителями этих услуг (больницами, поликлиниками, частнопрактикующими врачами) и с их потребителями. При этом государство (органы государственной власти) не может непосредственно наблюдать и контролировать все действия покупателя.

### **7.3. Производители медицинских услуг как агенты покупателей и государства**

В свою очередь, в отношениях между покупателем и производителем медицинских услуг последний выступает в качестве агента по отношению к принципалу – покупателю, а через него – и по отношению к принципалу – государству. Государство и действующий по его поручению покупатель предъявляют определенные требования к деятельности производителя. Они могут быть двоякого рода:

1. требования к количественным и качественным характеристикам услуг, предоставление которых населению является задачей производителя;

2. требования к экономической эффективности его деятельности – к улучшению соотношения между результатами и затраченными средствами<sup>26</sup>.

Требования принципалов к агенту – производителю формулируются как непосредственно в контракте, заключаемом между производителем и покупателем, так и в нормативных актах, регулирующих деятельность субъектов системы общественного здравоохранения. При этом государство (в лице различных органов власти) и действующий по его поручению покупатель обладают менее полной информацией, чем сам производитель, о том, в какой мере оказываемые им услуги соответствуют требованиям государства и покупателя, и, что не менее важно, – отвечают реальным нуждам пациентов<sup>27</sup>.

Для целей настоящего исследования под *эффективной деятельностью производителя* медицинских услуг в системе общественного финансирования здравоохранения будем понимать деятельность, которая отвечает требованиям к медицинским организациям и частнопрактикующим врачам, установленным государством и действующим по его поручению субъектом общественного финансирования здравоохранения – покупателем услуг производителя.

---

<sup>26</sup> В качестве примера предъявления таких требований может служить опыт заключения контрактов региональных органов здравоохранения с больничными трастами в Великобритании. Так, при обсуждении результатов работы госпиталя в городе Йорке в 1996 г. его руководству поставили в вину слишком высокие управленические расходы и потребовали их сократить в следующем году.

<sup>27</sup> Следует заметить, что отношения между гражданином и государством и отношения между пациентом и производителем медицинских услуг в системе общественного здравоохранения также могут быть интерпретированы как отношения между принципалом и агентом (Bejean, 1994; Jones, Zanola, 1995), но анализ этих видов агентских отношений выходит за рамки данной работы.

Рассмотрим теперь общие институциональные условия эффективной деятельности агентов в системе общественного здравоохранения.

#### **7.4. Общие условия эффективной деятельности агентов на квазирынке**

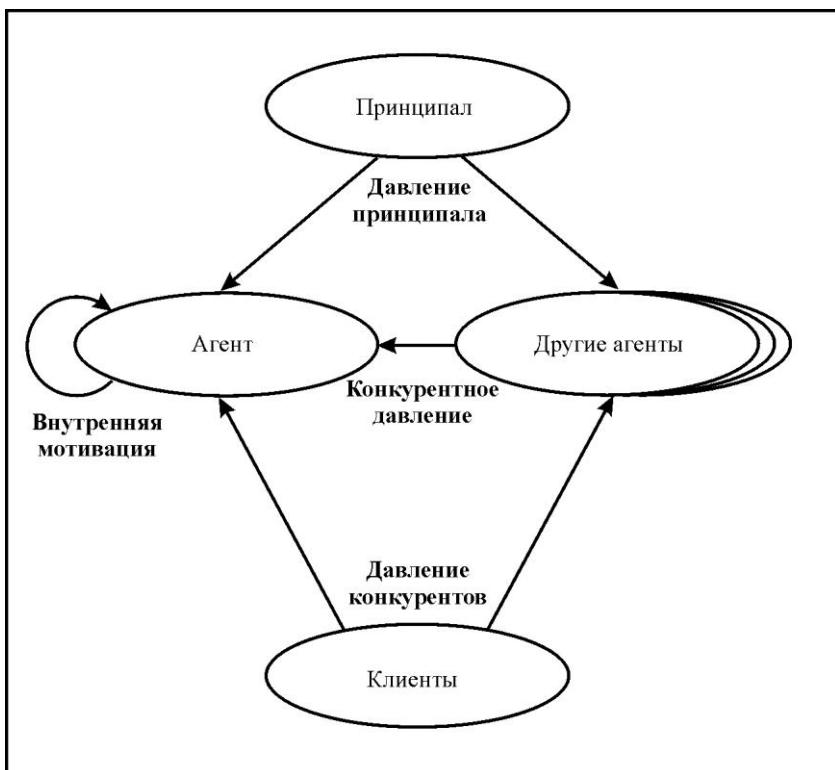
Для того, чтобы обеспечить выполнение агентом (покупателем, производителем) требований принципала, необходимы система внешней мотивации агента к соблюдению этих требований и система контроля за его деятельностью. Система мотивации должна приблизить интересы агента к интересам принципала. Система контроля призвана обеспечить принципалу получение информации, позволяющей судить о степени соответствия деятельности агента требованиям принципала.

Построение искомых систем мотивации и контроля должно опираться на ясное понимание того, какие движущие силы могут побуждать агента к выполнению требований принципала. Можно выделить четыре главных типа таких движущих сил, разграничив их по типам субъектов, от которых они исходят:

1. давление принципала;
2. конкурентное давление – давление агентов, выполняющих или способных выполнять аналогичные функции;
3. давление клиентов;
4. внутренняя мотивация агента.

РИС. 7.1

**Движущие силы, побуждающие агентов к эффективной деятельности**



*Давление принципала* – это его действия по стимулированию и принуждению агента к выполнению требований, установленных принципалом.

Сила давления принципала зависит от:

- уровня спецификации (то есть четкости и детальности) требований принципала к деятельности агента;
- характера стимулов, которые принципал предлагает агенту для выполнения своих требований;

- степени контролируемости действий агента – возможностей принципала оценивать степень соответствия между его требованиями к агенту и реальными действиями агента;
- интенсивности применения принципалом процедур контроля за агентом;
- наличия и характера санкций к агенту за неудовлетворительное выполнение требований принципала;
- строгости соблюдения самим принципалом установленных им обязательств в отношении агента и строгости применения предусмотренных санкций.

*Конкурентное давление* – это действия субъектов, выполняющих или способных выполнить агентские функции для принципала, которые направлены на сохранение или перераспределение в свою пользу доходов, получаемых от контрактов с принципалом. С экономической точки зрения конкурентное давление на агента выражается в том, что другие агенты выполняют или предлагают принципалу выполнить искомые функции с меньшими издержками или с более высокой результативностью. Это заставляет каждого агента заботиться о повышении эффективности своей деятельности.

*Давление клиентов* – это действия конечных потребителей услуг, оплачиваемых принципалом, по принуждению агента к выполнению им своих функций в интересах клиентов.

Сила давления клиентов на агента зависит от их возможностей:

- обращаться к принципалу с жалобами на агента и практики рассмотрения таких жалоб;
- выбирать агента, который организует предоставление требуемых услуг клиентам;
- непосредственно влиять на доходы агента; например, если клиент частично сам оплачивает услуги агента (соплатежи страхового взноса или соплатежи в момент потребления медицинских услуг), то он экономически понуждает агента

заботиться о соответствии качества и объема услуг, предоставление которых он организует, запросам клиента.

*Внутренняя мотивация агента* определяется ориентацией руководителей организации и внутренней культурой организации. Руководители организации могут ориентироваться на подчинение своих действий увеличению дохода (экономическая мотивация), должностному росту (административная мотивация), достижению профессионального удовлетворения и творческого самовыражения, ценностным представлениям о должном, об общественном благе и т.д. Внутренняя мотивационная структура агента характеризуется выраженностью и силой разных типов мотивации.

Первым естественным условием результативности выполнения агентом требований принципала является соответствие стимулов и санкций, установленных для агента принципалом, мотивационной структуре агента.

Вторым необходимым условием эффективности деятельности агента является сильное давление на него, как минимум, с одной из трех сторон. Но ситуации, в которых сильным является либо давление конкурентов, либо давление клиентов, а давление принципала – слабым, являются неустойчивыми. При слабом давлении принципала на агентов конкуренция между ними быстро трансформируется в сговор о разделе сфер влияния. Если принципалу не удается эффективно контролировать действия агентов по выполнению своих требований, он не сможет и противодействовать их картельному соглашению друг с другом. При этом конкуренция исчезнет в качестве побудительной силы к эффективному использованию ресурсов, переданных агентам.

Ситуацию с сильным давлением только со стороны клиентов трудно себе представить. Давление клиентов на агента просто не может быть сильным при слабости давления с других сторон. Если клиент сам не платит агенту за предоставляемые ему медицинские услуги, а за него это делает принципал,

который плохо контролирует весь процесс, и если клиенту трудно поменять агента, который организует предоставление ему медицинской помощи (конкуренция между агентами отсутствует), то клиент не в состоянии ощутимо воздействовать на агента.

Исходя из вышеуказанных соображений, ситуацию с сильным давлением на агента со стороны и конкурентов, и клиентов, но слабым давлением принципала также следует квалифицировать как неустойчивую. Либо она трансформируется в ситуацию с сильным давлением со всех трех сторон, либо при сохранении слабого давления принципала произойдет неизбежное ослабление конкуренции и давления клиентов.

Вместе с тем нужно отметить, что при сильном давлении конкурентов и сильном давлении клиентов, принципалу легче обеспечить сильное давление на агента. Издержки принципала на осуществление контроля за деятельностью агента будут меньше, чем в случае со слабой конкуренцией агентов и слабым давлением на них клиентов. Агенты, конкурирующие друг с другом за привлечение клиентов и за средства принципала, сами заинтересованы в информировании принципала о своей деятельности и в соблюдении требований принципала. Таким образом, сильное давление со стороны других агентов и со стороны клиентов является фактором, способствующим организации сильного давления принципала с меньшими издержками.

Рассмотрим теперь следующую ситуацию: давление принципала является сильным, а конкурентное давление со стороны других агентов и давление со стороны клиентов слабы или вовсе отсутствуют. Может ли деятельность агента быть эффективной в такой ситуации? В общем виде ответ на этот вопрос таков: при данном уровне давления принципала деятельность агента будет эффективной, если выгоды агента от несоблюдения требований принципала за вычетом издержек агента, которые он рискует понести в случае обнаружения таких нарушений, будут меньше, чем выгоды агента от выпол-

нения искомых требований. В противном случае агент будет систематически отклоняться от требований принципала, не выполнять или выполнять не полностью часть из них.

Ответ можно сформулировать и в иной форме: мера выполнения агентом требований принципала является функцией, переменными которой являются: выгоды от соблюдения данных требований, выгоды и издержки от невыполнения требований, риск обнаружения нарушений и риск применения санкций за нарушения. В свою очередь, уровень издержек агента, связанных с уклонением от этих требований, и размеры выгоды от этого уклонения зависят от уровня издержек принципала по обеспечению контроля за действиями агента. Наличие конкуренции между агентами и сильного давления на агента со стороны клиентов уменьшает для принципала издержки осуществления контроля за агентом.

Если агент отклоняется от требований принципала, то принципал может предпринять следующие действия:

- пересмотреть состав требований к агенту и исключить те требования, выполнение которых нельзя проконтролировать;
- разработать более четкие и детальные требования к агенту, отклониться от которых или имитировать выполнение которых будет сложнее;
- увеличить затраты на осуществление контроля за соблюдением установленных требований;
- пересмотреть размеры вознаграждения агента за исполнение требований принципала и размер санкций за неисполнение;
- использовать в качестве агента организацию иной организационно-правовой формы, действия которой будут более контролируемыми (например, отказаться от услуг коммерческой организации и обратиться к некоммерческой);
- стимулировать развитие конкуренции между агентами;
- предоставить клиентам больше прав и возможностей отставания своих интересов во взаимодействии с агентами.

## **7.5. Противодействующий фактор: рентоориентированное поведение**

Проведенный анализ показывает, что наличие сильного давления принципала на агента является ключевым условием эффективности деятельности агента. Анализируя факторы, определяющие силу этого давления принципала на агента, необходимо принять во внимание, что в отношения с агентом от имени принципала вступают конкретные чиновники<sup>28</sup>, имеющие собственные интересы, не тождественные интересам принципала. И здесь возникает проблема возможного рентоориентированного поведения чиновника – возможности извлечения личных выгод из своего служебного положения. Речь идет о возможности сговора между агентом<sup>29</sup> и должностным лицом и невыполнения последним своих должностных обязанностей во взаимоотношениях с агентом в обмен за соответствующее вознаграждение.

Агент может избежать контроля со стороны принципала и применения санкций за нарушений требований государства, заплатив чиновнику, который должен контролировать его деятельность, за то, что тот закроет глаза на ненадлежащее выполнение или прямое нарушение агентом установленных правил и норм. Для агента нарушение формальных институтов и подкуп должностного лица, контролирующего их выполнение, будут выгод-

---

<sup>28</sup> Если в роли агента выступает территориальный орган управления здравоохранением, или территориальный фонд ОМС, то контролировать его деятельность будут руководители территориальной администрации и руководители финансового и контрольно-ревизионных органов в составе администрации. Если в роли агента выступает страховая медицинская организация, то ее контролировать от имени государства будут должностные лица территориального фонда ОМС и финансовых органов. Во взаимоотношениях между покупателем и производителем медицинских услуг контроль за деятельностью производителя будут осуществлять конкретные должностные лица органа управления здравоохранением, либо фонда ОМС, либо страховой организации.

<sup>29</sup> В данном случае имеются в виду, конечно, руководители организации, выполняющей функции агента.

ными, если доходы, на получение которых он может рассчитывать, используя переданные ему государством средства в строгом соответствии с установленными требованиями, будут меньше, чем прибыль, получаемая им в случае несоблюдения таких требований.

Стремление к извлечению ренты из своего положения может побудить чиновника не просто пассивно получать ренту, предлагаемую агентом в обмен на свои услуги, а активно вымогать ренту (*McChesney, 1997; Заостровцев, 2000*), принуждая агента платить за передаваемые ему государственные средства и за отсутствие должного контроля за их использованием.

Возможности должностного лица нарушать нормы, регулирующие его деятельность, зависят от следующих факторов:

- от строгости контроля за деятельностью данного должностного лица со стороны других органов государства и степени риска обнаружения случаев использования должностным лицом своего положения для извлечения ренты;
- от соотношения между выгодами от исполнения чиновником своих должностных обязанностей, размерами ренты, которую он может извлечь из своего положения в случае неисполнения своих обязанностей, и возможными издержками (размером санкций) в случае обнаружения его бездействия или нелегитимных действий.

Если поощрения, на которые вправе рассчитывать чиновник за более рациональное использование государственных средств, расцениваются им ниже, чем рента, которую он может извлекать из своего положения, принимая во внимание риск раскрытия и связанные с этим издержки, то чиновник будет претендовать в своих отношениях с агентом на получение комиссионных за предоставляемые агенту государственные средства<sup>30</sup> и/или на получение платы за свое бездействие в осуществлении контроля за расходованием этих средств.

---

<sup>30</sup> В России такая практика получила наименование «отката» части средств от их получателя распорядителю кредитов.

## **7.6. Противодействующий фактор: социальные сети и кланы**

Осуществлению действенного контроля за выполнением требований государства, а также развитию конкуренции между агентами могут препятствовать такие социальные структуры, как «сети» и «кланы» (Bradach, Eccles, 1991; Ouchi, 1991). Для целей данного исследования под *социальными сетями* будем понимать устойчивые социальные структуры, в которых имеет место взаимная зависимость и дополнительность их участников, соединение средств и разделение друг с другом издержек, тесное взаимодействие и отношения взаимного доверия. Под *кланами* будем понимать социальные сети, служащие средством нарушения формальных институтов в общих интересах участников этих сетей.

Как уже говорилось, необходимым элементом агентских отношений является доверие. Оно становится фундаментом для формирования социальных сетей. У должностных лиц, выступающих от имени принципала, и у агентов существует вполне естественное стремление к устойчивости своих взаимоотношений. И те и другие стараются достичь этого посредством формирования отношений взаимной зависимости во всех социальных подсистемах (Парсонс, 1997, сс. 23-32): не только в экономической, но и в политической, социетальной и ценностной. Агенты, стремясь сохранить контракты с принципалом, пытаются завязать социальные связи с соответствующими должностными лицами, нарастить вокруг агентских отношений, являющихся экономическими институтами, неэкономическое пространство взаимоотношений, превратить эти экономические институты в элемент взаимодействия в более широком и сложном социальном пространстве. Должностные лица, в свою очередь, заинтересованы в установлении неформальных взаимоотношений с агентами, чтобы иметь возможность влиять на их деятельность в ситуациях, которые

не были или не могли быть в принципе предусмотрены при заключении контракта.

Социальные сети в вышеуказанном понимании являются атрибутом рыночной экономики, и их роль весьма значима в отраслях социального обслуживания (Flinn, Pickard, Williams, 1995). Если функциональная роль социальных сетей ограничивается увеличением устойчивости системы, снижением рисков, более равномерным распределением рисков между участниками – то такие отношения способствуют эффективному функционированию соответствующих секторов экономики. Однако наличие таких связей препятствует проведению реформ, направленных на более широкое внедрение рыночных отношений в системы общественного финансирования социальных услуг (Flinn, Pickard, Williams, 1995). Так, при внедрении контрактных отношений в систему со сформировавшимися социальными сетями заключаемые контракты между покупателями и производителями социальных услуг являются достаточно формальными, плохо специфицированными. Они рассматриваются сторонами скорее как знаки неформального соглашения о взаимодействии. Социальные сети препятствуют развитию конкуренции.

Социальные сети могут естественным образом трансформироваться в клановые отношения – отношения взаимной зависимости между чиновниками и страховщиками по поводу нелегитимного извлечения доходов из распределяемых ими государственных средств. Стремление к сговору между должностными лицами, страховщиками и руководителями медицинских организаций неизбежно при отсутствии или неэффективности контроля за действиями этих субъектов со стороны других субъектов (других государственных органов, организаций, представляющих интересы потребителей и т.д.).

Клановые отношения выступают средством нарушения и обхода формальных институтов, определяющих правила использования государственных средств. Поэтому клановые от-

ношения являются препятствиями к росту эффективности функционирования соответствующих систем социального обслуживания.

В условиях неразвитости институтов рыночной экономики и защиты их государством, в частности при слабости контроля со стороны государственных органов и общества за действиями конкретных должностных лиц, распределяющих государственные средства и контролирующих их использование, отношения между этими лицами и агентами государства становятся отношениями персонифицированного обмена (*Hort, 1997*) на административном рынке. Персонифицированность обмена неизбежно порождает тенденцию к формированию клановых отношений как средства нарушения формальных институтов.

Если давление со стороны государственного аппарата на чиновников, распределяющих государственные средства и контролирующих их использование, слабое, а конкуренция между агентами отсутствует, то решающим фактором минимизации нерационального использования ресурсов является обеспечение возможности контроля за агентом и за чиновником, непосредственно с ним взаимодействующим, со стороны третьих лиц: других государственных органов, потребителей или представляющих их интересы организаций гражданского общества.

## **Глава 8. Роль страховщиков в системе обязательного медицинского страхования**

### **8.1. Институциональный потенциал моделей финансирования с разными типами покупателей медицинских услуг**

Введение системы ОМС в России оказалось незаконченным в 90-е годы. Ожидаемые позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе финансирования здравоохранения (фондов ОМС и страховых медицинских организаций), связанные прежде всего с более рациональным использованием имеющихся ресурсов и контролем за качеством медицинской помощи, не проявились с достаточной определенностью и не расцениваются как оправдывающие затраты на содержание этих организаций. Поэтому фонды ОМС и в особенности страховые компании стали восприниматься значительной частью медицинских работников как ненужные и дорогостоящие посредники в системе финансирования здравоохранения в условиях экономического кризиса. Практика российской реформы заставляет более внимательно рассмотреть следующий вопрос: какие организации, выступая в роли покупателя медицинских услуг: государственные органы управления здравоохранением, государственные страховые фонды (территориальные фонды ОМС), или негосударственные страховые организации, и при каких условиях способны лучше (эффективнее) выполнять требования государства к организации медицинского обслуживания населения и обеспечить большую эффективность использования общественных ресурсов.

В недавно опубликованном докладе ВОЗ проведен сравнительный анализ внутренних и внешних факторов, определяю-

щих деятельность четырех форм организаций: министерства здравоохранения, организации социального страхования, организации коллективного взаимного страхования, частной страховой организации (*WHO, 2000, pp. 108-113*). Главный вывод из анализа заключается в том, что министерство здравоохранения и даже отдельная организация социального страхования фокусируются в большей мере на политических нуждах, чем на интересах потребителей, и более уязвимы для использования в узкогрупповых интересах.

Объектами нашего рассмотрения будут три модели общественного финансирования медицинских услуг с разными типами покупателей:

1. модель бюджетного финансирования, в которой функции покупателей медицинских услуг выполняют органы исполнительной власти (органы управления здравоохранением);
2. модель обязательного медицинского страхования, в которой в роли покупателей медицинских услуг выступают фонды обязательного медицинского страхования, являющиеся государственными учреждениями, автономными по отношению к органам управления здравоохранением;
3. модель обязательного медицинского страхования, в которой покупателями медицинских услуг являются негосударственные страховые медицинские организации.

Сравнительный анализ этих моделей будет проводиться на основе теоретико-методологической схемы агентских отношений, представленной в главе 7. Предметом сравнительного анализа является институциональный потенциал эффективной деятельности покупателей и соответствующие институциональные издержки. Под *институциональным потенциалом* в данном случае понимаются следующие характеристики моделей финансирования:

- типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг;

- степень самостоятельности покупателей в принятии решений о способах реализации их функций;
- возможности обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их выполнять установленные государством требования к их деятельности;
- возможности развития конкуренции между покупателями;
- возможности воздействия на покупателей со стороны потребителей медицинских услуг.

Под *институциональными издержками* в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование рассматриваемой модели и эффективную деятельность соответствующих покупателей.

#### **Покупатель в модели бюджетного финансирования**

Главная особенность органа государственной власти, выступающего в роли покупателя медицинских услуг, состоит в том, что он распределяет средства, не неся прямой экономической ответственности за результаты своей деятельности. У государственного органа отсутствует возможность легального присвоения в качестве своего дохода той экономии государственных средств, которая может возникнуть вследствие более рационального использования ресурсов. Поэтому у государственного органа и его должностных лиц нет легальной экономической мотивации к эффективной деятельности в качестве покупателя. Напротив, не санкционируемая обществом личная экономическая мотивация чиновников побуждает их к рентоориентированному поведению и нарушению своих должностных обязанностей.

Легальной для чиновников является административная целированная мотивация к эффективной деятельности. Они заинтересованы в выполнении установленных государством

требований постольку, поскольку это способствует сохранению и расширению их властных полномочий, сохранению должности и карьерному росту. Так, стремление к расширению властных полномочий может побуждать чиновников к определенным институциональным нововведениям в системе финансирования и организации здравоохранения (например, введение процедур финансового планирования, усиливающих роль соответствующего органа и должностного лица в распределении государственных средств), но преобладающим при этом будет стремление к расширению сферы применения административных (командных) методов управления.

Чиновникам может быть присуща и ценностно-рациональная мотивация – деятельность во имя общего блага, или ради получения профессионального удовлетворения, самореализации. Это может побуждать к повышению эффективности выполняемой ими деятельности. Но мотивы административной целесообразности, как правило, сильнее. А они чаще препятствуют, чем способствуют их активным действиям, направленным на повышение эффективности использования распределяемых ими ресурсов. Для создания такой мотивации у чиновников должна существовать устойчивая связь перспектив их должностного роста с экономической эффективностью их деятельности. Обеспечить такую связь в бюрократических системах очень сложно.

Деятельность чиновников, как правило, регламентируется в гораздо большей мере, чем деятельность страховых фондов и страховых компаний. Органы государственного управления имеют меньше возможностей маневрировать ресурсами, меньше самостоятельности в принятии решений о способах реализации возложенных на них обязанностей. Бюрократическая система требует множества согласований для осуществления любого нестандартного действия.

В сравнении с другими моделями, бюджетная модель обладает относительно худшими возможностями для роста

управленческого потенциала покупателей и для осуществления ими инновационной деятельности. Инертность административной системы управления служит серьезным препятствием увеличения эффективности использования ресурсов.

Вместе с тем данная модель обладает относительно лучшими возможностями обеспечить контроль за деятельностью покупателей со стороны других государственных органов при наименьших затратах.

В бюджетной системе финансирования существует борьба между различными бюджетополучателями при дележке бюджетного пирога. Но эта борьба происходит по правилам политических и бюрократических игр. Демонстрация роста эффективности использования ресурсов может повлечь для бюджетополучателя сокращение ассигнований в следующем бюджетном году. Борьба за бюджет внутри административной системы управления, как правило, не создает конкурентного давления на покупателей в сторону повышения экономической эффективности их деятельности.

Модель бюджетного финансирования является моделью с монопсонией покупателя: орган здравоохранения монопольно выполняет функции покупателя медицинских услуг для всего населения, проживающего на соответствующей территории. Это ограничивает возможную силу давления потребителей на покупателя. Принципиальная слабость рассматриваемой модели по сравнению с другими состоит в том, что у потребителя здесь нет возможности выбора покупателя, призванного действовать в его интересах. Гражданин со своим жалобами должен обращаться в орган управления здравоохранением по месту жительства или по месту получения медицинской помощи, если он получил ее за пределами своей территории. Между тем органы управления здравоохранения склонны жертвовать интересами пациентов в пользу интересов медицинских учреждений. Возможности граждан оказывать давление на органы управления здравоохранением с целью защиты своих интересов

сов определяются уровнем развития законодательства о правах пациента и степенью демократичности работы государственного аппарата.

### Государственные страховые фонды

Рассмотрим модель, где в роли покупателя медицинских услуг выступает фонд обязательного медицинского страхования – государственное учреждение, являющееся самостоятельным субъектом хозяйствования. Как и предыдущая, это модель с монопсией покупателя. За каждым фондом закрепляются определенные категории застрахованных (определенные по территориальному, либо по отраслевому признаку).

В отличие от органа власти, государственное учреждение имеет право на осуществление экономической деятельности и на получение от нее доходов. В частности, российские фонды ОМС, созданные в форме государственного учреждения, могут получать доходы от временного размещения на банковских депозитах свободных финансовых средств. Фонд ОМС может оставлять в своем распоряжении экономию средств, возникающую вследствие более эффективного их использования для предоставления медицинской помощи в объемах, предусмотренных программой ОМС. Легальная возможность получать доходы от своей деятельности и частично использовать их для установления надбавок к заработной плате и для выплаты премий создает у фонда и его работников легальный экономический интерес к росту эффективности использования средств в системе ОМС.

Однако, будучи государственными учреждениями, фонды ОМС тяготеют к тем же недостаткам, что и органы управления здравоохранением (*Жаркович и др., 1998, с. 301*). У должностных лиц фонда ОМС, являющегося государственным учреждением, как и у чиновников органов власти, сохраняется административно-бюрократическая мотивация к деятельности и возможна ценностно-рациональная мотивация, но к ним до-

бавляется экономический интерес. Правда, этот интерес слабее в сравнении с экономическим интересом негосударственных страховых организаций. Слабее потому, что порядок применения надбавок к заработной плате и выплаты премий работникам государственного учреждения регламентируется государством, причем максимальные размеры таких надбавок и премий могут ограничиваться.

В сравнении с государственными органами, фонды ОМС имеют больше возможностей привлекать работников высокой квалификации, предлагая им более высокую заработную плату и другие формы материального поощрения. Работа фондов ОМС гораздо в меньшей мере регламентируется государством. Фонды относительно автономны от государственного аппарата, имеют больше самостоятельности в принятии решений, чем органы управления здравоохранением, обязанные придерживаться жестких процедур согласования большинства принимаемых решений с другими органами власти.

Все это создает относительно лучшие институциональные предпосылки, в сравнении с органами управления, для ориентации деятельности фондов ОМС на рост эффективности использования ресурсов в системе ОМС.

У государства имеются возможности обеспечения сильного давления на фонды ОМС в сторону повышения эффективности их деятельности. Но обеспечение такого давления требует больших издержек.

В силу монопольного положения фондов в качестве покупателей медицинских услуг для закрепленных за ними категорий населения, конкурентное давление на фонды отсутствует, а возможности давления потребителей почти такие же, как в модели бюджетного финансирования. Государственные фонды мало отличаются от органов власти в выполнении функции защиты прав пациентов. Государственные страховщики, в отличие от частных, быстрее сговариваются с органами управления или поддаются их давлению, и склонны жертвовать инте-

ресами пациентов в пользу интересов вышестоящих органов власти и интересов медицинских учреждений.

### Негосударственные страховые организации

Частные страховые организации могут быть коммерческими и некоммерческими. Негосударственная некоммерческая организация, как и государственный страховой фонд, имеет возможность использовать получаемые доходы для увеличения оплаты труда своих менеджеров и работников. Причем экономический интерес здесь более выражен, поскольку порядок использования ее доходов для оплаты труда регулируется в меньшей мере, чем в случае государственного учреждения. Однако в сравнении с коммерческой организацией, экономическая мотивация здесь слабее, так как формально некоммерческая организация не имеет права распределять получаемую прибыль между ее собственниками, учредителями, работниками. Связь между ростом доходов некоммерческой организации и ростом доходов ее менеджеров или работников не может быть прямой.

Наиболее сильной мотивацией к экономически эффективной деятельности обладают негосударственные коммерческие организации (страховые медицинские компании). Здесь имеет место прямая или более определенная связь, закрепленная формальными институтами, между размерами доходов организации, ее владельцев и менеджеров и результатами ее экономической деятельности.

Частные страховые организации имеют более гибкие организационные структуры и процедуры принятия решений. Они имеют больше возможностей привлекать нужных им специалистов, реализовывать новые подходы к финансированию и организации медицинской помощи.

Но обратной стороной самостоятельности частных страховщиков и их сильной мотивации к активной деятельности, направленной на извлечение прибыли, являются большие воз-

можности оппортунистического поведения, отклонения от установленных государством требований и общественных ожиданий.

Для предотвращения оппортунистического поведения частных страховщиков необходим более высокий уровень развитости институтов, определяющих требования государства к медицинской помощи и устанавливающих порядок ее финансирования. Иными словами, чтобы обеспечить необходимые институциональные условия для ориентации частных страховщиков на рост эффективности, нужна гораздо более развитая нормативно-правовая база, чем в других моделях.

Главным преимуществом рассматриваемой модели по сравнению с предыдущими является возможность создания сильного давления на страховщиков со стороны конкурентов и со стороны клиентов. Если гражданам обеспечена свобода выбора страховщика, то страховые организации, стремясь сохранить и расширить свое страховое поле, будут экономически заинтересованы в качественном обслуживании и защите прав пациентов.

В модели с частными страховщиками их деятельность может повышать эффективность использования общественных ресурсов даже без конкуренции и при слабости давления государства. Это возможно, если повышение эффективности использования ресурсов становится для страховщика необходимым условием экспансии его деятельности. При переходе от бюджетной системы финансирования здравоохранения к страховой системе такой экспансией выступает расширение сферы деятельности страховщиков: постепенное включение в систему обязательного медицинского страхования различных видов медицинской и лекарственной помощи, финансируемых ранее из бюджета. Позитивное влияние подобной экспансии на рост эффективности использования ресурсов может быть обусловлено следующими обстоятельствами:

Во-первых, привлечение страховщиком нового источника финансовых средств для своей деятельности может сопровождаться расширением пространства экономических соизмерений в сфере здравоохранения путем:

- развития информационной базы для применения методов экономического оценивания медицинской помощи;
- определения стоимости услуг, ранее не являвшихся самостоятельным объектом экономического оценивания;
- внедрения новых методов экономического оценивания;
- внедрения конкурсных процедур заключения контрактов на оказание медицинской помощи и приобретение лекарственных средств.

Во-вторых, стремясь извлечь выгоду от привлечения новых источников финансирования, страховщик заинтересован в устраниении по крайней мере части нерациональных трат и в присвоении получаемой от этого экономии. При этом он абсорбирует часть рентных доходов, присваиваемых ранее прежними распорядителями и получателями соответствующих финансовых средств. Если то, что страховщик присваивает себе в качестве собственного дохода, меньше величины экономии средств, обеспечиваемой им (иными словами, если перераспределительная выгода не полностью присваивается страховщиком, но частично возвращается государству), то такая экспансия страховщика оправдана с общественной точки зрения. Указанное превышение может возникнуть тогда, когда для обоснования передачи страховщику новых источников средств он должен внедрить более прозрачные механизмы финансирования, чем ранее, и благодаря этому часть достигаемой экономии средств поступит в распоряжение государства.

Деятельность страховщика, направленная на включение в систему медицинского страхования новых видов медицинской и лекарственной помощи и сопровождающаяся указанными позитивными эффектами, предстает как деятельность по внед-

рению институтов, содействующих эффективному использованию ресурсов.

#### **Условия предпочтительности выбора негосударственных страховщиков**

Подведем итог сравнению трех моделей. Анализ экономической целесообразности использования модели с тем или иным типом покупателей предполагает сопоставление институционального потенциала и институциональных издержек разных моделей. Для каждой последующей модели из трех рассмотренных характерны более высокий институциональный потенциал эффективной деятельности покупателей и более высокие издержки, связанные с функционированием самих покупателей (административные расходы) и с необходимостью иметь более развитые институты и затрачивать больше средств на обеспечение контроля за их соблюдением.

В третьей модели, в отличие от первых двух, возможно создание сильного давления на покупателей со стороны их конкурентов и клиентов. Это, в свою очередь, уменьшит потребности в расходах на обеспечение сильного давления государства на покупателей.

Если в третьей модели нет конкуренции, то эффективная деятельность страховщиков все равно возможна. Но для ее обеспечения необходимы значительные расходы на обеспечение сильного давления государства, принуждающего страховщиков к строгому выполнению установленных государством требований.

Сильное давление государства на страховщика означает:

- определение в нормативных актах и контрактах со страховщиками требований к структуре, объему, качеству и стоимости медицинских услуг с высокой степенью их конкретизации;

- установление четких правил информирования застрахованных об их правах, порядка рассмотрения их жалоб и т.п.;
- наличие требований к экономической эффективности деятельности страховщиков; таковыми могут, в частности, выступать требования обязательного представления страховщиками операционных планов, включающих экономическое обоснование выбора медицинских организаций, с которыми заключаются договоры, и распределения между ними объемов медицинских услуг и потоков пациентов;
- возможность для государственных органов отслеживать отклонения в деятельности страховщиков от установленных требований;
- установление однозначной зависимости между размерами дохода страховщиков и результатами их деятельности, в том числе экономическим эффектом от более рационального использования страховых средств, находящихся в их распоряжении;
- неукоснительное соблюдение государством своих обязательств по отношению к страховщику (в частности своевременное перечисление страховых платежей за неработающее население);
- наличие ощутимых санкций за невыполнение установленных требований и неотвратимость их применения в случае идентификации нарушений.

Деятельность страховщиков будет эффективной, если издержки уклонения от требований государства будут для них слишком велики по сравнению с выгодами от такого уклонения.

Очевидно, что выполнение всех этих условий связано со значительными затратами финансовых и политических ресурсов. Если эти издержки слишком высоки, и не могут быть осуществлены в полном объеме, то целесообразность внедре-

ния третьей модели без достаточного институционального обеспечения является проблематичной.

Каковы следствия внедрения в систему общественного финансирования здравоохранения модели с частными страховщиками при отсутствии необходимых предпосылок? Появление новых субъектов в системе финансирования здравоохранения – частных страховщиков – происходит не взамен, а в дополнение к органам государственного управления здравоохранением. Соответственно административные издержки функционирования всей системы увеличиваются. Но при отсутствии или слабости конкурентного давления на страховщиков и слабости давления государства эффект от деятельности страховщиков оказывается неощутим в сравнении с дополнительными издержками.

Если требования государства к страховщикам декларативны, плохо специфицированы, если нет возможности отследить выполнение этих требований; если отсутствуют значимые для страховщика санкции за нарушение установленных требований, или эти санкции на практике не применяются, страховщик может обеспечивать высокую прибыльность собственной деятельности, не прикладывая усилий к росту эффективности использования общественных ресурсов. Более того, с появлением новых субъектов в системе финансирования, являющихся негосударственными коммерческими организациями, возникают новые возможности использования государственных средств для извлечения нелегитимных доходов страховщиками и взаимодействующими с ними чиновниками. А неизбежно формирующиеся в таких условиях клановые связи препятствуют как развитию конкуренции, так и внедрению более развитых институтов регулирования деятельности страховщиков. Таким образом, эффект от введения и функционирования новой модели может оказаться отрицательным по сравнению с моделью бюджетного финансирования.

## **8.2. Права и возможности страховых медицинских организаций**

Как показал теоретический анализ, модель финансирования общественного здравоохранения с участием негосударственных страховщиков обладает наиболее высоким потенциалом роста эффективности использования общественных ресурсов. Деятельность негосударственных страховых медицинских организаций в качестве покупателей медицинских услуг в системе ОМС может быть более эффективной по сравнению с государственными органами управления здравоохранением и государственными фондами ОМС даже при слабости конкуренции между страховщиками. Но необходимыми условиями этого являются наличие у страховщиков возможностей влиять на эффективность деятельности медицинских организаций и сильное давление государства, принуждающее страховщиков направлять свою активность на эффективное выполнение функций покупателя, а не на извлечение дохода путем уклонения от своих обязанностей. Сильное давление государства, как было показано в предыдущей главе, означает четкость требований к функциям, которые должны выполнять страховщики, действенный контроль за соблюдением установленных норм, ощутимые экономические стимулы для эффективной работы страховщиков, неукоснительное выполнение своих обязательств. В какой мере реальные условия деятельности страховых медицинских организаций в России соответствуют теоретическим предпосылкам их эффективной деятельности?

Рассмотрим сначала *набор функций*, выполнение которых возложено на страховщиков.

Законодательство о медицинском страховании устанавливает, что функциями<sup>31</sup> страховых медицинских организаций являются<sup>32</sup>:

- оплата медицинской помощи, предоставляемой застрахованным в соответствии с территориальной программой ОМС и договорам ОМС;
- осуществление контроля за объемом и качеством медицинских услуг;
- защита прав застрахованных на получение медицинской помощи, предусмотренной программами ОМС.

Организация предоставления медицинской помощи застрахованным не была четко определена законодательством в качестве функции страховых медицинских организаций. В Федеральном законе «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», в статье 15, устанавливающей обязанности страховой медицинской организации, обязанность организовывать предоставление медицинской помощи не упоминается. Говорится лишь об обязанности страховых организаций заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по ОМС. Но при определении предмета такого договора данная функция уже упоминается. Согласно части второй статьи 4 указанного закона, договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и

---

<sup>31</sup> В принятых нормативных актах используется словосочетание «путями осуществления обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями».

<sup>32</sup> Статьи 4, 15 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1; Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование (Правительство РФ, 1993).

качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

В Положении о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование (*Правительство РФ, 1993*) задачи участия в организации медицинской помощи не упоминаются. Содержание функции страховщика по организации предоставления медицинской помощи раскрывается только в типовых договорах ОМС работающих и неработающих граждан, утвержденных постановлением Правительства РФ № 1018<sup>33</sup>. Первым пунктом этих договоров устанавливается, что страховщик принимает на себя обязательство организовывать и финансировать предоставление гражданам, включенным страхователем в списки застрахованных, медицинской помощи определенного объема и качества. Но конкретные механизмы участия страховщика в организации предоставления медицинской помощи не раскрываются ни в типовых договорах, ни в иных актах Правительства РФ и Федерального фонда ОМС.

Объяснить все это можно, по-видимому, тем, что позиция руководящих работников Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС в этом вопросе была весьма жесткой: организация медицинской помощи – это не дело страховщиков. Согласно п.5.1. «Типовых правил обязательного медицинского страхования», утвержденных Федеральным фондом ОМС 1.12.1993, организация и порядок оказания медицинской помощи населению, финансируемой за счет средств ОМС, определяются совместно территориальными органами управления здравоохранением и фондами ОМС.

---

<sup>33</sup> Отметим, что после принятия в 1995 г. Гражданского Кодекса РФ регулирование содержания договоров возможно только на основе федеральных законов. Так что такая конкретизация уже не имеет нормативной силы.

Проанализируем теперь возможности (права), которые предоставлены страховщикам для выполнения этих функций, и соответствующие требования, предъявляемые государством.

#### Организация предоставления медицинской помощи застрахованным

Мы начинаем с рассмотрения именно этой функции, потому что в квазирыночной модели общественного финансирования здравоохранения она логически является первой функцией покупателя медицинских услуг: прежде всего нужно выбрать производителей и заключить с ними контракты на оказание медицинской помощи застрахованным.

Как только что было показано, права и обязанности страховых медицинских организаций в выполнении этой функции четко не определены в законодательстве. Страховщики обязаны заключить договоры с медицинскими организациями на предоставление медицинской помощи, структура и объемы которой соответствуют территориальной программе ОМС. При этом закон предоставляет страховым медицинским организациям право свободно выбирать медицинские учреждения для оказания услуг по договорам медицинского страхования<sup>34</sup>. Страховая медицинская организация имеет право на перезаключение договора с лечебно-профилактическим учреждением на предоставление медицинских услуг по медицинскому страхованию в случаях выявления неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным (*Минздрав РФ, 1996*). На практике же решающую роль при заключении и перезаключении договоров с медицинскими организациями играют не эффективность их деятельности, а социальные связи и политические факторы. Так, региональные и местные органы власти во многих случаях заставляют стра-

---

<sup>34</sup> Статья 15 Федерального закона “О медицинском страховании граждан Российской Федерации”.

ховщиков заключать договора с конкретными медицинскими учреждениями, руководствуясь стремлением сохранить существующие медицинские учреждения на своей территории и обеспечить их персонал работой вне зависимости от ее качества.

### Оплата медицинской помощи

Эффективность выполнения этой функции обуславливается реальными возможностями страховщиков влиять на тарифы, по которым оплачивается медицинская помощь, и предъявлять финансовые санкции к медицинским организациям.

Страховым медицинским организациям предоставлены права:

- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги<sup>35</sup>;
- определять соответствие выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему, качеству и территориальной программе ОМС с правом частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг (*Минздрав РФ, 1996*).

Согласно закону о медицинском страховании, тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления субъектов РФ, местными администрациями и профессиональными медицинскими ассоциациями<sup>36</sup>. Данная норма закона была уточнена в нормативном документе Федерального фонда ОМС: тарифы на медицинские и иные услуги по ОМС согласовываются территориальным фондом ОМС с

---

<sup>35</sup> Статья 15 Федерального закона “О медицинском страховании граждан Российской Федерации”.

<sup>36</sup> Статья 24 Федерального закона “О медицинском страховании граждан Российской Федерации”.

органами государственного управления субъектов РФ, профессиональными медицинскими ассоциациями и ассоциациями страховых медицинских организаций (*ФФОМС, 1993б*). В Методических рекомендациях по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС граждан РФ, утвержденных Федеральным фондом ОМС 18.10.1993, рекомендуется создавать согласительные комиссии с равным участием представителей территориального фонда ОМС и его филиалов, органов государственного управления (местной администрации), страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций. Комиссия заключает тарифное соглашение и утверждает положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС субъекта РФ. Таким образом, в процессе определения тарифов на медицинские услуги страховщики участвуют через своих коллективных представителей.

Нормативные документы Федерального фонда ОМС не конкретизируют само содержание тарифных соглашений. Порядок согласования и индексации тарифов на медицинские услуги устанавливается территориальными Правилами ОМС (*ФФОМС, 1993д*). При этом в методическом документе Федерального фонда ОМС рекомендуется при наличии взаимозаменяемых (по учреждениям-исполнителям) услуг устанавливать усредненные тарифы, если только различия фактических расходов учреждений по этим услугам не обусловлены объективными, по мнению сторон, представленных в комиссии, факторами (*ФФОМС, 1994*). Индивидуальные тарифы признаются экономически оправданными для услуг или работ, не имеющих аналогов в других учреждениях. Допускается лишь возможность отделить и дифференцировать оплату гостиничных расходов (затраты на размещение пациентов), а также условно-постоянных расходов. Но это не относится к расходам на оказание собственно медицинских услуг.

Итак, федеральная нормативная база ориентирует на коллективное участие страховщиков в установлении тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, причем эти тарифы должны быть по общему правилу едиными для всех медицинских организаций, входящих в территориальную систему ОМС. Такой порядок серьезно ограничивает возможность каждого страховщика в отдельности влиять на тарифы на услуги конкретных медицинских организаций, с которыми он уже взаимодействует или собирается взаимодействовать.

На практике тарифы на медицинские услуги в системе ОМС покрывают лишь часть расходов медицинских организаций. Согласно нормативному документу Федерального фонда ОМС, принятому в 1997 г., в тариф на медицинские услуги в системе ОМС должны включаться лишь следующие статьи расходов: оплата труда, начисления на заработную плату, продукты питания, медикаменты и перевязочные средства (*ФФОМС, 1997c*). В 1999 г. в перечень этих разрешенных видов затрат была добавлена статья расходов на мягкий инвентарь и обмундирование (*ФФОМС, 1999*). Использование таких усеченных тарифов обусловлено дефицитом финансовых средств в системе ОМС. Остальные статьи расходов медицинских организаций должны покрываться за счет средств бюджетов субъектов РФ.

В нашем распоряжении нет точных данных о том, в какой мере субъекты РФ выполняют на практике рекомендации Федерального фонда ОМС и устанавливают единые тарифы для всех медицинских организаций на своей территории. Так, в Москве дело обстоит именно таким образом. С 1995 г. вместо индивидуальных прейскурантов медицинских учреждений действуют единые тарифы на медицинские услуги, оказываемые по программе ОМС города Москвы (*Шленская, 1999*). В такой ситуации цена не имеет значения для выбора страховщиком медицинского учреждения. А, например, в Ярославской области тарифы дифференцированы по категориям меди-

цинских учреждений: одни те же по наименованию услуги областной больницы оплачиваются выше, чем тарифы на услуги городских и центральных районных больниц, и т.п. Здесь у страховщика чуть больше теоретических возможностей выбирать медицинские учреждения, путем сопоставления издержек и качества предоставляемых услуг. Но для всех медицинских учреждений, относящихся к одной категории, тарифы являются едиными по области. По-видимому, похожим образом поступают и в большинстве других субъектов РФ.

#### Контроль за объемом и качеством медицинских услуг

Страховые медицинские организации имеют следующие права по контролю за деятельностью медицинских организаций:

- участвовать в лицензировании и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и физических лиц, занимающихся медицинской деятельностью (*Минздрав, 1996*);
- контролировать качество, объемы и сроки оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в соответствии с условиями договоров с медицинскими организациями<sup>37</sup>;
- штрафовать медицинские организации за непредоставление или предоставление застрахованным гражданам медицинских услуг ненадлежащего объема, качества или в неустановленные сроки, за несвоевременное направление больного на последующий этап оказания медицинской помощи в медицинское учреждение (*ФФОМС, 1993d*).

Размеры штрафов устанавливаются Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС, утверждаемом в

---

<sup>37</sup> Статья 15 Федерального закона “О медицинском страховании граждан Российской Федерации”. В тексте закона это формулируется как обязанность страховой медицинской организации.

каждом субъекте РФ, и договорами на предоставление медицинских услуг по ОМС, заключаемыми между страховщиками и медицинскими учреждениями. Однако на практике использование этих возможностей ограничивается дефицитным финансированием программ ОМС. Экономический смысл наложения штрафов на медицинские учреждения в значительной мере утрачивается в условиях, когда размеры финансирования учреждения недостаточны для покрытия расходов на оказание медицинской помощи в соответствии с установленными стандартами.

Помимо этого, в законодательстве не проработан вопрос о том, за счет каких статей своих расходов медицинское учреждение должно оплачивать предъявляемые иски. По экономической логике это было бы правильно делать за счет соответствующего уменьшения фонда заработной платы, но в то же время законодательство однозначно требует выплаты заработной платы персоналу в размере, рассчитанном на основе штатного расписания и единой тарифной сетки.

#### **Задача прав застрахованных**

Страховым медицинским организациям предоставлено право предъявлять претензии и иски лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам<sup>38</sup>;

#### **Рационализация использования ресурсов системы ОМС**

Ни в законах, ни в нормативных, ни в программных документах Правительства РФ и Федерального фонда ОМС, ни в типовых договорах ОМС не содержится требований к страховым медицинским организациям, участвующим в ОМС, обес-

---

<sup>38</sup> Статья 15 Федерального закона “О медицинском страховании граждан Российской Федерации”.

печивать эффективную организацию предоставления медицинской помощи населению. Даже если бы страховщики хотели этим заниматься, они имеют для этого мало возможностей.

Потенциальная возможность влиять на эффективность использования ресурсов системы ОМС связана с правом страховщиков выбирать медицинские организации для предоставления медицинской помощи застрахованным. Но такое право обесценивается практикой установления субъектами РФ единых усредненных тарифов на медицинские услуги, оказываемые в системе ОМС, и практикой закрепления неработающего населения за конкретными медицинскими организациями. При одинаковых тарифах на услуги разных медицинских организаций страховщику остается принимать во внимание при их выборе такие факторы, как качество их услуг, сравнительные издержки по транспортировке больных за счет страховщика, а также характер неформальных отношений с руководителями медицинских организаций и факторы социально-политического характера. А предмет такого выбора зачастую сужается до специализированных диагностических процедур и видов стационарного лечения, которые не могут быть обеспечены муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями, к которым административно прикреплены граждане в зависимости от места их проживания.

Еще одна возможность влиять на клиническую и экономическую эффективность системы здравоохранения, которую страховщикам предоставляет действующее законодательство, – это использование средств резерва финансирования предупредительных мероприятий по ОМС (*ФФОМС, 1995*). Страховщики имеют право направлять в такой резервный фонд часть своих доходов. Размеры этого резерва не должны превышать двухнедельного запаса средств на оплату медицинской помощи. Но дефицит средств для финансирования программ ОМС и нестабильность финансовых поступлений обесмысли-

вают приложение страховщиками усилий к расширению профилактической медицинской помощи.

На первом, подготовительном этапе введения ОМС страховым медицинским организациям было дано право использовать доходы, полученные от временно свободных средств своих резервных фондов для улучшения материально-технической базы медицинских учреждений, участвующих в выполнении программ ОМС, и осуществлять экономическое стимулирование их работников (*Правительство РФ, 1992*). Это дало возможность страховщикам использовать часть средств ОМС для улучшения материально-технической базы медицинских учреждений и, таким образом, повышения качества оказываемых ими услуг. Но затем эти возможности были существенно ограничены. В Положении о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 11.10.1993 №1018, и в последующих нормативных документах уже не говорится о такой возможности использования доходов страховщиков, получаемых от размещения в банках временно свободных финансовых средств. Страховая медицинская организация может инвестировать средства в улучшение материально-технического и кадрового потенциала медицинских учреждений в размере 70% от суммы финансовых санкций, наложенных на медицинские учреждения.

Что же касается возможностей участия страховщиков в том, что принято называть управлением медицинской помощью (в частности в планировании соотношения стационарных и амбулаторно-поликлинических услуг, в планировании потоков пациентов и территориальной структуры предоставления различных видов медицинской помощи, в определении порядка оказания медицинской помощи населению), то они не предусмотрены действующими правилами ОМС.

Рассмотрим теперь те движущие силы, которые оказывают влияние на эффективность выполнения страховщиками вышеуказанных функций.

### Экономический интерес страховых медицинских организаций

Реальные экономические интересы страховщиков, участвующих в ОМС, определяются способом их финансирования и их правами по использованию передаваемых им средств.

Согласно установленным правилам ОМС, финансирование страховых медицинских организаций осуществляется фондом ОМС или его филиалами по дифференцированным среднедушевым нормативам (*ФФОМС, 1993d*). Значения таких нормативов рассчитываются на основе единого среднедушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС, который корректируется с учетом относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и численности застрахованных страховщиком в этой группе (*ФФОМС, 1993a*). Принципиально важно, что за основу для исчисления среднедушевого норматива финансирования берется размер фактических ежемесячных поступлений в территориальный фонд ОМС. Тем самым легитимизируется возможность ежемесячного пересмотра значений нормативов в зависимости от размеров фактических поступлений средств в фонд ОМС. При этом территориальный фонд ОМС обладает некоторой свободой в установлении значений подушевых нормативов финансирования страховщиков, имея возможность варьировать в определенных пределах размер ежемесячного пополнения своего страхового запаса. Узаконенная нестабильность финансирования страховщиков создает стимулы не к повышению эффективности использования финансовых ресурсов, а к затратному хозяйствованию.

На практике многие территориальные фонды ОМС, действительно, часто пересматривают значения подушевых нормативов.

мативов финансирования страховщиков – ежемесячно или ежеквартально (*Всемирный банк, 1999*). Причем территориальный фонд может использовать свое право пересматривать значения подушевых нормативов финансирования для того, чтобы обеспечить «послушность» страховщиков, сохранить или подчеркнуть их зависимость от благосклонности руководителей фонда и усилить свою экономическую власть над страховщиками. Очевидно, что в такой ситуации стимулам к рациональному хозяйствованию просто не на чем возникнуть.

Законодательство устанавливает три основных направления использования средств ОМС, поступивших страховщику из территориального фонда ОМС:

- Оплата медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам;
- Формирование резервов;
- Покрытие расходов на ведение дела по ОМС.

Размеры резервов страховой медицинской организации и размеры средств, направляемых на ведение дела по ОМС, нормируются территориальным фондом ОМС. Средства на ведение дела по ОМС формируются из полученных от территориального фонда ОМС средств на основании утвержденного фондом норматива. Норматив средств на ведение дела устанавливается в виде фиксированного процента от величины средств, полученных страховщиком из территориального фонда ОМС (*ФФОМС, 1993e*).

В случае превышения размера поступлений страховщику от территориального фонда ОМС над размерами текущих выплат медицинским учреждениям, сумма превышения направляется на пополнение резервов страховой медицинской организации в порядке и размерах, устанавливаемых территориальным фондом ОМС.

В существующем механизме формирования средств на ведение дела по ОМС и механизме использования суммы превышения поступлений страховщику над его расходами по

оплате медицинской помощи отсутствует прямая связь между экономическими результатами использования средств ОМС и размером средств, оставляемых в распоряжении страховщика в качестве его собственного дохода.

Собственные доходы страховой медицинской организации, участвующей в системе ОМС, формируются за счет (*Правительство РФ, 1993; ФФОМС, 1995*):

- экономии средств на ведение дела по ОМС;
- части доходов (не более 30%) от инвестирования временно свободных средств резервов по ОМС (не менее 70% этих доходов должно быть направлено на пополнения резервов).

В результате экономический интерес страховой медицинской организации, осуществляющей ОМС, связан с ориентацией на:

- увеличение общего объема средств, поступающих от территориального фонда ОМС, так как это при прочих равных условиях автоматически увеличивает объем собственных доходов страховщика;
- использование резервов для размещения банковских депозитов и инвестирования в высоко ликвидные государственные ценные бумаги, так как часть получаемых от этого доходов легально поступает в распоряжение страховщика (являются его собственными доходами); кроме того имеются возможности извлекать теневые доходы от размещения депозитов в коммерческих банках.

Справедливости ради следует отметить, что существующий экономический механизм деятельности страховщиков содержит некоторые элементы, которые могут создать экономическую заинтересованность в контроле за качеством медицинского обслуживания застрахованных и в поиске путей экономии расходов на оплату медицинской помощи. Так, согласно рекомендациям Федерального фонда ОМС, страховая медицинская организация может использовать 20% штрафа, наложенного на медицинское учреждение, непосредственно на

оплату своих расходов по ведению дел<sup>39</sup>. Здесь, таким образом, есть прямая экономическая заинтересованность в предъявлении исков медицинским организациям, а, следовательно, и в контроле за качеством лечения застрахованных. Однако возможности применения штрафных санкций на практике ограничены дефицитностью финансирования программ ОМС.

Страховая медицинская организация заинтересована в увеличении доходов от инвестирования временно свободных средств. Следовательно, она заинтересована и в их росте, средством достижения чего может быть не только увеличение объема поступлений из территориального фонда ОМС, но и экономия расходов. Таким образом, теоретически у страховщика может быть заинтересованность в более рачительном использовании средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи застрахованным по ОМС. Но эта заинтересованность не прямая, а опосредованная. Кроме того, у страховщика мало возможностей добиваться экономии расходов. Выше было показано, что отдельный страховщик почти не имеет возможностей выбирать поставщиков медицинских услуг, руководствуясь критерием минимизации затрат, и влиять на эффективность использования ресурсов путем более рациональной организации предоставления медицинской помощи застрахованным.

В одном из методических документов Федерального фонда ОМС содержится положение о том, что «каждая страховая медицинская организация объективно заинтересована в контроле качества лечения, совершенствовании и внедрении новых диагностических и лечебных технологий в медицинском обслу-

---

<sup>39</sup> Оставшиеся средства распределяются следующим образом: 70% должно направляться на устранение причин неудовлетворительного качества медицинской помощи в медицинских учреждениях (повышение квалификации персонала, приобретение оборудования, внедрение новых технологий и др.); 10% должно направляться в резерв оплаты медицинских услуг (ФФОМС, 1995).

живании, что в перспективе улучшит качество медицинской помощи и сократит выплаты по ОМС» (*ФФОМС, 1995*). Однако декларативные принципы и ожидания от деятельности страховщиков в системе ОМС не подкреплены экономическим механизмом, создающим их реальную заинтересованность в повышении эффективности использования ресурсов в системе ОМС. Страховая медицинская организация ничего или почти ничего не получит от улучшения качества лечения и сокращения страховых выплат.

### Контроль за деятельностью страховых организаций

Контроль за деятельностью страховых медицинских организаций осуществляют федеральный орган исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью (Росстрахнадзор), Федеральный и территориальные фонды ОМС. Некоторыми правами контроля за деятельностью страховщиков наделены также страхователи (органы исполнительной власти и работодатели). Страховые медицинские организации обязаны предоставлять страхователям возможность осуществления контроля за выполнением условий договора ОМС и представлять по их запросу информацию о выполнении условий договора ОМС (*Правительство РФ, 1993*).

Росстрахнадзор и его территориальные органы контролируют главным образом финансовую деятельность страховых медицинских организаций, рассматривая их с этой точки зрения наравне с другими страховыми организациями. К числу функций Росстрахнадзора относятся<sup>40</sup>:

- контроль за обоснованностью страховых тарифов и обеспечением платежеспособности страховщиков;

---

<sup>40</sup> Статья 30 Федерального закона “Об организации страхового дела в Российской Федерации” от 31.12.97 № 157-ФЗ.

- установление правил формирования и размещения страховых резервов, показателей и форм учета страховых операций и отчетности о страховой деятельности.

Росстрахнадзор устанавливает план счетов и правила бухгалтерского учета, показатели и формы учета страховых операций и отчетности страховых медицинских организаций, а также сроки публикации ими годовых балансов счетов прибылей и убытков.

В соответствии с Положением о порядке дачи предписания, ограничения, приостановления и отзыва лицензии на осуществление страховой деятельности, утвержденным Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью 16.03.1994 № 02-02/03, Росстрахнадзор и его территориальные органы (инспекции) вправе давать предписания страховщикам об устранении выявленных нарушений требований законодательства о страховании. В числе оснований для дачи предписания указаны основания, имеющие общий характер для всех страховых организаций, независимо от сферы их деятельности: невыполнение обязанностей, предусмотренных Федеральным законом «О страховании», нарушение установленного порядка формирования и размещения страховых резервов, несоблюдение нормативного размера соотношения между активами и обязательствами, непредставление в срок отчетности и т.п. В случае невыполнения в установленный срок предписания Росстрахнадзор вправе ограничить или приостановить действие лицензии страховщика до устранения им выявленных нарушений.

Следует отметить, что перечень возможных санкций со стороны контролирующего органа в России несколько уже, чем в западных странах. Так, в США лицензирующий орган в случае выявления недостатков в работе страховой медицинской организации может осуществлять несколько категорий корректирующих мероприятий, включая (*Гарвин, 1998*):

- осуществление надзора за деятельностью страховщика и выполнение им плана корректирующих мероприятий (страховщик продолжает свою деятельность);
- приостановление деятельности страховщика;
- отзыв лицензии;
- переход контроля за деятельностью страховщика в руки доверительного управления.

Росстрахнадзор, находясь в системе Минфина РФ, не контролирует и по своему институциональному положению не в состоянии контролировать выполнение страховщиками, участвующими в ОМС, специфических функций, которые они должны выполнять в отличие от других сфер страхования (осуществление оплаты медицинской помощи, контроль за соответствием оплаты ее качеству, контроль качества медицинской помощи, защита прав пациентов).

Контроль за целевым и рациональным использованием финансовых средств ОМС граждан и выполнением договорных обязательств страховых медицинских организаций в системе ОМС возложен на территориальные фонды ОМС. Формой контроля являются представление страховщиками отчетов в территориальный фонд ОМС и проведение фондом проверок деятельности страховщиков.

Наряду с финансовой отчетностью, осуществляющей в соответствии с едиными правилами для всех страховых организаций, страховая медицинская организация дополнительно представляет в территориальный фонд ОМС, с которыми она имеет договор, справку о финансовых результатах по операциям ОМС в сроки, установленные для бухгалтерской отчетности<sup>41</sup>. Показатели и формы отчетности по ОМС для страховых медицинских организаций разрабатываются Федеральным

---

<sup>41</sup> Пункт 2.1. Положения о бухгалтерском учете и отчетности в страховых медицинских организациях. Утверждено Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью 25.07.94 № 02-02/13.

фондом ОМС по согласованию с Росстрахнадзором (*Правительство РФ, 1993*).

Формой контроля за выполнением страховой медицинской организацией функции защиты прав застрахованных является предоставление отчетности о такой деятельности в территориальный фонд ОМС. В настоящее время формой такой отчетности является предоставление статистических данных о количестве обращений и жалоб застрахованных и результатах их рассмотрения, о количестве проведенных экспертиз качества медицинской помощи, их результатах, размере и источниках оплаты труда экспертов, проводивших экспертизы. Федеральным фондом ОМС установлен достаточно детализированный перечень соответствующих показателей статистической отчетности (*ФФОМС, 1997б*).

Сбор статистических данных об осуществлении страховыми медицинскими организациями контроля за качеством медицинской помощи и защиты прав застрахованных служит, разумеется, дисциплинирующим фактором для страховщиков. Вопрос лишь в том, в какой мере эти данные используются территориальными фондами ОМС для сравнительного анализа работы страховщиков и для определения условий материального вознаграждения страховщиков за ведение ими дел по обязательному медицинскому страхованию.

Проверки деятельности страховых медицинских организаций осуществляются территориальными фондами ОМС на основе договоров о финансировании ОМС, заключенных между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями (*ФФОМС, 1997а*). Предметом проверок выступают:

- оформление и выполнение договоров ОМС;
- наличие договоров ОМС со страхователями;
- наличие и ведение реестра застрахованных, его соответствие реестру, переданному в региональный регистр застрахованных;

- соответствие общего числа застрахованных количеству выданных полисов и реестру учета страховых медицинских полисов;
- ведение учета полисов;
- наличие договоров с лечебно-профилактическими учреждениями;
- наличие и обоснованность претензий медицинских учреждений к страховой медицинской организации;
- соответствие договоров типовым договорам;
- организация защиты прав пациентов:
- наличие документов, регламентирующих деятельность СМО по экспертизе качества медицинской помощи и защите прав застрахованных, их соответствие законодательству;
- прием, учет поступающих обращений (жалоб, заявлений) застрахованных;
- своевременность рассмотрения и обоснованность принимаемых по обращениям решений; наличие нарушений по набору медицинских услуг, их доступности (наличие необоснованных отказов в оказании медицинской помощи), комфорта (условия лечения), лекарственному лечению и питанию в стационарах, своевременности госпитализации (длительности ожидания);
- финансовая деятельность страховщиков:
- соблюдение требований раздельного учета операций по ДМС и ОМС;
- достоверность отчетных и бухгалтерских документов;
- правильность бухгалтерского учета;
- наличие фактов нецелевого расходования средств ОМС;
- обоснованность и своевременность оплаты счетов лечебно-профилактических учреждений;
- соответствие используемого способа оплаты медицинских услуг способу, утвержденному территориальным фондом;

- правильность формирования и использования резервов – то есть соответствие установленным правилам;
- распределение общеуправленческих расходов пропорционально долям ОМС и ДМС в общей сумме дохода.

Таким образом, законодательство об ОМС предусматривает формы контроля за финансовой деятельностью страховщиков и за выполнением ими функций защиты прав пациентов. Однако действенность таких форм контроля зависит от наличия хорошо проработанных требований к соответствующим компонентам деятельности страховщиков. Другими словами, зависит от наличия и степени детализации стандартов, нормативов и т.п., определяющих условия предоставления медицинской помощи, порядок рассмотрения жалоб застрахованных и т.д. На практике достаточно конкретными и однозначными являются лишь требования к финансовой деятельности страховщиков.

На территориальные фонды ОМС возложена также обязанность осуществлять контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на ОМС граждан<sup>42</sup>. Согласно нормативному документу Федерального фонда ОМС (*ФФОМС, 1997c*), в применении к страховым медицинским организациям нерациональным использованием средств является такое их использование, при котором:

- расходы на ведение дела по ОМС превышают 4% от средств, поступивших в страховые медицинские организации от территориального фонда ОМС;
- средства направляются на формирование резервных фондов при наличии задолженности перед медицинскими учреждениями за медицинские услуги;

---

<sup>42</sup> Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Утверждено Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 № 4543-1.

- остаток денежных средств на счетах страховой медицинской организации составляет более 12% от средств, поступивших в страховую медицинскую организацию от территориального фонда ОМС.

То есть, понятие рационального использования средств трактуется предельно узко – как слишком высокие административные расходы и неоправданное отвлечение средств ОМС на формирование резервов. Рациональность, таким образом, понимается как своевременная оплата выполненных медицинских услуг и использование для этого максимально возможной части средств, полученных страховой медицинской организацией от территориального фонда ОМС. Использование средств, направляемых медицинским учреждениям, даже не рассматривается в качестве объекта рационализации. Таким образом, главная проблема контроля за деятельностью страховщиков в системе ОМС состоит в том, что предметом контроля не выступает эффективность использования ресурсов.

### Возможности для развития конкуренции

Теоретически российские страховщики могут конкурировать друг с другом и за страхователей, и за медицинские организации, и за застрахованных.

Напомним, что страхователями в системе ОМС выступают для работающего населения – работодатели, а для неработающего – органы власти и местного самоуправления. В отдельных субъектах РФ в роли ассоциированного страхователя либо неработающего населения, либо всего населения выступает территориальный фонд ОМС. Предметом конкуренции за заключение договоров с работодателями не могут выступать размеры страховых платежей. Тариф взносов на ОМС является единым для всех работодателей и устанавливается законом. Теоретически предметом конкуренции между страховщиками могли бы быть размеры платежей страхователей за ОМС неработающего населения. Однако в реальности такая конкуренция

бессмысленна: проблемой является побудить местные органы власти платить за неработающее население больше, чем они это делают.

Опять же теоретически предметом конкуренции между страховщиками мог бы выступать размер норматива подушевого финансирования, по которому они согласны получать средства от территориального фонда ОМС. Для того, чтобы предлагать территориальному фонду ОМС работать на менее выгодных условиях, страховщик должен иметь возможность выбирать производителей, предоставляющих медицинскую помощь с меньшими издержками. Но, как уже говорилось выше, страховщик имеет минимальные возможности такого выбора. В ситуации с коллективным установлением единых тарифов, которые к тому же покрывают лишь переменные издержки медицинских организаций, возможностей для легальной ценовой конкуренции в системе ОМС практически не остается. Ориентация на использование в территориальных системах ОМС единых или унифицированных по категориям учреждений тарифов на медицинские услуги воспроизводит принципы ценообразования, характерные для социалистической экономики. Такая политика противоречит идеологии рыночной экономики, ориентирующей на создание условий для конкуренции между производителями и между покупателями медицинских услуг, предметом которой выступает их цена, определяемая на контрактной основе.

Итак, существующее законодательство об ОМС делает невозможной легальную конкуренцию страховщиков по стоимостным показателям. К тому же в условиях несбалансированности программы ОМС со страховыми платежами теряется смысл конкуренции между страховщиками путем предложения работать при меньшем размере подушевого финансирования.

Предметом конкуренции страховщиков за страхователей может выступать качество медицинской помощи (включая ле-

карственное обеспечение и профилактические мероприятия), предоставляемой застрахованным. Страховщики могут дополнительно к программе ОМС финансировать диагностические, профилактические и оздоровительные мероприятия для застрахованных, используя для этого средства из резерва финансирования предупредительных мероприятий. Однако конкретные направления и порядок использования названного резерва должны согласовываться страховщиком с территориальным фондом ОМС и органами управления здравоохранением (*ФФОМС, 1995*). Такой порядок ограничивает свободу действий страховщиков и сужает пространство для конкуренции. Но главное препятствие развитию конкуренции по качеству медицинской помощи застрахованным состоит в дефицитности финансирования территориальных программ ОМС.

В итоге конкуренция между страховщиками за заключение договоров со страхователями может вестись главным образом в скрытой, теневой форме. Ее предметом могут выступать размеры нелегальных платежей страховых организаций руководителям организаций-страхователей. В свою очередь и конкуренция между страховщиками за производителей медицинских услуг также вытесняется в сферу теневых отношений. Ее предметом могут выступать либо размеры нелегальных платежей страховых организаций руководителям медицинских учреждений, либо наоборот размеры нелегального возврата главным врачом медицинского учреждения части полученных им средств от страховой компании ее руководителям. Направление таких теневых финансовых потоков зависит от конкретных условий и сравнительной политico-экономической силы конкретного страховщика и конкретного медицинского учреждения. Платит тот, кто больше заинтересован в сохранении партнера.

Понятно, что подобные отношения не имеют ничего общего с ценовой конкуренцией, могущей выступать фактором повышения эффективности использования ресурсов в системе

ОМС. Низкий уровень прозрачности системы государственных финансов и системы ОМС, слабость государственного контроля за использованием общественных средств облегчают подобный образ действий.

#### Возможности давления со стороны застрахованных

Главным условием действенного давления застрахованных на страховщиков является свобода граждан выбирать страховую организацию. Это стимулирует развитие конкуренции страховщиков за застрахованных, предметом которой выступает качество их медицинского и информационного обслуживания. Статья 6 Федерального закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» устанавливает право граждан на выбор страховой медицинской организации. Однако в Типовых правилах обязательного медицинского страхования (*ФФОМС, 1993d*), в разделе, посвященном правам застрахованных, уже нет даже упоминания о праве граждан на выбор страховой медицинской организации. В типовом договоре обязательного медицинского страхования работающих граждан, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 11.10.1993 № 1018, также ничего не сказано о праве и порядке перехода застрахованных работодателями лиц в другую страховую медицинскую организацию. Не упоминается о такой возможности и в Типовом договоре обязательного медицинского страхования неработающих граждан, утвержденным тем же Постановлением. Согласно пункту 19 каждого из указанных типовых договоров, действие страховых полисов прекращается либо одновременно с прекращением действия договора, либо в случае смерти застрахованного, либо изменения застрахованым места жительства. Таким образом, сами граждане лишены прямой возможности менять страховщика. Точнее их право, установленное законом, не подкреплено подзаконными актами. Следовательно, субъектами выбора

страховщиков являются лишь страхователи: органы исполнительной власти и работодатели.

Сложившееся в российской системе ОМС положение характеризуется слабым давлением государства на страховщиков, слабым конкурентным давлением, слабым давлением застрахованных. В России нет единой государственной системы медико-экономических стандартов (протоколов) лечения заболеваний, которые устанавливали бы детальные требования к объему, качеству и стоимости медицинских услуг, оплачиваемых за счет государственных средств. Требования государства к рациональности использования средств декларативны, плохо специфицированы. Должным образом не обеспечивается контроль за использованием бюджетных ассигнований просто по назначению, не говоря уже о контроле за эффективностью затрат. Государство не соблюдает своих обязательств по финансированию медицинской помощи. Законодательство о медицинском страховании не создает институциональные возможности и заинтересованность страховщиков осуществлять деятельность, направленную на повышение эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения. Все это препятствует реализации потенциала повышения эффективности системы медицинского обслуживания населения, которым обладает модель медицинского страхования с частными страховщиками.

### **8.3. Сравнение деятельности страховых медицинских организаций и филиалов фондов ОМС**

Реальные институциональные условия участия страховых медицинских организаций в системе ОМС далеки от тех, которые необходимы для их эффективной деятельности. Как на практике страховщики выполняют функции покупателей медицинских услуг? Что можно сказать об эффективности их практической деятельности? Насколько оправдано широко

распространенное среди работников отрасли представление о проблематичности позитивного вклада страховщиков в обеспечение функционирования системы медицинского обслуживания? Для ответов на эти вопросы воспользуемся результатами исследования деятельности территориальных фондов ОМС, их филиалов и страховых медицинских организаций, проведенного во второй половине 1999 г. рабочей группой Всемирного банка (в составе которой был и автор данной книги) при поддержке Федерального фонда ОМС (*Всемирный банк, 1999*). Исследование проводилось методом анкетного опроса, на который ответили примерно 80% всех страховых медицинских организаций России и территориальных фондов ОМС, и половина филиалов этих фондов.

Анализ прежде всего показал, что ресурсный потенциал страховых медицинских организаций заметно выше по сравнению с филиалами фондов ОМС, выполняющими функции страховщиков в системе ОМС. Страховые компании имеют относительно больше специалистов в расчете на тысячу застрахованных и более развитые автоматизированные системы.

По данным опроса, был проведен анализ взаимосвязи между размерами страхового поля двух типов страховщиков и характеристик экономического развития регионов (*Алешин, 2000*). В качестве таких характеристик были взяты рейтинги регионального развития, выраженные в порядковой шкале (ранжирование регионов по потребительскому, трудовому, производственному, финансовому, инновационному и другим видам потенциалов). Результаты рангового корреляционного анализа свидетельствуют о наличии статистически существенной положительной зависимости между количеством застрахованных на одну медицинскую страховую организацию и уровнем экономического развития региона. Иными словами, чем более развит в экономическом отношении регион, тем больше число застрахованных в каждой СМО, участвующей в системе ОМС, и тем меньше количество таких СМО. Этот вы-

вод справедлив для всех регионов, где в качестве страховщиков действуют как только СМО, так и СМО совместно с филиалами ТФОМС. Для тех регионов, где функции страховщиков одновременно осуществляют СМО и филиалы ТФОМС, существует статистически значимая положительная зависимость между размерами валового регионального продукта и долей застрахованных в СМО в общем количестве застрахованных по ОМС. То есть, чем более развит в экономическом отношении регион, тем больше доля страхового поля, приходящаяся на СМО.

Проведенный опрос позволяет оценить эффективность выполнения функций страховщиков страховыми медицинскими организациями в сравнении с филиалами территориальных фондов ОМС.

#### **Организация медицинской помощи и рационализация использования ресурсов**

Анализируя выполнение страховщиками этой функции, следует принять во внимание, что конкретные механизмы участия СМО в организации предоставления медицинской помощи не раскрываются ни в типовых договорах, ни в иных актах Правительства РФ и Федерального фонда ОМС. Это породило гипотезу о том, что СМО имеют очень ограниченные возможности участия в организации предоставления медицинской помощи населению. Однако эта гипотеза не подтвердилась.

Подавляющее большинство страховщиков осуществляют контроль за оказанием стационарной медицинской помощи застрахованным. При этом чаще применяется контроль при направлении на госпитализацию, его осуществляют 66% СМО и 72% филиалов ТФОМС, реже – контроль после выписки больного, его практикуют 51% СМО и 56% филиалов ТФОМС. Интересно отметить, что данные, представленные страховщиками, в этом вопросе противоречат оценкам ТФОМС (см. выше). Это заставляет задуматься об уровне информированности

ТФОМС о реальной роли страховщиков в организации медицинской помощи.

84% СМО и 86% филиалов ТФОМС осуществляют контроль за сроками госпитализации, 87% СМО и 92% филиалов ТФОМС – за обоснованностью исследований в стационаре, 82% СМО и 90% филиалов ТФОМС – за использованием лекарственных средств при оказании стационарной помощи застрахованным.

Из этих данных видно, что доля СМО, пассивных в осуществлении контроля за обоснованностью госпитализации, немногим выше, чем доля пассивных филиалов ТФОМС.

80% СМО и 84% филиалов ТФОМС, указали, что проводят анализ обоснованности объемов и структуры оплачиваемой стационарной медицинской помощи. Но лишь 52% СМО и 70% филиалов ТФОМС участвуют в планировании оказания медицинской помощи в регионе. При этом 81% СМО и 87% филиалов ТФОМС считают планирование объемов медицинской помощи при заключении договоров с ЛПУ необходимым для более рационального использования ресурсов. Однако актуальным в настоящих условиях такое планирование признает меньшее число страховщиков: 60% СМО и 52% филиалов ТФОМС. Обращает на себя внимание, что число филиалов ТФОМС, указавших на актуальность планирования объемов медицинской помощи, меньше, чем число филиалов ТФОМС, осуществляющих такое планирование. Такое расхождение ответов наблюдается для страховщиков Республики Башкортостан, Бурятия, Хакасия, Краснодарского края, Мурманской, Нижегородской, Орловской областей. Это заставляет сделать вывод о формальном характере планирования, которое осуществляется в этих регионах.

55% СМО и 66% филиалов ТФОМС проводят анализ экономической и клинической эффективности различных вариантов предоставления медицинской помощи застрахованным. Эти показатели примерно соответствуют показателям участия

страховщиков в планировании оказания медицинской помощи в регионе. Хотя вновь следует отметить, что число СМО, проводящих такой анализ, больше числа участвующих в планировании, а для филиалов ТФОМС дело обстоит обратным образом. Это подкрепляет вывод, что планирование, проводимое филиалами ТФОМС, в ряде случаев является формальным, не включает применения более или менее серьезного анализа, а потенциал СМО, наоборот, в отдельных регионах недостаточно востребован.

50% СМО и 74% филиалов ТФОМС участвуют совместно с органами управления здравоохранением в организации более рациональных маршрутов пациентов.

49 СМО и 17 филиалов ТФОМС указали на использование иных форм планирования медицинской помощи в регионе.

#### Оплата медицинской помощи в соответствии с качеством и количеством оказываемых услуг

Все страховые медицинские компании и все филиалы ТФОМС осуществляют экспертизу правильности счетов медицинских учреждений. Индикатором эффективности выполнения этой работы может служить характеристика методов проведения экспертизы правильности счетов, которые ЛПУ выставляют страховщикам. Страховщики применяют как автоматизированные, так и экспертные (визуальные) методы проведения медико-экономической экспертизы поступающих счетов. Существенных различий между СМО и филиалами ТФОМС по степени распространенности этих методов не наблюдается. Автоматизированная медико-экономическая экспертиза проводится в 66% СМО и в 61% филиалов ТФОМС, визуальная – в 77% СМО и в 78% филиалов ТФОМС.

## **Контроль за объемом и качеством медицинских услуг, предоставляемых населению**

Функция контроля за качеством медицинских услуг реализуется в деятельности страховщиков посредством проведения медицинской экспертизы услуг, предоставленных ЛПУ застрахованным в рамках реализации территориальных программ ОМС. Основными методами проведения страховщиками медицинской экспертизы являются экспертиза счетов, которые ЛПУ представляют страховщикам для оплаты, и экспертиза первичной медицинской документации ЛПУ. Причем подавляющее число страховщиков применяет одновременно оба этих метода. Среди страховых компаний 76% проводит медицинскую экспертизу счетов ЛПУ, и 87% – экспертизу первичной медицинской документации. Среди филиалов ТФОМС 79% проводит медицинскую экспертизу счетов ЛПУ, и 87% – экспертизу первичной медицинской документации. Таким образом, показатели использования разных методов медицинской экспертизы практически совпадают для двух групп страховщиков. Интересно отметить, что большая доля страховщиков проводит экспертизу первичной медицинской документации, которая является методом более детального контроля за качеством медицинской помощи в сравнении с методом экспертизы выставляемых счетов ЛПУ. Это свидетельствует в пользу вывода о высокой степени активности страховщиков в выполнении функции контроля качества медицинских услуг.

В ряде субъектов РФ применяются и иные методы проведения страховщиками медицинской экспертизы. Это экспертиза реестров оказанных медицинских услуг и реестров пролеченных больных, анализ отчетов ЛПУ, проверка историй болезни, опросы и анкетирование пролеченных больных, проведение очной медицинской экспертизы и освидетельствования пролеченных больных и другие. Правда, иные формы медицинской экспертизы распространены незначительно, на их

применение указали всего 5% СМО и 2% филиалов ТФОМС. Но нужно отметить, что и здесь более активны СМО и они используют более широкий спектр таких методов: среди ответов СМО можно идентифицировать 9 разных методов медицинской экспертизы, среди ответов филиалов ТФОМС – только 4.

Косвенным свидетельством внимания страховщиков к выполнению функции контроля за качеством медицинских услуг служит наличие в их составе специальных структурных подразделений, занимающихся медицинской экспертизой. Такие специализированные подразделения выделены в организационной структуре 28% СМО и 6% филиалов ТФОМС. У подавляющего большинства страховщиков они отсутствуют. В среднем в одном таком подразделении работает 5,6 сотрудников в СМО и 3,2 сотрудника в филиалах ТФОМС.

### Задача интересов застрахованных

Косвенным свидетельством внимания страховщиков к выполнению функции защиты интересов застрахованных служит наличие в их составе специальных структурных подразделений, занимающихся защитой прав застрахованных. Такие специализированные подразделения выделены в организационной структуре 40% СМО и 20% филиалов ТФОМС. У подавляющего большинства страховщиков они отсутствуют. В среднем в одном таком подразделении работает 3,7 сотрудника в СМО и 1,8 сотрудника в филиалах ТФОМС.

Судить о эффективности выполнения страховщиками функций защиты прав застрахованных можно по показателям, характеризующим работу с жалобами застрахованных. Прежде всего обращает на себя внимание десятикратное различие между показателями количества обратившихся с жалобами в расчете на 10000 застрахованных для разных типов страховщиков. Для СМО этот показатель составил в среднем 29,6 обращений, а для филиалов ТФОМС – всего 2,8. Эти различия было бы неправильно объяснить тем, что качество

услуг, предоставление которых застрахованным организуют филиалы ТФОМС выше, чем качество услуг, предоставление которых финансируется СМО, и потому у застрахованных больше жалоб, с которыми они обращаются в СМО. Более реалистичным является иное объяснение: застрахованные гораздо лучше информированы о своих правах обращаться с жалобами на качество полученного лечения в страховые медицинские организации, чем в филиалы ТФОМС, выполняющие функции страховщиков.

Поступающие жалобы рассматриваются страховщиками, и по части из них проводится дополнительная экспертиза. Нужно отметить, что в филиалах ТФОМС доля жалоб, по которым проводится экспертиза вдвое выше, чем в СМО: 26% и 12% соответственно. Но поскольку в филиалы ТФОМС поступает меньшее число жалоб, то количество проведенных экспертиз жалоб в расчете на 10000 застрахованных выше в СМО и составляет 3,5 против 0,7 в филиалах ТФОМС.

Обоснованными были признаны 3,5% жалоб, поступивших в СМО. И этот показатель сильно колеблется по регионам. Интересно, что в регионах – лидерах по числу жалоб, процент признанных обоснованными был ниже среднего. Это свидетельствует как раз в пользу вывода о том, что большое количество жалоб говорит скорее об уровне информированности населения о своих правах и возможностях страховщиков, чем о более низком качестве медицинских услуг в этих регионах.

Почти три четверти (73,5%) из числа жалоб, признанных обоснованными, послужили основанием для исков ЛПУ, предъявленных как самими застрахованными (43,4%), так и СМО (30,1%). 7,6% жалоб, признанных страховщиками обоснованными, были предъявлены ЛПУ в форме судебных исковых заявлений, из которых 42,5% судом были удовлетворены.

При анализе аналогичных показателей деятельности филиалов ТФОМС обращает на себя внимание гораздо более высокая доля жалоб, признанных самими филиалами обоснован-

ными: она составила 42,4% против 3,5% в СМО. Но из числа обоснованных жалоб лишь 11,1% стали основанием для исков ЛПУ, причем сами филиалы стали инициаторами предъявления исков ЛПУ со стороны ТФОМС в 1,5% случаев жалоб, признанных обоснованными. Всего лишь 3,0% признанных страховщиками обоснованными, были предъявлены ЛПУ в форме судебных исковых заявлений, из которых 23,75% судом были удовлетворены.

Таким образом, в сравнении с СМО, филиалы ТФОМС проводят экспертизы по относительно большему количеству жалоб, большее количество жалоб признают обоснованными. Это обстоятельство свидетельствует о том, что застрахованные имеют больше оснований для предъявления претензий по качеству медицинских услуг, предоставление которых организуют филиалы ТФОМС, чем в случаях, когда это делают СМО. При этом филиалы ТФОМС меньшее число жалоб доводят до исков ЛПУ, в том числе судебных исков, и в меньшем числе случаев добиваются удовлетворения судом этих исков.

Итак, сравнение СМО и филиалов ТФОМС по выполнению функции защиты прав застрахованных свидетельствует, что СМО более активны в реализации этой функции. Вместе с тем нельзя не обратить внимание на то, что большое число поступающих от застрахованных жалоб признается необоснованными. Это может свидетельствовать о недостаточности знаний застрахованных о своих правах в системе ОМС, что и порождает необоснованные жалобы.

Большая часть исков предъявляется ЛПУ во внесудебном порядке. В случаях судебного разбирательства большая часть исков не удовлетворяется. Это может быть объяснено двумя причинами: 1) неразвитостью законодательства о защите прав пациентов, юридической сложностью доказательства вины ЛПУ и врачей; 2) недостаточным уровнем профессионализма работников СМО, готовящих или помогающих готовить застрахованным исковые заявления и защищающих их в суде.

## **Содействие институциональным инновациям**

Важной характеристикой роли страховщиков в становлении и развитии системы ОМС является их участие во внедрении и поддержании институтов (правил, норм), создающих условия для эффективного выполнения других рассмотренных выше функций. К числу таких институциональных инноваций следует прежде всего отнести внедрение автоматизированных систем учета страхователей, застрахованных, объемов медицинских услуг, лекарственного обеспечения и др. Согласно опросу, имеют автоматизированные системы учета 41% СМО и 15% филиалов ТФОМС. Все из указавших на наличие автоматизированных систем имеют такие системы для учета страхователей и застрахованных, 38% СМО и 10% филиалов ТФОМС имеют автоматизированные системы учета объемов медицинской помощи, и всего 18% СМО и 2% филиалов ТФОМС – системы учета лекарственных средств.

Характеристикой институциональной активности страховщиков являются показатели их участия в разработке нормативной документации ОМС на уровне субъектов РФ. ТФОМС обязаны участвовать в подготовке всех таких документов. Интерес представляет выяснение активности СМО в таких институциональных инновациях. Опрос показал, что 53% СМО участвовали в разработке документов, регулирующих порядок защиты прав застрахованных, и столько же – в разработке порядка внедомственной экспертизы. 41% СМО принимали участие в разработке медико-экономических стандартов, 43% – тарифов на медицинские услуги, оказываемые в системе ОМС, 38% – порядка оплаты медицинских услуг, оказываемых ЛПУ, 18% – порядка финансирования лекарственного обеспечения населения в ЛПУ, 20% – в разработке других типов нормативных документов.

Анализ работы российских страховщиков, проведенный по материалам публикаций в средствах массовой информации,

позволяет привести и другие интересные примеры институциональных инноваций, инициированных страховщиками:

А. Внедрение пластиковых магнитных карт для автоматизированного учета медицинской помощи, предоставляемой каждому застрахованному и осуществления соответствующих взаиморасчетов между страховыми компаниями и медицинскими организациями.

Б. Инициация введения институтов, определяющих требования к эффективности использования средств ОМС. Например, в Москве страховая медицинская компания Макс-М взяла на себя инициативу разработки проектов нормативных документов по введению медико-экономических стандартов, установивших состав и стоимость медицинской помощи, оказываемой и оплачиваемой при лечении различных видов заболеваний. Это позволило устраниТЬ мотивацию медицинских учреждений к неоправданному наращиванию объемов оказываемой помощи, предъявляемых к оплате страховщикам.

В. Внедрение рыночных процедур распределения ресурсов. В качестве примера можно привести эксперимент, проведенный в Москве в 1997-1998 гг. по инициативе двух страховых медицинских компаний: Макс-М и Росно (Зурабов, 1997). Они добились передачи им функций финансирования лекарственного обеспечения тех групп населения, предоставление лекарств которым финансируется за счет государственного бюджета. Страховщиками была обнаружена подделка льготных рецептов в больших масштабах. Изменение формы рецептов и усиление контроля за их выписыванием позволило устраниТЬ возможность злоупотреблений. По данным страховой компании Макс-М, это обеспечило экономию государственных средств на 4%. Гораздо больший размер экономии был обеспечен за счет внедрения тендерных процедур закупки лекарственных средств. Проведенный эксперимент обеспечил экономию затрат бюджета на приобретение лекарственных средств для ЛПУ и для льготных категорий граждан в размере

30% от первоначально запланированных расходов на эти цели в бюджете города Москвы на 1997 г. (*Матвиенко 1999*). Страховые компании, участвующие в эксперименте, получили 4% комиссионных от величины фактически переданных им бюджетных средств (переданные им средства не включали вышеуказанную экономию, которая осталась в городском бюджете).

Последний пример служит самым убедительным подтверждением выводов теоретического анализа, которые были представлены выше, о том, что деятельность частных страховщиков может повышать эффективность использования общественных ресурсов даже без конкуренции и при слабости давления государства, если это становится для страховщика необходимым условием экспансии его деятельности.

Следует отметить, что субъектами институциональных инноваций в области финансирования здравоохранения являются и фонды ОМС. В качестве примеров таковых можно указать следующие инновации:

А. Внедрение пластиковых карт для автоматизированного учета медицинской помощи, предоставляемой каждому застрахованному.

Б. Создание информационных систем, осуществляющих автоматизированный учет и контроль поступления и расходования денежных средств в системе ОМС.

В. Внедрение менее затратных методов финансирования медицинских учреждений по сравнению со сметным финансированием фактически оказываемых услуг.

Г. Разработка тарифов оплаты медицинской помощи, уменьшающих плату за повторное лечение того же самого заболевания у больного и таким образом ориентирующих учреждения здравоохранения на качественное проведение первого лечения (*Никитченко, Мельченко, 1998*).

Сравнивая деятельность фондов ОМС и страховых медицинских организаций, следует констатировать, что доступные для анализа данные не позволяют сделать заключения о том,

кто активнее в осуществлении эффективных институциональных инноваций в системе ОМС.

#### Сравнение страховщиков по совокупности выполняемых функций

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы о сравнительной активности СМО и филиалов ТФОМС в выполнении функций страховщиков в системе ОМС.

Число СМО, участвующих в организации и рационализации медицинского обслуживания населения, оказалось более высоким, чем можно было ожидать, рассматривая права, которые им предоставлены в этих вопросах. Но среди филиалов ТФОМС большее доля тех, кто на практике участвует в организации предоставления медицинской помощи застрахованным. Однако есть основания считать, что планирование объемов медицинской помощи, которое осуществляют ТФОМС и их филиалы, является в ряде субъектов РФ формальным, поверхностным и не опирается на серьезный экономический анализ.

Не наблюдается существенных различий между СМО и филиалами ТФОМС по выполнению функции оплаты медицинской помощи. В осуществлении контроля за объемом медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, СМО и филиалы ТФОМС действуют схожим образом. СМО более активны в осуществлении контроля качества медицинских услуг. У СМО выполнением функции контроля за объемом и качеством услуг занимается большее число сотрудников, которые чаще выделяются в отдельное структурное подразделение, что косвенным образом свидетельствует в пользу большего внимания СМО к выполнению данной функции. СМО также более активны в реализации функции защиты прав застрахованных.

СМО в целом более активны в выполнении функций страховщиков в системе ОМС. Но важным уточнением является то, что этот вывод справедлив примерно для половины страховых организаций, ответивших на вопросы анкеты.

## Степень конкурентности рынка страховых услуг в системе ОМС

Проведенный опрос свидетельствует о неразвитости конкуренции между СМО за медицинские учреждения. Лишь в 5 регионах из 51, где действуют СМО, ТФОМС назвали сильной конкуренцию среди СМО за медицинские учреждения. Конкуренция за застрахованных встречается чаще. Согласно оценкам ТФОМС, она является сильной в 15 регионах. Среди самих СМО 6% посчитали сильной конкуренцию за медицинские учреждения, но 47% – за застрахованных. Что касается конкуренции за страхователей, то в 21 регионе ТФОМС расценили ее как сильную. Среди СМО такую оценку дали 54% страховщиков.

Опрос свидетельствует о высокой динамичности рынка страховщиков в системе ОМС. За три года (1996-1998 гг.) 139 СМО вышли из системы ОМС. Это составляет 26% от общего числа СМО на начало 1996 г. За это же время в систему ОМС пришло 44 новых СМО (8%). Основными причинами изменений в составе СМО названы административные решения, выводящие СМО из системы ОМС, и слияние страховых компаний. В 31 регионе ТФОМС оценили произошедшие изменения в составе страховщиков как приведшие к более равномерному распределению страхового поля, в 17 – как к менее равномерному.

Из проведенного анализа вытекают следующие выводы.

Модель с частными страховщиками является потенциально более эффективной. Для реализации этого потенциала необходимо более развитое институциональное окружение и более ответственная и действенная политика самого государства.

Даже в условиях слабости государственного регулирования деятельность страховых медицинских организаций немноголе активна, чем деятельность филиалов ТФОМС. Но выводы об активности относятся примерно к половине страховых

компаний. Остальные – это пассивные трансляторы денег от фондов ОМС медицинским учреждениям. И если не менять создавшееся положение, то оправданность дальнейшего сохранения частных страховщиков в нынешней их роли действительно проблематична.

## **Глава 9. Экономико-правовые условия деятельности медицинских организаций**

Главный изъян системы административного управления здравоохранением состоит в недостатке движущих сил, побуждающих медицинские организации к эффективной деятельности. Конкурентное давление практически отсутствует, клиенты могут легально влиять на качество обслуживания только через обращение к государственным органам, а создать достаточно сильное и устойчивое давление со стороны государства, заставляющее ЛПУ стремиться к повышению эффективности своей работы, не удается. У самих ЛПУ ограничены возможности и отсутствует экономический интерес к принятию рациональных хозяйственных решений.

Поэтому организационно-экономические преобразования в системе здравоохранения должны были решить задачу формирования таких институциональных условий деятельности медицинских организаций, в которых появляются реальные мотивы для эффективной деятельности. Решение этой задачи должно было быть обеспечено предоставлением хозяйственной самостоятельности лечебно-профилактическим учреждениям и возложением на них экономической ответственности за результаты своей работы. Эти изменения должны были усилить роль легального экономического интереса в их деятельности, создать конкурентную среду и сделать эти организации восприимчивыми к влиянию клиентов и действиям конкурентов. Для решения этих задач необходимы были изменения в правовом положении государственных лечебно-профилактических учреждений и внедрение новых методов финансирования их деятельности.

## **9.1. Правовое положение медицинских организаций**

С советских времен организации, предоставляющие медицинскую помощь населению, именуются лечебно-профилактическими, или медицинскими учреждениями. По традиции это же понятие используется и в российских законах, принятых в начале 90-х годов: «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991 г.) и «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.).

В Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» указывается, что медицинские учреждения в системе медицинского страхования являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями (часть 1 статьи 20). Но понятие «самостоятельно хозяйствующий субъект» далее не определяется. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» предусматривают, что государственные, муниципальные и частные медицинские учреждения являются юридическими лицами, но не раскрывают каких-либо особенностей правового положения медицинских учреждений.

Понятие учреждения, как формы юридического лица, определено в ГК РФ (статья 120). Однако там, как и в Законе «О некоммерческих организациях» права и обязанности учреждений охарактеризованы лишь в самом общем виде. Статьи 120 и 296 ГК РФ устанавливают, что учреждение пользуется правами оперативного управления в отношении закрепленного за ним имущества. При этом содержание права оперативного управления раскрыто недостаточно полно и четко. В пункте 1 статьи 296 указывается, что учреждение в отношении закрепленного за ним имущества осуществляет в пределах, установленных законом, в соответствии с целями своей деятельности, заданиями собственника и назначением имущества права владения, пользования и распоряжения им. В действующих феде-

ральных законах не установлены пределы, в рамках которых государственные и муниципальные учреждения могут осуществлять право оперативного управления имуществом. Нигде не проясняется понятие «соответствия заданиям собственника».

Более четко в ГК РФ определены права учреждения в отношении доходов, полученных от его деятельности (статья 298). Такие доходы и имущество, приобретенное за их счет, поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и должны учитываться на отдельном балансе.

Бюджетный кодекс Российской Федерации, принятый в 1998 г. и вступивший в действие с 1 января 2000 г., квалифицирует организации, наделенные государственным или муниципальным имуществом на праве оперативного управления и не имеющие статуса федерального казенного предприятия, в качестве бюджетных учреждений (часть 2 статьи 161). Это означает, что все государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения признаются бюджетными учреждениями. Бюджетный Кодекс требует, чтобы финансирование деятельности бюджетного учреждения из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда производилось на основе сметы доходов и расходов, в которой должны быть отражены все виды доходов учреждения. Использование бюджетных средств учреждением также должно производиться в соответствии с утвержденной сметой доходов и расходов. Эти положения Бюджетного кодекса существенно ограничивают хозяйственную самостоятельность ЛПУ. За учреждениями сохраняется право самостоятельно расходовать лишь средства, полученные за счет внебюджетных источников.

Организационно-правовая форма учреждения не отвечает задачам разделения функций и ответственности между органами управления здравоохранением и медицинскими организациями, учредителями которых выступают первые. Статус

бюджетного учреждения не обеспечивает той меры хозяйственной самостоятельности производителей медицинских услуг, которая необходима для актуализации их экономического интереса к национальному хозяйствованию.

На практике правовое положение государственных и муниципальных медицинских учреждений определяется их учредительными документами (уставами, положениями), которые утверждаются органами государственной власти и местного самоуправления, выступающими учредителями данных организаций. Министерство здравоохранения РФ и Государственный комитет РФ по управлению государственным имуществом в 1994 г. утвердили примерный устав государственного (муниципального) учреждения системы здравоохранения, рекомендовав его для использования органам управления здравоохранением, комитетам по управлению имуществом субъектов РФ (*Минздрав РФ, 1994*).

Однако этот документ содержит положения, не соответствующие принятым позднее ГК РФ и Закону «О некоммерческих организациях». Так, согласно пункту 10 указанного устава, имущество, приобретенное учреждением за счет доходов от самостоятельной деятельности, включается в состав имущества, закрепленного за учреждением на праве оперативного управления. Учреждение вправе распоряжаться заработанным имуществом на тех же основаниях, что и имуществом, переданным им государством. В частности, нужно согласовывать с соответствующими органами управления передачу заработанного имущества в пользование или аренду (пункт 11 положения). Между тем статья 298 ГК РФ определяет, что доходы, полученные учреждением от деятельности, предусмотренной уставом, поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе.

Рассматриваемый документ носит рекомендательный характер. Таким образом, федеральное законодательство не содержит обязательных для исполнения норм, четко определяю-

щих содержание права оперативного управления, которое предоставлено государственным и муниципальным учреждениям в отношении переданного им имущества. Это дает широкие возможности органам власти субъектов РФ и органам местного самоуправления самостоятельно трактовать понятие оперативного управления и определять содержание прав и обязанностей государственных и муниципальных медицинских учреждений при утверждении их уставов (положений).

В реальности это приводит к тому, что некоторые лечебно-профилактические учреждения, будучи юридическими лицами, несамостоятельны даже в утверждении своего штатного расписания, что вряд ли можно признать оправданным в условиях рыночной экономики. И наоборот, руководители и сотрудники государственных и муниципальных медицинских учреждений нередко по собственному усмотрению используют помещения и оборудование для развития платных услуг и для извлечения доходов в ущерб основной деятельности этих учреждений, финансируемой государством.

Отношения медицинских учреждений с органами управления здравоохранением, связанные с финансированием медицинской помощи, не опосредуются заключением договоров. Это противоречит общепринятым в настоящее время в странах с рыночной экономикой принципам финансирования здравоохранения. Речь идет о таких проверенных зарубежной практикой принципах, как разделение покупателей и производителей медицинских услуг и организация взаимодействия между ними на контрактной основе.

Хотя существующее законодательство однозначно определяет, что государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) являются юридическими лицами, на практике значительная часть больниц и поликлиник не имеет прав юридического лица. Наиболее типичны следующие ситуации:

- В городах правами юридического лица обладают больницы, крупные диспансеры, диагностические центры, часть поликлиник. Многие поликлиники не имеют прав юридического лица и либо являются структурными подразделениями больниц, либо сохраняют статус, присущий им в административно-командной экономике: все финансовые операции осуществляются через бухгалтерию органа управления здравоохранением, и в лучшем случае для них предусмотрен субсчет для зачисления на него доходов от платных услуг. Расходование бюджетных средств производится по распоряжениям руководителей органов управления здравоохранения.
- В сельских районах правами юридического лица обладает лишь центральная районная больница или территориальное медицинское объединение, в состав которого входят остальные ЛПУ, находящиеся в муниципальной собственности. Участковые больницы, поликлиники, диспансеры получают и расходуют средства через бухгалтерию ЦРБ или ТМО. Встречается также ситуация, когда сельские ЛПУ, будучи структурными подразделениями ЦРБ или ТМО и не имея прав юридического лица, обслуживаются бухгалтериями органов местного самоуправления.

Существующая нормативная база не содержит четких указаний, какие именно структурные единицы существующей сети государственных и муниципальных ЛПУ следует рассматривать в качестве учреждений в смысле ГК РФ, то есть в качестве юридических лиц, а какие могут выступать в качестве территориально или организационно обособленных подразделений более крупных организаций. В законодательстве нет четких указаний, к каким именно организационным единицам государственной и муниципальных систем здравоохранения должны применяться нормы о медицинском учреждении как юридическом лице. Это дает возможность руководителям органов здравоохранения по своему усмотрению определять, ка-

ким из существующих ЛПУ может быть предоставлен статус юридического лица.

То обстоятельство, что многие ЛПУ не имеют прав юридического лица и функционируют в составе комплексов медицинских учреждений, содействует сохранению затратного типа хозяйствования и не позволяет развиваться конкуренции.

## **9.2. Формы финансирования медицинских организаций**

До начала 90-х годов финансирование лечебно-профилактических учреждений осуществлялось по смете расходов. Финансовые средства планировались и выделялись учреждениям по статьям экономической классификации бюджетных расходов (всего 18 статей, включая расходы на оплату труда коммунальных услуг, питание больных, приобретение медикаментов, оборудования, капитальный ремонт и др.). Размер финансовых средств рассчитывался в зависимости от категории и показателей пропускной способности ЛПУ (количество больничных коек, максимальное число амбулаторно-поликлинических посещений врачей за смену), к которым привязывались все нормативы затрат по отдельным статьям (нормативы штатного расписания, расходов на питание больных и медикаменты и т.д.). Учреждения должны были расходовать полученные средства строго по их целевому назначению и не имели права самостоятельно перераспределять их между разными статьями расходов. В случае экономии расходов по какой-то статье по итогам года финансовые органы стремились уменьшить планируемые расходы учреждения на следующий год по указанной статье на сумму полученной экономии.

Метод сметного финансирования удобен финансовым органам, но не создает у учреждений стимулов к более рациональному использованию ресурсов и воспроизводит затратный тип хозяйствования. Лишь в экспериментальном порядке, в

ходе аprobации «нового хозяйственного механизма» в 1988-1992 гг. в нескольких регионах применялись другие формы финансирования медицинских организаций: размер выделяемых средств определялся на основе того или иного интегрального показателя деятельности ЛПУ, значения которого умножались на норматив финансирования, определенный в расчете на единицу данного показателя. Амбулаторно-поликлинические учреждения финансировались по количеству прикрепленных жителей или по числу случаев поликлинического обслуживания, а больницы – по числу пролеченных больных.

Введение системы ОМС повлекло за собой массовое внедрение новых методов оплаты медицинской помощи, заменивших сметное финансирование. Федеральный фонд ОМС в 1993 г. рекомендовал для использования в системе ОМС следующие методы оплаты (*ФФОМС, 1993c*):

Для амбулаторно-поликлинической помощи:

- оплата медицинских услуг по согласованным тарифам;
- оплата медицинских услуг, выраженных в баллах, по единой системе тарифов;
- оплата законченных случаев лечения по согласованным тарифам;
- финансирование по подушевому принципу на одного прикрепившегося к амбулаторно-поликлиническому учреждению.

Для стационарной помощи:

- финансирование стационара по смете расходов под согласованные объемы помощи;
- оплата по числу фактически проведенных пациентом койко-дней, дифференцированная по отделениям стационара;
- оплата за число пролеченных больных по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении;
- оплата за количество законченных случаев госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с кли-

нико-статистическими группами или медико-экономическими стандартами.

Выбор методов оплаты не регламентировался федеральными органами и был отдан на усмотрение субъектов РФ. Во многих случаях решения принимали сами страховые организации и территориальные фонды ОМС. Страховщики стремились организовать финансирование ЛПУ таким образом, чтобы размеры перечисляемых им финансовых средств были увязаны не с показателями их пропускной способности, как это происходит при сметном финансировании, а с показателями, характеризующими объемы деятельности этих учреждений. Широкое распространение получили такие методы оплаты медицинской помощи, как оплата за отдельные услуги, за пролеченного больного, за число койко-дней и за законченный случай госпитализации (см. таблицы 9.1, 9.2). Финансирование по смете расходов использовалось в системе ОМС в 1998 г. в применении всего лишь к 17,4% амбулаторно-поликлинических учреждений и 5,4% больничных учреждений.

#### **ТАБЛИЦА 9.1**

#### **Методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в системе ОМС, в % к числу амбулаторно-поликлинических учреждений, включенных в систему ОМС**

Год	Число учреждений	По смете расходов	По по-душевому нормативу	За отдельные услуги	За законченный случай лечения	Сочетание разных методов
1994	3688	32,0	28,9	11,1	24,3	3,7
1998	8978	17,4	14,4	30,3	33,9	-

Источник: Федеральный фонд ОМС.

#### **ТАБЛИЦА 9.2**

#### **Методы оплаты стационарной медицинской помощи в системе ОМС, в % к числу больничных учреждений, включенных в систему ОМС**

Год	Число учреждений	По смете расходов	По средней стоимости пролеченного больного	За законченный случай госпитализации	По числу койко-дней	Сочетание разных методов
1994	3226	14,2	9,2	47,6	23,9	5,0
1998	5649	5,4	6,8	58,7	29,1	-

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Каждый из методов оплаты медицинской помощи имеет свои преимущества и недостатки в сравнении с другими и стимулирует разную направленность действий медицинских организаций (*ФФОМС, 1993c; Шейман, 1998*). Фактические данные о результатах работы ЛПУ в России, оплачиваемых разными методами, не полностью согласуются с имеющимися теоретическими представлениями. Возьмем такой показатель, как среднее число врачебных посещений на одного прикрепленного пациента в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Наименьшее значение этого показателя достигается при использовании метода оплаты за пролеченного больного, а наибольшее – в случае применения метода подушевой оплаты за каждого прикрепленного (табл. 9.3). Это соответствует теоретическим представлениям. Применение метода оплаты за оказанные услуги, как и должно быть согласно теории, сопровождалось увеличением количества врачебных посещений в ЛПУ, использующих этот метод. Но в сравнении с ЛПУ, оплачиваемыми по смете расходов и по подушевому нормативу, этот показатель оказался меньше, что является необычным результатом.

### ТАБЛИЦА 9.3

#### **Среднее число врачебных посещений на одного прикрепленного пациента в год в амбулаторно-**

**поликлинических учреждениях, оплачиваемых разными методами в системе ОМС**

Год	В среднем по всем ЛПУ	По смете расходов	По подушевому нормативу	За отдельные услуги	За законченный случай лечения	Сочетание разных методов
1994	4,4	3,6	5,4	4,2	4,1	4,5
1998	5,2	5,9	6,1	5,1	4,3	-

Источник: Федеральный фонд ОМС.

**ТАБЛИЦА 9.4**

**Среднее число дней госпитализации больного в стационарах, оплачиваемых разными методами в системе ОМС**

Год	В среднем по всем ЛПУ	По смете расходов	По средней стоимости пролеченного больного	За законченный случай госпитализации	По числу койко-дней	Сочетание разных методов
1994	13.1	15.2	13.9	11.8	15.7	12.2
1998	13,8	14.4	14.7	13.5	14.0	-

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Самым неожиданным оказалось влияние разных методов оплаты стационарной помощи на такой важнейший показатель эффективности работы стационаров, как средняя длительность госпитализации (см. табл. 9.4.). В противоположность теоретическим положениям, использование методов оплаты по средней стоимости пролеченного больного и за законченный случай госпитализации привело не к сокращению, а к увеличению средней длительности пребывания больного в стационаре. И наоборот, оплата за число койко-дней сопровождалась сокращением этого показателя. В итоге произошло выравнивание значений средней дли-

тельности госпитализации при использовании разных методов оплаты (*Макарова, 2000*).

Нужно заметить, что несоответствие результатов внедрения новых методов оплаты медицинской помощи теоретическим выводам о направленности создаваемых ими стимулов не является уникальным явлением. Анализ реформ в других странах также свидетельствует, что внедрение экономических стимулов может привести, а может и не привести к ожидаемым результатам – все зависит от исходной ситуации с оплатой, с масштабами изменений и т.д. (*Салтман, Фигейрас, 2000, с. 243*). Неожиданные результаты внедрения новых методов оплаты в нашей стране объясняются тем, что показатели числа врачебных посещений и длительности госпитализации стали предметом самостоятельного регулирования. Они были использованы в качестве нормативных показателей, включаемых в стандарты лечения заболеваний. Органы управления здравоохранением и страховщики осуществляли контроль за соблюдением нормативных показателей безотносительно к применяемым методам оплаты медицинской помощи. Больницам было проще не выписывать пациентов ранее нормативных сроков, чем объяснять причины несоблюдения длительности госпитализации, предписанной стандартами (*Кадыров, 1996*). Кроме того страховщики устанавливали предельно допустимые значения длительности госпитализации при использовании метода оплаты по числу койко-дней, контролируя таким образом общий уровень возмещаемых расходов (*Лебедева, 1996, с. 62*).

Центральной проблемой организации финансирования ЛПУ стала двойственность источников и методов их финансирования за предоставление населению медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС. Такие виды помощи должны были оплачиваться только за счет средств ОМС, но на практике продолжают финансиро-

ваться как из нового источника – системы ОМС, так и из прежнего – бюджета. Согласно федеральным рекомендациям, бюджетные и страховые средства должны использоваться для покрытия разных статей расходов. На практике же нередко отдельные статьи расходов ЛПУ покрываются одновременно из двух указанных источников финансирования.

При финансировании разных групп расходных статей из разных источников становится затруднительным или вообще невозможным для медицинских организаций перебрасывать средства с одной статьи расходов на другую, необходимость чего может возникать вследствие неравномерности выделения средств из разных источников.

Финансирование медицинских организаций из двух источников по разным статьям расходов или даже по пересекающимся перечням статей расходов производится на основе разных принципов. В системе ОМС применяются методы оплаты, увязывающие размер финансирования с объемами оказываемой медицинской помощи. А бюджетное финансирование отдельных статей расходов ЛПУ производится по общему правилу как финансирование содержания этих учреждений безотносительно к реальным объемам и качеству оказываемой медицинской помощи. Такое сочетание элементов страхового и бюджетного финансирования снижает эффект новых методов оплаты, действующих в системе ОМС, и не создает стимулов у медицинских организаций к поиску путей экономии расходов по отдельным статьям, к поиску вариантов более рационального перераспределения средств между расходными статьями.

Таким образом, существующая организация государственного финансирования лечебно-профилактических учреждений не обеспечивает ощутимого давления, побуждающего их к повышению эффективности своей деятельности.

сти, а содействует воспроизводству сложившегося затратного типа хозяйствования.

# **Раздел 3**

**Направления  
реформирования  
системы  
финансирования  
и управления**

## **Глава 10. Пути достижения сбалансированности государственных гарантий медицинской помощи населению и их финансового обеспечения**

### **10.1. Необходимость продолжения реформ в здравоохранении**

Современное состояние здоровья населения Российской Федерации характеризуется высокими показателями заболеваемости и смертности. В первой половине 90-х годов значительно увеличились показатели смертности, и снизились показатели средней ожидаемой продолжительности жизни. С 1995 г. наметилась тенденция к улучшению этих показателей, но позитивные изменения минимальны, а абсолютные значения уровня смертности и ожидаемой продолжительности жизни остаются ниже, чем в предыдущее десятилетие (см. табл. 4.1), не говоря уже об уровне стран с развитой рыночной экономикой. В 1999 году вновь выросла смертность, ухудшились показатели ожидаемой продолжительности жизни: у мужчин она составила 59,8 лет (в 1998 году – 61,3); у женщин – 72,2 (в 1998 году – 72,9). Показатели средней продолжительности жизни граждан России примерно на 10 лет меньше, чем в странах с развитой экономикой. Смертность от болезней кро-вообращения, а также инфекционных и паразитарных заболеваний в 2 и более раза превышает аналогичные показатели, регистрируемые в странах Европы, США, Японии.

Данные о заболеваемости в России в течение 90-х годов не свидетельствуют о четко выраженных и легко интерпретируемых тенденциях (*ООН, 1999, с. 68*). В целом за период 1990-1998 гг. общее число заболеваний с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек выросло с 651 до 670 (см.

табл. 4.1). Резко увеличилась заболеваемость туберкулезом, инфекционными болезнями, крови и кроветворных органов, мочеполовой системы, растет число эндокринных заболеваний и психических расстройств. В последние годы сокращается обращаемость населения в лечебно-профилактические учреждения по поводу острых заболеваний, но увеличивается число больных хроническими заболеваниями, число обращений к врачам с сильно запущенными формами заболеваний, число осложнений. Это свидетельствует о снижении доступности для населения профилактической, амбулаторно-поликлинической и лекарственной помощи.

В перспективе существенными факторами роста потребностей в медицинской помощи станут увеличение доли лиц пожилого возраста с более высокими потребностями в лечении; усложнение течения традиционных заболеваний (ОРЗ, пневмония и т.д.), вызванное вирусными мутациями, рост информированности населения о новых эффективных лечебно-диагностических технологиях и лекарственных средствах.

Между тем состояние системы здравоохранения характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия принципиальных решений о дальнейших действиях государства. Главными при этом являются проблемы организационно-экономические.

Из-за сокращения государственного финансирования происходит уменьшение масштабов профилактики заболеваний и нарастание платности медицинской помощи. Это существенно снижает доступность медицинской помощи, причем в наиболее сложном положении оказываются наименее обеспеченные группы населения. Растущее число больных вынуждены отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств.

Существующие государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларативный характер. Объем государственного финансирования здравоохранения сегодня составляет немногим более 3% ВВП. Страны развивающегося

мира с аналогичным уровнем государственных расходов на здравоохранение гарантируют населению только самые минимальные «пакеты» медицинских услуг, концентрируясь преимущественно на обеспечении медико-социального благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями и проч.). Государства в странах с высокоразвитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 7% ВВП, но практически ни в одной стране не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам.

Сокращение финансирования общественного здравоохранения сочетается с нерациональным использованием имеющихся ресурсов. Надежды на позитивные изменения в организации и экономике здравоохранения связывались с введением системы обязательного медицинского страхования. Но эта реформа оказалась незавершенной. Сложившийся симбиоз систем бюджетного и страхового финансирования ориентирует на поддержание сложившейся сети ЛПУ и объемов медицинского обслуживания, но не на решение назревших задач их реструктуризации и повышения эффективности использования имеющегося в отрасли ресурсного потенциала. Позитивные результаты от деятельности страховых медицинских организаций и фондов обязательного медицинского страхования оказались неочевидными в сравнении с затратами на их функционирование. Действия органов управления здравоохранением и субъектов ОМС плохо координируются. У страховых медицинских организаций и ЛПУ отсутствуют стимулы к более эффективному использованию имеющихся ресурсов.

Для решения этих проблем необходимо реформирование системы управления и финансирования здравоохранения. Если не предпринимать никаких активных действий, то следует ожидать дальнейшего усиления различий в доступности медицинской помощи для семей с разным уровнем доходов, для жителей разных регионов, города и села. Нерешенность проблемы финансового обеспечения государственных гарантий

медицинского обслуживания населения делает проблематичной реализацию курса на реструктуризацию здравоохранения. Если в сложившейся системе ОМС и в сложившихся схемах сочетания бюджетного и страхового финансирования здравоохранения не будут произведены рациональные преобразования, то смысл ее дальнейшего сохранения в значительной степени теряется, и усиливающееся недовольство деятельностью страховщиков и фондов ОМС может привести к ликвидации институтов ОМС.

Главным компонентом реформы здравоохранения должны стать преобразования в системе финансирования и управления здравоохранением. От способа решения рассмотренных выше организационно-экономических проблем зависят возможности и темпы решения более широкого круга проблем охраны здоровья.

## **10.2. Способы обеспечения сбалансированности государственных гарантий и их финансирования**

Для решения проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения можно использовать следующие способы (*Шейман, 2000*):

- увеличение общественного финансирования здравоохранения;
- реструктуризация системы медицинского обслуживания, обеспечивающая повышение эффективности использования совокупного ресурсного потенциала сложившейся сети ЛПУ;
- сокращение государственных гарантий в части объемов медицинского обслуживания населения;
- сокращение государственных гарантий в части перечня видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно;
- сужение круга лиц, на которые распространяются государственные гарантии;

- легализация соучастия населения в финансировании медицинской помощи;
- развитие форм сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования.

Эти способы не являются альтернативными. Они могут сочетаться друг с другом в рамках разных стратегий достижения сбалансированности государственных гарантий с их финансированием. Такие возможные стратегии будут представлены в следующей части данной главы. А прежде рассмотрим вышеуказанные способы по отдельности.

#### **Увеличение общественного финансирования здравоохранения**

Прогнозные расчеты показывают, что для полного финансирования программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью государственные расходы на здравоохранение должны быть увеличены на 0,3-0,4% ВВП с 2001 года (см. табл. 4.4). Однако эти значения следует рассматривать как заниженную оценку необходимого роста общественного финансирования здравоохранения. Дело в том, что нормативы стоимости медицинской помощи, используемые для расчетов стоимости этой программы, не учитывают расходов по проведению требуемой широкомасштабной реструктуризации здравоохранения, снижают 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 гарантий рассчитывалась на основе требуемых объемов медицинской помощи, исходя из предпосылки, что оплачиваться будут именно объемы помощи, а не содержание медицинских организаций. На практике же бюджетные средства расходуются преимущественно на содержание медицинских организаций, и изменить действие это-

го принципа в пределах короткого времени будет весьма сложно. Это означает, что средств на обеспечение предусмотренных программой объемов медицинской помощи понадобится больше на величину затрат на содержание тех учреждений, мощности которых не задействованы полностью на оказание планируемых объемов медицинской помощи.

Определение значений стоимостных показателей программы государственных гарантий должно базироваться на более сложных аналитических расчетах, а финансовое обеспечение программы, очевидно, потребует существенно больших дополнительных затрат, чем 0,4% ВВП. Между тем значительное перераспределение общественных ресурсов в пользу здравоохранения осуществить будет весьма сложно. Следовательно, для достижения сбалансированности государственных гарантий с их финансовым обеспечением не обойтись без использования других способов, рассматриваемых ниже.

### **Реструктуризация системы медицинского обслуживания**

Реальным фактором повышения эффективности использования ресурсов и соответственно сокращения потребности в государственном финансировании являются структурные изменения в системе медицинского обслуживания. 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 составили в 1998 г. 65% от общего объема текущих расходов государства на здравоохранение<sup>1</sup>, в то время как в странах с развитой рыночной экономикой эта доля равняется 35-50% (Стародубов и др.,

---

<sup>1</sup> Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000, с. 16.

1996, с. 23). Эффективность использования ресурсов в сфере здравоохранения может быть повышена путем их частичного перемещения в амбулаторно-поликлинический сектор и развития стационарнозамещающих технологий лечения. На это как раз и ориентирована существующая программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Она предусматривает уменьшение существующих объемов лечения в стационарных условиях и проведение лечения ряда заболеваний в дневных стационарах больниц и в поликлиниках (см. раздел 4.1). Это снижает стоимость программы государственных гарантий по сравнению с требуемыми затратами на предоставление медицинских помощи в существующих объемах. В случае, если бы все структурные сдвиги, предусмотренные в программе, были произведены в 2000 г., то стоимость программы составила бы в 2001 г. 3,1% ВВП (без учета необходимости включения в стоимость программы расходов на капитальный ремонт и замену оборудования). Величина необходимых затрат на обеспечение бесплатной медицинской помощи населению в 1998 г. – года принятия программы государственных гарантий – составляла, по нашей оценке, 3,8% ВВП (см. раздел 4.1). Таким образом, программа уменьшает примерно на 18% величину расходов государства, требуемых для обеспечения бесплатной медицинской помощи.

Однако следует принять во внимание, что искомая реструктуризация медицинской помощи потребует для своего осуществления не одного года. Как уже не раз говорилось, стоимостные показатели программы государственных гарантий рассчитывались на основе нормативных показателей затрат на предоставление установленных объемов медицинской помощи, безотносительно к затратам, нужным для содержания сложившейся сети ЛПУ. Для того, чтобы государственные средства не размазывались по существующим ЛПУ, а обеспечивали полноценное возмещение расходов на оказание предо-

ставление требуемых объемов медицинской помощи, необходима серьезная реструктуризация самой сети ЛПУ. Нужно будет перепрофилировать или вообще вывести из системы общественного здравоохранения часть финансово необеспеченных и неэффективно используемых мощностей ЛПУ. А наиболее радикальные меры, связанные с реструктуризацией (слияние медицинских организаций, закрытие части городских больниц и т.п.), неизбежно будут сопряжены с большими политическими издержками, преодоление которых может замедлить осуществление нужных мер.

Но даже полная реализация изменений в структуре медицинской помощи, предусматриваемых программой государственных гарантий, не решает проблемы сбалансированности этих гарантий с финансовым обеспечением при сохранении размеров общественных расходов на здравоохранение на прежнем уровне и включении в стоимость программы расходов на капитальный ремонт и обновление оборудования. Это показали расчеты, представленные в таблице 4.1. Поэтому, если рассматривать структурные изменения без учета других возможных способов балансировки гарантий с их финансовым обеспечением, то такие изменения должны быть еще более масштабными, чем это предполагает существующая программа государственных гарантий. Однако возможности перемещения лечения заболеваний из стационарных условий в амбулаторно-поликлинические без ущерба для качества лечения и без сокращения количества больных, пролеченных за счет общественных средств, ограничены. К тому же еще более масштабная реструктуризация сети ЛПУ и закрытие многих из них сильно увеличит и без того очень высокие политические издержки этого пути решения проблемы.

Второе направление возможных структурных изменений – *интеграция ведомственных медицинских организаций в территориальные системы здравоохранения*. В федеральном бюджете на 2000 г., доля Министерства здравоохранения со-

ставляла лишь 78,2% расходов по статье «здравоохранение», а доля других органов федеральной власти и федеральных учреждений – 22,8%<sup>2</sup>.

Актуальными задачами являются прекращение финансирования из федерального бюджета тех видов медицинской помощи, которые могут оказываться учреждениями территориальных систем здравоохранения, и соответствующая реструктуризация федеральных медицинских учреждений. Экономию государственных ресурсов могла бы дать передача в ведение Министерства здравоохранения медицинских учреждений, принадлежащих другим органам федеральной власти, проведение их инвентаризации и перевод части федеральных медицинских учреждений, неоправданно дублирующих друг друга и учреждения территориальных систем здравоохранения, 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.

---

<sup>2</sup> В последние годы происходят сдвиги в ведомственной структуре распределения расходов федерального бюджета на здравоохранение. Так, в утвержденном федеральном бюджете на 1997 г., доля Министерства здравоохранения составляла лишь 66,5% расходов по статье "здравоохранение", доля Управления делами Президента и его Медицинского Центра равнялась 10,4%; доля других органов федеральной власти и федеральных учреждений – 23,1%. В бюджете 2000 г. соответствующая доля Управления делами Президента вместе с Медицинским Центром снизилась до 5,7%, а остальных ведомств – до 17,5%. Но сокращения ведомственной сети медицинских учреждений не произошло, а бюджетные расходы на здравоохранение, запланированные на 2000 г., в реальном выражении составляют менее 80% от фактических расходов 1997 г. Вероятнее всего, часть бюджетных средств была у данных бюджетополучателей замещена внебюджетными доходами.

## **Сокращение государственных гарантий в части объемов медицинского обслуживания населения**

Пытаться сбалансировать государственные гарантии с имеющимися у государства ресурсами можно, пересматривая сами гарантии в сторону уменьшения объемов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно.

Это может происходить путем сокращение гарантированных объемов:

- предоставления скорой медицинской помощи;
- дорогостоящих исследований и консультаций;
- плановой госпитализации;
- бесплатного лекарственного обеспечения больных в стационарах.

Уменьшение объемов стационарной помощи, оказываемой при плановой госпитализации, является наименее болезненным вариантом сокращения количественных показателей программы государственных гарантий. Плановая госпитализация – это помещение в медицинский стационар больных с хроническими заболеваниями, лечение которых может быть отложено во времени без существенного ухудшения их состояния здоровья. По оценкам специалистов Минздрава России, она составляет примерно 30% общего объема стационарной медицинской помощи. Остальные 70% приходится на оказание экстренной медицинской помощи. Плановую госпитализацию можно сократить, по-видимому, не более чем на 50% без негативных последствий для заболевших. Возможная экономия от этого составит не более 0,15% ВВП. Этого недостаточно, чтобы ликвидировать существующий разрыв между государственными гарантиями и уровнем их финансирования.

Сокращение объемов плановой госпитализации, а также объемов бесплатно для пациентов проводимых исследований и консультаций врачей-специалистов будет означать увеличение длительности ожидания больными получения соответствую-

щих видов помощи. Для справедливой организации очереди потребуется формирования листов ожиданий по неэкстренным видам медицинской помощи, подобно тому, как это сделано в Великобритании. Желающие сократить срок ожидания консультации у специалиста, оперативного вмешательства и т.д. могут получить соответствующие услуги за плату<sup>3</sup>.

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 усилия. Поспешное же введение механизма рационирования ослабит ответственность лечебно-профилактических учреждений и страховых компаний перед пациентами и усилит вымогательство у них денег медицинским персоналом.

Оценивая этот способ балансировки гарантий с общественным финансированием, следует помнить, что сокращение объемов бесплатного проведения дорогостоящих исследований и консультаций может, в отличие от сокращения плановых госпитализаций, оказать негативное влияние на состояние здоровья населения.

Сокращение объемов скорой медицинской помощи может пройти без серьезных последствий для граждан, только если оно будет компенсировано развитием неотложной медицинской помощи, осуществляемой врачами амбулаторно-поликлинических учреждений.

Сокращение гарантированных стоимостных объемов лекарственного обеспечения пациентов в стационарах будет означать, что пациентам будет предложен выбор: либо довольство-

---

<sup>3</sup> Такие предложения были сформулированы в работе: Стародубов и др. (1996), с. 23.

ваться дешевыми препаратами, клиническая эффективность которых может быть невысока, либо доплатить или приобрести самому дорогостоящие препараты с большей клинической эффективностью. По сути, этот вариант сокращения объемов гарантируемой помощи представляет собой замаскированную легализацию соучастия пациентов в оплате стационарной медицинской помощи. Поэтому правильнее оценивать этот способ вместе с другими способами легализации соплатежей населения.

**Сокращение государственных гарантий в части  
перечня видов медицинской помощи,  
предоставляемой населению бесплатно**

Возможным способом установления соответствия между государственными гарантиями обеспечения населения бесплатной медицинской помощью и финансовыми возможностями государства является исключение из состава гарантий части видов этой помощи и предоставление их гражданам на платной основе, то есть на условиях полного возмещения их стоимости непосредственно гражданами или страховыми компаниями по программам добровольного медицинского страхования.

По такому пути пошли в Грузии. Вследствие катастрофического сокращения доходов государства гарантии в сфере здравоохранения были радикально сокращены с 1995 г. Равное право граждан на бесплатное медицинское обслуживание было отменено. Впрочем, этот шаг закрепил давно сложившиеся реалии. Государственные гарантии включают теперь лишь медицинскую помощь при психиатрических и инфекционных заболеваниях, профилактику и лечение туберкулеза и онкологических заболеваний, родовспоможение и медицинскую помощь всех видов детям в возрасте до двух лет, детскую кардиохирургию, медицинскую помощь неимущим (*Kalandadze, etc., 1999, p. 217*). Объем медицинских услуг, га-

рантируемых государством, составляет всего лишь 10-15% от всего комплекса необходимых услуг (*Салтман, Фигейрас, 2000, с. 174*).

В нашей стране в 90-е годы неоднократно высказывались предложения о том, чтобы исключить из состава бесплатных медицинских услуг питание пациентов и предоставление гостиничных услуг (смена белья и т.п.). Сторонники этой меры считали, что такой пересмотр гарантий можно провести, не внося изменений в Конституцию. Действительно, можно попытаться дать трактовку понятия медицинская помощь, используемого в Конституции, как включающего лишь собственно лечение, консультирование, диагностику и т.п и не включающего питание и гостиничные услуги. Это позволило бы легально сократить соответствующие расходы государства, перенеся их на пациентов.

Но у такого пути есть много недостатков. Во-первых, казуистические возможности иного толкования конституционной нормы не устроят неизбежности серьезных политических издержек перевода части услуг в разряд платных.

Во-вторых, для низкодоходных слоев населения эти услуги должны сохраняться 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 лишь несколько процентов от общей суммы

средств, необходимых для финансирования государством здравоохранения. Экономия не слишком значительная, чтобы из-за этого идти на непопулярные шаги.

Провести более радикальное сокращение перечня видов медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, можно, по-видимому, только в условиях настоящей экономической катастрофы, подобных тем, в которых оказалась Грузия в первой половине 90-х годов. В нашей стране, прошедшей, по всей видимости, нижнюю точку экономического кризиса, это уже вряд ли осуществимо. Когда экономика идет на подъем, трудно убедить граждан и их избранников в парламенте в необходимости мер, очевидно ухудшающих доступность медицинской помощи для населения.

#### Сужение круга лиц, на которые распространяются государственные гарантии

В некоторых странах даже с развитой рыночной экономикой государственные гарантии медицинской помощи распространены не на все население. Теоретически можно говорить о том, что исключение части категорий населения из тех, для кого установлены гарантии бесплатного медицинского обслуживания, может быть способом решения проблемы несбалансированности гарантий с их финансовым обеспечением. Но такой вариант практически нереализуем для нашей страны по политическим, экономическим и организационно-технологическим причинам.

#### Легализация соучастия населения в финансировании медицинской помощи

Радикальным способом решения проблемы сбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения является легализация соучастия населения в финансиро-

вании медицинской помощи, предоставляемой в системе общественного здравоохранения.

Возможны разные варианты легализации такого соучастия.

*Первый вариант: разделение лечения каждого заболевания на бесплатную и платную части.*

Определение по каждому заболеванию минимального набора медицинских услуг и лекарственных средств, бесплатное получение которых гарантируется каждому больному. Получение медицинской помощи сверх такого минимального набора, в частности с использованием более дорогостоящего медицинского оборудования, с применением более дорогих лекарственных средств и медицинских материалов и т.п., должно оплачиваться полностью либо в определенной пропорции самими пациентами, или за них – страховыми компаниями по программам добровольного медицинского страхования. При этом для пациентов с низкими доходами, а также для инвалидов и ряда категорий хронически больных могут быть сохранены гарантии бесплатного получения всей необходимой медицинской помощи.

*Второй вариант: введение соплатежей граждан в момент потребления ими медицинской помощи.*

При каждом обращении к врачу при оказании амбулаторной медицинской помощи и при госпитализации пациент платит некоторую фиксированную сумму.

*Третий вариант: введение соплатежа страхового взноса на ОМС (сострахования) для работающих граждан.* Например, помимо платежа работодателя, еще и сам работник платит страховой взнос в виде определенного процента от заработка.

Первый вариант является наиболее сложным с точки зрения подготовительной работы и контроля. Однако в отличие от второго и третьего вариантов он сохраняет и легализует возможности экономического контроля пациентов за объемом и качеством оказываемых им услуг. В случае реализации второго или третьего вариантов, введение соплатежей может приве-

сти к тому, что пациентам просто придется платить еще больше.

Практика соучастия населения в расходах на медицинскую помощь в форме сострахования и соплатежей широко распространена за рубежом. Примерно в половине стран Западной Европы в системе общественного здравоохранения предусматривается соучастие пациентов в расходах в случае первичного приема и примерно в половине – соучастие в расходах в процессе стационарного и специализированного амбулаторного лечения (*Салтман, Фигейрас, 2000, с. 141; OECD, 1995b, pp. 50-51*). При этом практически везде суммы, доплачиваемые пациентами, ограничены установленными максимально допустимыми размерами. Это защищает лиц с длительными сроками лечения от чрезмерных расходов. Например, в Германии пациенты госпиталей должны платить 11 марок за день пребывания, но не свыше 14 дней в год (*Schulenburg, 1994*).

Малоимущие и хронически больные несут меньшие обязательства по соучастию в расходах или полностью освобождены от них. Так, в Ирландии уровень покрытия государством расходов на медицинскую помощь увязан с уровнем дохода пациентов<sup>4</sup>. Лица с низкими доходами почти ничего не доплачивают. Лица со средними доходами имеют свободный или субсидируемый доступ к широкому кругу медицинских услуг. Небольшая, наиболее богатая часть населения, обязана платить за основную часть получаемых медицинских услуг или самостоятельно страховаться.

Нужно особо подчеркнуть, что механизмы соучастия в расходах вводились на Западе с целью ограничения перепотребления медицинской помощи и сдерживания таким образом роста государственных расходов на здравоохранение (*Салтман, Фигейрас, 2000, cc. 140-160*). В странах, находящихся на

---

<sup>4</sup> Kemenade Y.W. van Health care in Europe. Zoetermeer: National Council for public health, 1993.

более низких уровнях развития, главной функцией соплатежей обычно является снижение нагрузки на государство по финансированию здравоохранения.

Соплатежи населения легализованы в ряде стран с переходной экономикой: Венгрии, Киргизии, Латвии, Хорватии, Чехии, Эстонии (*Салтман, Фигейрас, 2000, сс. 150-154*). 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. введена оплата населением за больничное обслуживание в размере 80 крон (2,3 долл. США) за день пребывания в госпитале и оплата скорой помощи в размере 50 крон за вызов. В Эстонии с апреля 1995 г. взимается оплата в размере 5 эстонских крон (40 центов США) за каждое посещение врача. Первоначально она была установлена для всех лиц, но, благодаря политическому давлению, через несколько месяцев от нее были освобождены пенсионеры, инвалиды и дети (*Эстонская ЦБК, 1999*). В Казахстане в 1998 г. принят закон, разрешающий правительству определять порядок сооплаты гражданами медицинской помощи сверх бесплатного гарантированного объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях<sup>5</sup>.

В России многие медицинские организации полулегально ввели соплатежи населения за предоставляемую медицинскую помощь. Пациентам предлагается принести с собой либо оплатить приобретение медикаментов, перевязочных средств, постельного белья и т.д. В некоторых субъектах РФ предпринимались попытки легализовать механизмы соплатежей, невзирая на очевидные их противоречия с федеральным зако-

---

<sup>5</sup> Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» № 325-1 ЗРК от 17.12.1998.

нодательством. Так, в Пермской области приказом департамента здравоохранения областной администрации была введена фиксированная плата за каждое посещение врача и за каждый день пребывания в стационаре. Правда, после протеста со стороны областной прокуратуры этот приказ был отменен. Введение соплатежей населения предусматривал проект закона Калужской области «О государственных гарантиях предоставления медицинской помощи населению Калужской области». В Республике Карелия используется механизм перечисления медицинскому учреждению 80% пенсий тех пенсионеров, которые помещены в стационар для общего терапевтического лечения. Все это свидетельствует о том, что задача пересмотра конституционных гарантий и легализации соучастия населения в финансировании общественного здравоохранения назрела.

Какими по величине должны быть соплатежи для того, чтобы покрыть разрыв между государственными гарантиями и размерами их государственного финансирования? Рассмотрим в качестве примера следующую схему введения соплатежей: для лиц с доходами выше среднероссийского показателя в расчете на одного члена семьи, то есть для половины населения страны, устанавливается доплата за стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь. В этом случае для полного финансового обеспечения существующих объемов медицинского обслуживания для данной доходной группы<sup>6</sup> потребовалось бы взимать с этих пациентов примерно по 62 рубля (в ценах 1999 г.) за день пребывания в стационаре, 9 рублей за каждое посещение врача, 12 рублей за обслуживание в дневном стационаре. В процентном выражении от нормативов стоимости медицинской помощи это равняется примерно

---

<sup>6</sup> Относительные показатели интенсивности потребления медицинских услуг населением с семейными подушевыми доходами выше среднего оценены на основе данных, приведенных в таблице 4.9.

30-32%. В случае введения соплатежа страхового взноса на ОМС для работающих граждан, его размер должен был бы составить в 2001 г. примерно 1,5% от заработка.

### **Развитие форм сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования**

Одним из способов ослабления разрыва между обязательствами и финансовыми возможностями государства является развитие форм добровольного медицинского страхования (ДМС), не только дополняющих, но и включающих медицинскую помощь, предусматриваемую программой ОМС. Здесь можно двигаться по двум направлениям:

*1. Легализация включения в программы добровольного страхования медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС.*

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 страховыe медицинские организации предлагают программы ДМС, охватывающие медицинские услуги, предусмотренные базовой программой ОМС.

Целесообразно отменить вышеуказанное ограничение и разрешить включение в программы ДМС медицинских услуг и лекарственного обеспечения, установленных программами ОМС. Далее будем называть *широкими программами ДМС* программы, включающие медицинские услуги и лекарственное обеспечение, установленные программами ОМС. Следует разрешить использование средств ОМС для частичного возмещения страховых взносов страхователей по широким программам ДМС. Это будет содействовать 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.

Можно предложить два механизма использования средств ОМС для возмещения части стоимости широких программ ДМС:

1) зачет части взносов работодателей на добровольное страхование работающих в качестве взносов на ОМС; зачет должен осуществляться на основе единой методики расчета тарифов на медицинские услуги и цен на лекарственное обеспечение, включаемых в программы обязательного и добровольного медицинского страхования; это означает, что работодатель, заключивший договор на ДМС для своих работников по широкой программе, может оставить у себя часть взносов на ОМС и использовать их для оплаты программы ДМС.

2) оплата части стоимости широких программ ДМС по подушевым нормативам финансирования страховых медицинских организаций из территориальных фондов ОМС на оплату медицинской помощи по ОМС; это означает, что лица, заключающие договора со страховой компанией на страхование по широкой программе ДМС, будут оплачивать лишь часть стоимости этой программы, другая часть будет покрываться за счет средств, перечисляемых страховщику из территориального фонда ОМС за застрахованных по ОМС.

Первый механизм является технически более сложным. Второй проще, но будет обладать менее сильным стимулирующим воздействием на потенциальных страхователей.

## *2. Развитие коллективных форм медицинского страхования.*

Функции страховщика в системе ОМС могут выполнять самоуправляемые некоммерческие общества взаимного страхования (ОВС) (Зелькович, 1999). Их члены могут добровольно объединяться по профессиональному, социальному, территориальному признакам. ОВС осуществляют медицинское стра-

хование своих членов и организуют предоставление медицинской помощи и лекарственного обеспечения по программам, охватывающим (и возможно, превышающим) программу ОМС. Законодательно определяется минимальный размер страхового взноса работодателя, перечисляемого в ОВС за членов, работающих у него по найму. Работодатели могут вносить в ОВС взносы в большем размере и принимать участие в управлении. Членам ОВС предоставляется право определять размер своих взносов на ОМС и соответствующий ему объем гарантий.

Преимуществом такой схемы по сравнению с рассмотренными выше является ее большая прозрачность и для работодателей, и для работающих. Главным недостатком – то, что ее реализация потребует создания новых страховых организаций в дополнение к уже существующим и неизбежное увеличение административных расходов в системе ОМС.

Общим недостатком предложенного подхода к сочетанию ДМС и ОМС является то, что в случае его реализации следует ожидать закрепления множественности уровней гарантий населения в отношении бесплатной медицинской помощи – в зависимости от возможностей страхования по широким программам ДМС или от принадлежности к определенному обществу взаимного страхования (*Шейман, 2000, с. 55*).

### **10.3. Стратегии достижения сбалансированности**

Возможны три стратегии разрешения проблемы несбалансированности между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания населения и размерами их государственного финансирования:

1. Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной (*Шейман, 2000, сс. 52-53*);
2. Стратегия постепенного ослабления проблемы несбалансированности без пересмотра гарантий населению;

3. Стратегия достижения сбалансированности посредством пересмотра гарантий населению.

#### **Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной**

Эта стратегия использовалась в России на протяжении 90-х годов. Властные элиты не хотели предпринимать шаги, которые существенно меняли условия пользования медицинской помощью и могли резко ухудшить доступ к ней значительных групп людей. Такие изменения могли обострить социальную напряженность, и они были бы использованы оппозицией в борьбе за власть. Безопаснее было официально не пересматривать государственные гарантии, а размазывать имеющиеся средства между существующими ЛПУ и «не замечать», что реальные возможности получения бесплатной медицинской помощи и ее качество сокращаются, а система лечебных учреждений, за исключением элитарных, постепенно деградирует. Медленное ухудшение доступности и качества услуг воспринимается населением более спокойно и не вычленяется из общей тенденции снижения уровня жизни. Сокращение государственных расходов на здравоохранение компенсируется ростом расходов населения, осуществляемых в легитимных и теневых формах.

При продолжении реализации этой стратегии следует ожидать роста платности медицинской помощи для населения и дальнейшего усиления различий в доступности медицинской помощи для семей с разным уровнем доходов, для жителей разных регионов, города и села. Это еще более осложнит проблемы здоровья населения страны, а состояние здоровья займет прочное место в ряду признаков социального расслоения общества.

## Стратегия постепенного ослабления проблемы несбалансированности без пересмотра гарантий населению

Решение проблемы несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения связывается с применением следующих способов:

- увеличение общественного финансирования здравоохранения;
- реструктуризация системы медицинского обслуживания, обеспечивающая повышение эффективности использования совокупного ресурсного потенциала сложившейся сети ЛПУ и сокращение потребности в государственных расходах;
- развитие форм сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования.

Сокращение перечня бесплатной медицинской помощи и введение соплатежей населения были и остаются для российского государства нежелательными с политической точки зрения и в рамках данной стратегии не используются.

Выбор именно такой стратегии просматривается в экономической программе правительства М.М. Касьянова (*Правительство РФ, 2000а*).

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. Но поскольку стоимость программы занижена, то ситуация реальной несбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с их финансовым обеспечением будет сохраняться в течение длительного времени.

В перспективе все равно не обойтись без пересмотра государственных гарантий. В любой общественной системе здра-

воохранения неизбежно рационирование медицинской помощи населению вследствие ограниченности ресурсов здравоохранения по сравнению с потребностями (Власов, 1999). Но оно должно быть открытым и ясным, а не ситуативным и теневым.

#### Стратегия достижения сбалансированности по-средством пересмотра гарантий населению

Данная стратегия отдает приоритет следующим способам решения проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий:

- реструктуризация системы медицинского обслуживания, обеспечивающая повышение эффективности использования совокупного ресурсного потенциала сложившейся сети ЛПУ и сокращение потребности в государственных расходах;
- легализация соучастия населения в оплате медицинской помощи.

Для достижения реальной сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения, их финансового обеспечения и для сокращения размеров теневого рынка в здравоохранении следует поэтапно, для определенных категорий населения, ввести соплатежи в момент потребления медицинских услуг. Это означает, что при каждом обращении к врачу (при оказании как амбулаторной, так и стационарной помощи) пациент платит некоторую сумму, которая идет в общий доход медицинской организации. Для неработающих пенсионеров и инвалидов нужная им медицинская помощь должна остаться бесплатной. Для ряда категорий больных (хронических больных, случаев, связанных с длительными сроками заболеваний) следует установить предельные размеры соплатежей.

Размеры соплатежей будут зависеть от уровня общественно-го финансирования программы государственных гарантий и от

успешности решения задач реструктуризации системы медицинского обслуживания.

Необходимыми условиями пересмотра государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания являются 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 результатом будет воспроизводство прежних проблем на новом уровне и усиление социального недовольства. Населению придется платить за медицинские услуги официально и продолжать доплачивать «в руки», как и раньше.

Наоборот, если изменение условий финансирования медицинских услуг будет сопровождаться нормализацией условий экономической деятельности медицинских организаций, 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.

## **Глава 11. Пути повышения управляемости системы здравоохранения**

### **11.1. Стратегии реформирования системы управления здравоохранением**

Повышение управляемости системы здравоохранения, то есть повышение способности системы управления отраслью достигать цели (выполнять функции), формулируемые государством в области охраны здоровья граждан (см. главу 5), может обеспечиваться путем уточнения самих целей, расширения ресурсных возможностей, которыми обладает система управления для достижения этих целей, и совершенствованием механизмов использования этих ресурсов. Это включает в себя:

- более реалистичное и ясное определение целей, которые ставятся государством перед здравоохранением;
- увеличение административных ресурсов (усиление властных полномочий), которыми обладают федеральный и региональный уровни управления здравоохранением;
- увеличение экономических ресурсов, находящихся в распоряжении федерального и регионального уровней управления здравоохранением;
- развитие механизмов горизонтальной координации действий субъектов управления и финансирования здравоохранения на каждом уровне управления;
- развитие механизмов вертикальной координации действий субъектов управления и финансирования здравоохранения на разных уровнях.

В сложившихся условиях для существенного улучшения управляемости системы здравоохранения необходимо реформирование системы управления здравоохранением. Можно выделить три стратегии такого реформирования, различающи-

ется по приоритетности использования вышеуказанных направлений повышения управляемости:

1. Стратегия воссоздания административно интегрированной системы управления здравоохранением;
2. Стратегия административной интеграции системы ОМС;
3. Стратегия развития механизмов координационного управления.

#### Стратегия воссоздания административно интегрированной системы управления здравоохранением

Приоритет отдается усилению административных ресурсов управления, которыми располагают федеральный и региональные органы управления здравоохранением и развитию механизмов административной горизонтальной и вертикальной координации действий разных субъектов управления и финансирования здравоохранением. Данная стратегия предполагает:

- восстановление элементов вертикали административного подчинения органов здравоохранения разных уровней;
- административное подчинение территориальных фондов ОМС органам здравоохранения субъектов РФ;
- централизацию на уровне субъекта РФ части бюджетных средств, предназначенных для финансирования муниципальных систем здравоохранения, и передачу этих средств в распоряжение областного органа здравоохранения.

Реализация этой стратегии не будет означать воссоздания административной системы управления в том ее виде, в котором она существовала в советское время. Подобное изменение сложившегося государственного устройства Российской Федерации представляется маловероятным в обозримой перспективе. Рассматриваемая стратегия ориентирует на восстановление отдельных элементов административной вертикали управления. В их числе:

- назначение руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ по согласованию с Минздравом России; назначение руководителей муниципальных органов управления здравоохранением по согласованию с органом управления здравоохранением субъекта РФ;
- согласование решений об инвестициях в здравоохранение (строительство новых объектов здравоохранения и приобретение дорогостоящего оборудования) за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных бюджетов с вышестоящими органами исполнительной власти;
- повышение полномочий Минздрава России в вопросах лицензирования и регулирования медицинской деятельности на всей территории Российской Федерации;
- обязательность решений вышестоящих органов управления здравоохранением для нижестоящих по вопросам организации медицинской помощи при чрезвычайных происшествиях и социально-значимых видах заболеваний и др.

Прежде всего следует отметить, что для осуществления некоторых из перечисленных институциональных нововведений потребуется внесение изменений в Конституцию и в федеральный закон о местном самоуправлении. Это столкнется с сильным сопротивлением в обеих палатах Федерального собрания, однако рассматриваемая стратегия в принципе может быть реализована. Она хорошо интерпретируется, как соответствующая политике нового руководства страны на усиление вертикали исполнительной власти и потому может получить необходимую политическую поддержку.

Такой путь реформирования системы управления здравоохранения отвечает представлениям многих работников Минздрава России и органов здравоохранения субъектов РФ. Но было бы упрощением считать, что чиновники руководствуются в данном случае лишь обычными для любого органа исполнительной власти интересами расширения своих властных полномочий. Некоторые из региональных руководителей ис-

кренне считают, что усиление властных полномочий органов здравоохранения субъектов РФ в отношении расходования бюджетных средств и приданье им властных полномочий в отношении расходования средств ТФОМС является единственным реальным способом разрешения существующей проблемы автономности деятельности разных субъектов финансирования здравоохранения и порождаемой этим бесконтрольности и нерациональности использования общественных ресурсов. В этом их поддерживают руководители и персонал ЛПУ, уставшие от проблем с финансированием и видящие причины этих проблем исключительно в бесконтрольной деятельности фондов ОМС, страховых компаний, руководителей местных органов власти.

Рассматриваемый путь, действительно, позволит довольно быстро снять наиболее острые коллизии в системе управления здравоохранением и сократить управленческие расходы. Установление административного контроля со стороны вышестоящих органов управления здравоохранением за нижестоящими органами и за фондами ОМС даст возможность устраниТЬ наиболее очевидные нерациональные траты средств бюджетов разных уровней и средств ОМС, усложнит отвлечение этих средств для использования в личных политических и экономических интересах руководителей местных администраций, муниципальных органов здравоохранения, фондов ОМС. Федеральный и региональные органы здравоохранения, действительно, получат возможности более рационально, по сравнению с существующим положением, использовать ресурсный потенциал системы здравоохранения. Но в какой мере эти возможности будут реализованы?

Расширение административных полномочий органов управления здравоохранением по отношению к нижестоящим уровням управления и сосредоточение под их административным контролем больших объемов финансовых ресурсов само по себе не является достаточным условием того, что распреде-

ление ресурсов будет отныне производиться более рационально, и эффективность использования совокупного ресурсного потенциала системы здравоохранения будет увеличиваться. Опыт организации здравоохранения в условиях административно-командной системы управления свидетельствует о том, что для ее органов не характерно стремление к росту экономической эффективности функционирования подведомственных им отраслевых комплексов.

Реализация данной стратегии будет означать, что основными покупателями медицинских услуг в системе общественного здравоохранения становятся региональные органы управления здравоохранением. Территориальные фонды ОМС будут выполнять функции, аналогичные функциям казначейства при министерстве финансов. Фонд перечисляет деньги медицинским учреждениям и/или страховым медицинским организациям в соответствии с распоряжениями органа управления здравоохранением. Расходование средств муниципальных бюджетов на здравоохранение проводится по согласованию с региональным органом здравоохранения.

Между тем, как было показано выше, в главе 8, орган государственной власти, выступающий в роли покупателя медицинских услуг, имеет мало стимулов к эффективному использованию ресурсов. Чиновники заинтересованы в реализации мер по более рациональному использованию ресурсов, переданных в их распоряжение, лишь постольку, поскольку это способствует расширению их властных полномочий, сохранению должности и карьерному росту (административная целерациональная мотивация).

Государственные органы управления здравоохранением в принципе могут обеспечить повышение эффективности использования ресурсов, если они будут испытывать сильное давление со стороны вышестоящих органов государственной власти и гражданского общества, требующих более рационального расходования выделяемых на здравоохранение

средств. В нашей стране, в сложившихся политических и социально-экономических условиях переходного периода, неизмеримо сложнее организовать сильное административное давление на аппарат государственных органов здравоохранения, заставляя их заниматься повышением эффективности использования ресурсов.

Отдельным чиновникам может быть присуща ценностно-рациональная мотивация – деятельность во имя общего блага, или ради получения профессионального удовлетворения, самореализации. Это может побуждать их к проведению политики, направленной на рационализацию организации медицинской помощи и повышение эффективности использования финансовых ресурсов, переданных в их распоряжение. Но мотивы административной целесообразности для большей части чиновников, как правило, сильнее подобных ценностных представлений. Для того, чтобы административная целерациональная мотивация была направлена на повышение эффективности использования распределемых ими ресурсов, должна существовать устойчивая связь перспектив должностного роста чиновников с экономической эффективностью их деятельности. Состояние российского государственного аппарата таково, что трудно рассчитывать на создание такой связи в обозримой перспективе. Это потребует значительных и длительных усилий.

Для обычного российского чиновника, не являющегося «идеалистом», на практике наиболее значимыми являются мотивы рентоориентированного поведения, несанкционированного законом извлечения доходов из своего служебного положения. Дополнительные и теневые доходы составляют основную и необходимую часть дохода чиновников (*Кузьминов, 1999, с. 3*). А они как раз и порождают нерациональное с общественной точки зрения использование ресурсов.

Итак, в настоящее время административно-бюрократическая мотивация скорее препятствует, чем способ-

ствует ориентации чиновников на эффективное использование ресурсов. Максимум, на что можно рассчитывать в перспективе – это на ограничение возможностей рентоориентированного поведения, если будет проводиться последовательная антикоррупционная политика.

Реализация рассматриваемой стратегии приведет к воспроизведению проблем, органически присущих действовавшей ранее административной системе управления здравоохранением: неэффективность, отсутствие стимулов роста качества, ущербность институтов защиты прав пациентов и др.

### Стратегия административной интеграции системы ОМС

Приоритет отдается развитию административных механизмов вертикальной координации действий фондов ОМС. Это достигается путем реорганизации существующей системы фондов ОМС. В мягком варианте речь может идти о реорганизации территориальных фондов ОМС, предусматривающей, что Федеральный фонд ОМС станет их соучредителем, аряду с органами исполнительной власти. Это усилит возможности Федерального фонда ОМС контролировать использование средств ОМС, аккумулируемых в системе фондов ОМС.

В радикальном варианте территориальные фонды ОМС упраздняются как самостоятельные организации, а их функции передаются территориальным отделениям Федерального фонда ОМС<sup>7</sup>, организация которого становится аналогичной Фонду социального страхования и Пенсионному фонду. Федеральный фонд ОМС в таком случае аккумулирует все средства системы ОМС в стране и обеспечивает единое управление их использованием.

---

<sup>7</sup> Или Федерального фонда обязательного медико-социального страхования, в случае создания такой объединенной системы (см. раздел 12.3).

Такая стратегия, безусловно, создаст благоприятные предпосылки для роста эффективности использования средств ОМС. Но если система фондов ОМС будет интегрирована без изменения механизмов осуществления платежей из региональных и местных бюджетов на ОМС неработающего населения, то есть, если в системе ОМС по-прежнему будет аккумулироваться лишь 30% государственных средств на здравоохранение, то произойдет институциональное закрепление двоевластия в финансировании медицинской помощи и системы ОМС в качестве дополняющей систему бюджетного финансирования. Органы исполнительной власти субъектов РФ, не перечисляющие платежи на неработающее население в нужном объеме в собственные территориальные фонды ОМС, тем более вряд ли будут производить такие платежи в фонды, где они уже не являются полными хозяевами, не говоря уже о территориальных отделениях Федерального фонда ОМС.

Главная проблема, которая возникает при реализации этой стратегии, это проблема координации действий территориальных фондов ОМС с региональными и местными органами здравоохранения. Данная стратегия, обеспечив повышение управляемости системой ОМС, может не привести к ощущенному улучшению управляемости системы здравоохранения в целом. Поэтому реализация рассматриваемой стратегии имеет смысл при одновременном проведении преобразований в источниках и механизмах финансового обеспечения системы ОМС (см. главу 12).

#### **Стратегия развития механизмов координационного управления**

Приоритет отдается развитию новых механизмов горизонтальной и вертикальной координации действий субъектов управления и финансирования здравоохранением на каждом уровне управления. Возможности определенного усиления административных полномочий федерального и регионального

уровней управления и увеличения экономических ресурсов, находящихся в их распоряжении, не исключаются, но главный акцент делается на соблюдении норм действующего федерального законодательства и институционализации механизмов координационного управления, осуществляемого на договорной основе. Данная стратегия предполагает:

- сохранение административной автономности органов управления здравоохранением разных уровней и фондов ОМС;
- трансформацию механизма управления территориальными фондами ОМС;
- создание системы комплексного планирования здравоохранения;
- развитие новых форм координационного управления.

Рассматриваемая стратегия исходит из целесообразности сохранения административной автономности фондов ОМС по отношению к органам управления здравоохранением, так как это создает более благоприятные институциональные условия для рационального финансирования медицинского обслуживания населения.

Средства ОМС предназначаются не для финансирования содержания сети учреждений, а для финансирования объемов медицинской помощи. Поэтому фонд при распределении средств фокусируется в первую очередь на обеспечении необходимых объемов медицинской помощи, а не на обеспечении загрузки существующей сети. Распределение средств между медицинскими организациями, осуществляемое не органом управления здравоохранением, а фондом ОМС, открывает возможность для принятия более рациональных с экономической точки зрения решений.

По этой же причине фонды ОМС, как правило, используют методы финансирования медицинских организаций, увязанные с результатами их работы (оплата за пролеченного больного, за законченный случай лечения заболевания и др.), в отличие от

органов управления здравоохранением, которые тяготеют к сохранению сметного порядка финансирования лечебно-профилактических учреждений, который стимулирует затратное хозяйствование. В случае подчинения территориального фонда ОМС органу здравоохранения создаются условия для сохранения постатейного финансирования медицинских организаций, а использование других методов финансирования, стимулирующих к эффективному хозяйствованию, затрудняется.

Рациональность органов здравоохранения сильно ограничивается политическими соображениями руководства региональной исполнительной власти. Напротив, территориальный фонд ОМС, в случае сохранения его в качестве самостоятельного субъекта финансирования и четкого определения в законодательстве меры его полномочий, будет находиться в ситуации с меньшими ограничениями политического и ведомственного характера. Конечно, исполнительная дирекция территориального фонда не сможет игнорировать политические интересы руководителей региональной администрации. Но если фонд хоть в чем-то сохраняет самостоятельность, и это зафиксировано в законодательстве, то политические ограничения на принимаемые им решения и степень конфликтности требований политической целесообразности и экономической эффективности будут меньше, чем в случае административного органа управления здравоохранением, который обязан выполнять все распоряжения вышестоящих начальников.

Тезис о сохранении административной автономности фондов ОМС от органов здравоохранения не тождествен тезису об автономности фондов ОМС от государственной политики в здравоохранении и об автономности исполнительных дирекций фондов в принятии решений о расходовании средств ОМС. Существующая проблема слабой координации деятельности фондов ОМС и органов здравоохранения требует своего решения, но не путем административного подчинения фондов

органам здравоохранения, а путем расширения возможности органа здравоохранения влиять на политику фонда через институт правления фонда. Следует усилить роль правлений фондов, расширив их полномочия, увеличив число представителей органов здравоохранения в их составе.

Такой механизм управления фондом ОМС, при котором фонд является автономной организацией, но основные решения принимает правление, в котором более широко представлен орган управления здравоохранением, позволяет:

- с одной стороны, обеспечить практическое участие руководителей органов здравоохранения в принятии решений о расходовании средств ОМС и превратить фонд ОМС в инструмент реализации государственной политики в здравоохранении, разрабатываемой органом здравоохранения;
- с другой стороны, уйти от практики принятия решений о распределении средств путем единоличных решений (исполнительного директора фонда – как это обычно бывает сейчас, либо руководителя органа здравоохранения – в случае административного подчинения ему фонда ОМС); обеспечить большую прозрачность решений, которые должны будут обсуждаться и приниматься коллективно.

За различиями между субъектами РФ по степени автономности субъектов финансирования здравоохранения часто стоят различия в управленческом потенциале аппарата регионального органа здравоохранения и исполнительной дирекции ТФОМС. В некоторых субъектах РФ команда специалистов, работающих в ТФОМС, гораздо сильнее по профессиональному уровню и активнее в осуществлении нововведений, чем руководство и сотрудники органа управления здравоохранением. Они разрабатывают территориальную программу ОМС, в инициативном порядке готовят проекты нормативных документов по совершенствованию финансирования и т.п. И наоборот, есть регионы, где управленческий потенциал персонала исполнительной дирекции ТФОМС намного меньше по сравне-

нию с потенциалом работников органа здравоохранения, которыми инициируются все изменения в организации и в приоритетах финансирования.

Предлагаемое сохранение административной автономности ТФОМС по отношению к органу здравоохранения при усилении роли правления и представительства в нем органа здравоохранения является достаточно гибкой конструкцией, позволяющей соединять в совместной деятельности разные по управлению потенциалу команды. В случаях, когда сильнее и инициативнее аппарат органа здравоохранения, предлагаемые изменения в механизме управления ТФОМС позволят ему эффективно использовать фонд в качестве инструмента реализации своей политики. В случаях, когда сильнее команда исполнительной дирекции фонда, она сохраняет возможность реализовывать свои инициативы, предлагая их правлению фонда и убеждая членов правления в целесообразности того или иного варианта распределения средств и т.д.

В рассматриваемой стратегии основным средством обеспечения вертикальной координации действий субъектов управления и финансирования здравоохранения в условиях федеративного государства и широких прав, предоставленных органам местного самоуправления, является формирование системы договорного планирования<sup>8</sup>. Внедряемый на федеральном уровне и во многих субъектах РФ механизм разработки программ государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью, рассчитанных на один год, должен развить систему перспективного комплексного планирования.

Ее отличие от существующей практики разработки территориальной программы государственных гарантий состоит в том, что предметом планирования должна выступать региональная система здравоохранения как единое целое, включая

---

<sup>8</sup> Термин “договорное планирование” предложен В.Л.Тамбовцевым.

потоки пациентов между медицинскими учреждениями разной подчиненности и разных территорий.

Отличие новой системы планирования от прежней практики планирования здравоохранения в советское время состоит в следующем:

- Во-первых, планирование структурных сдвигов. Раньше тоже планировали в масштабах регионов, но это было планирование экстенсивного расширения системы здравоохранения и уравнительного распределения ресурсов между учреждениями (*Popov, 1971; Жаркович и др., 1998, с. 310*). Сейчас же необходимо планировать объемы медицинской помощи, структурные сдвиги, сокращение одних видов помощи и развитие других, перераспределение потоков пациентов между территориями, создание и деятельность районных кустов обслуживания и т.п.
- Во-вторых, совместное планирование на партнерской основе. Оно позволит четко закрепить взаимные обязательства и преодолеть проблемы, связанные с личностными отношениями. Результатом договорного планирования станут соглашения между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС, главами муниципальных образований по финансированию согласованных объемов медицинской помощи.

Представленная третья стратегия открывает больше перспектив для создания эффективной системы здравоохранения, отвечающей условиям рыночной экономики, по сравнению с первой стратегией, ориентирующейся на административную интеграцию системы управления здравоохранением. Третья стратегия может быть совмещена со второй стратегией – с повышением управляемости системы ОМС, обеспечиваемым административными методами. Между тем вторая стратегия, не будучи дополнена развитыми механизмами координационного управления, не приведет к существенному повышению управляемости системы здравоохранения. Рассмотрим по-

дробнее предлагаемые направления развития таких механизмов.

### **11.2. Развитие механизмов управления фондами ОМС**

Для повышения рациональности использования бюджетных и страховых средств, направляемых в здравоохранение, необходимо обеспечить согласованность политики органов управления здравоохранением и фондов ОМС. Решение этой задачи требует внесения изменений в механизм управления работой фондов ОМС.

Как было показано в предыдущем разделе, правильнее сохранить административную автономность фондов ОМС по отношению к органам здравоохранения, но усилить роль правления фонда и представительство в его составе руководителей органа здравоохранения.

В настоящее время, согласно пунктам 4 и 7 раздела 6 Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного Постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543-1, правление территориального фонда определяет перспективные задачи территориального фонда, утверждает годовые отчеты о результатах деятельности территориального фонда, определяет направления использования прибыли территориального фонда, нормированного страхового запаса финансовых средств территориального фонда и порядок покрытия убытков. Это представляется недостаточным для эффективного управления деятельностью фонда ОМС в общественных интересах.

В функции правления территориального фонда должно входить:

- утверждение бюджета фонда с разбивкой по кварталам;
- утверждение расходов фонда ОМС на оплату медицинских услуг, с разбивкой по видам медицинской помощи и муниципальным образованиям;

- утверждение состава расходов в рамках расходных статей «содержание территориального фонда ОМС и его филиалов» и «финансирование отдельных мероприятий по здравоохранению»;
- утверждение подушевых нормативов финансирования страховых медицинских организаций;
- утверждение квартальных отчетов о результатах деятельности территориального фонда, включая отчеты о доходах и об исполнении бюджета фонда, о размерах финансовых фондов, резервов, средств на ведение дела исполнительной дирекции фонда и его филиалов;
- обеспечение контроля за рациональным использованием средств ОМС, включая утверждение отчетов исполнительной дирекции фонда ОМС об эффективности использования средств ОМС.

Этим достигается большая прозрачность деятельности фонда для органов власти, включая орган управления здравоохранением. Полномочия исполнительной дирекции фонда ограничиваются, возможности использования средств фонда в частных, а не в общественных интересах сужаются. Усиление контроля станет ответом на во многом справедливую критику действий ряда исполнительных дирекций территориальных фондов ОМС, допускающих неоправданное использование средств ОМС на цели, не связанные с прямым финансированием медицинской помощи, не говоря уже о фактах очевидных злоупотреблений.

Предлагаемые изменения функций правления фондов ОМС соответствуют практике организации управления ОМС в других странах с переходной экономикой. Так, в Эстонии региональные советы по медицинскому страхованию (аналоги правлений наших территориальных фондов ОМС) утверждают планируемые контракты между региональной больничной кассой и медицинскими организациями, а также ее квартальные финансовые отчеты (*Эстонская ЦБК, 1999*).

## **11.3. Создание системы комплексного планирования здравоохранения**

### **11.3.1. Система программ и планов**

Необходима разработка на всех уровнях управления стратегических и текущих планов здравоохранения. Ключевой задачей стратегического планирования должно стать определение направлений и способов развития и использования ресурсного потенциала системы охраны здоровья населения для улучшения состояния здоровья населения страны. Важнейшим среди этих направлений в обозримой перспективе будет выступать проведение структурных преобразований в отрасли здравоохранения, включая реструктуризацию сети ее учреждений.

Ежегодные планы здравоохранения должны включать показатели объемов и структуры профилактических мероприятий и медицинской помощи, оказываемой населению различными специализированными и территориальными подсистемами системы здравоохранения, а также показатели, характеризующие потоки пациентов между медицинскими учреждениями разной подчиненности и разных территорий.

Используя существующие предложения о создании системы комплексного планирования в здравоохранении (*Шейман, 1998, с. 184-186; Таранов, Кравченко, 2000, сс. 87, 104*), можно рекомендовать следующую структуру системы планирования:

*На федеральном уровне:*

- разрабатывать и утверждать каждые 3-5 лет концепцию развития здравоохранения, определяющую стратегические задачи здравоохранения; концепция должна дополняться стратегическим планом деятельности федеральных органов;
- разрабатывать и утверждать федеральные целевые программы, соответствующие утвержденной концепции;

- утверждать единые для страны методологии планирования и нормирования в здравоохранении;
- разрабатывать и утверждать ежегодно федеральную программу государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью;
- утверждать планы деятельности федеральных медицинских организаций по предоставлению медицинской помощи, финансируемой из средств федерального бюджета;
- разрабатывать совместно с субъектами РФ планы участия медицинских организаций, находящихся в федеральной собственности, в реализации территориальных программ развития здравоохранения.

*На уровне субъекта Российской Федерации:*

- разрабатывать и утверждать каждые 3-5 лет территориальную программу развития здравоохранения;
- разрабатывать и утверждать целевые программы, соответствующие территориальной программе развития здравоохранения;
- ежегодно принимать территориальную программу государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью;
- разрабатывать по федеральной методике и утверждать экономические и социальные нормативы для здравоохранения субъекта Федерации;
- сформировать планы направлений больных в федеральные медицинские учреждения;
- разрабатывать совместно с органами местного самоуправления планы участия медицинских организаций, находящихся в государственной собственности субъекта РФ, в реализации муниципальных программ развития здравоохранения.

*На уровне муниципального образования:*

- разрабатывать и утверждать муниципальную программу развития здравоохранения, согласованную с территориальной программой субъекта Федерации по задачам и срокам реализации;
- разрабатывать и утверждать целевые программы, соответствующие муниципальной программе развития здравоохранения;
- разрабатывать и утверждать согласованную с территориальной программой государственных гарантий муниципальную программу гарантий обеспечения граждан медицинской помощью и комплекс планов, необходимых для ее реализации;
- сформировать планы муниципальных лечебно-профилактических учреждений, согласованные с операционными планами деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование населения, проживающего на территории муниципального образования;
- сформировать планы направлений в специализированные центры и ЛПУ, находящиеся в собственности субъекта РФ.  
*На уровне медицинской организации*, участвующей в системе общественного здравоохранения, разрабатываются:
  - перспективный план деятельности организации (на 3-5 лет);
  - годовой план деятельности организации, согласованный с операционными планами деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих финансирование данного учреждения.

Если медицинская организация является государственным или муниципальным лечебно-профилактическим учреждением, то ее план утверждаются учредителем. В иных случаях организация самостоятельно разрабатывает и утверждает планы своей деятельности, отдельные составные части которых формируются по согласованию с финансирующими организациями.

*На уровне страховой медицинской организации ежегодно разрабатывается план предоставления и финансирования медицинской помощи застрахованным (операционный план деятельности страховой медицинской организации), согласованный с показателями планов субъекта Федерации и муниципальных образований, в которых действует страховщик, а также с планами деятельности медицинских организаций.*

#### ***11.3.2. Территориальная программа развития здравоохранения***

В территориальной программе развития здравоохранения должны быть установлены цели и задачи деятельности системы здравоохранения субъекта РФ с учетом положений федеральной концепции развития здравоохранения, целей социально-экономического развития региона, федеральных программ охраны здоровья, анализа состояния здоровья населения региона, имеющихся ресурсов системы здравоохранения.

Территориальная программа развития здравоохранения содержит:

- стратегический план развития системы здравоохранения субъекта РФ;
- территориальные целевые программы государственных гарантий;
- территориальную программу государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью, которая включает:
  - территориальную программу обязательного медицинского страхования;
  - план мероприятий по предоставлению населению медицинской помощи, финансируемой из бюджета субъекта РФ;
  - план оказания межтерриториальной медицинской помощи;

- план реорганизации и развития сети медицинских организаций;
- план внедрения новых медицинских технологий;
- план организационно-экономических мероприятий; данный план предусматривает совершенствование систем управления и финансирования, внедрение новых форм организации медицинской помощи и т.п.;
- план развития кадрового потенциала территориальной системы здравоохранения; данный план должен предусматривать обеспечение персоналом реструктуризированной системы оказания медицинской помощи, мероприятия по переподготовке высвобождающегося персонала.
- план мероприятий по информированию населения; данный план предусматривает мероприятия по санитарной пропаганде и формированию позитивного общественного мнения по отношению к реструктуризации здравоохранения.

Территориальная программа развития здравоохранения как целое разрабатывается и утверждается сроком на 3-5 лет с разбивкой этапов ее реализации по годам планового периода.

Следующие компоненты программы уточняются и утверждаются ежегодно:

- территориальная программа государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью;
- план внедрения новых медицинских технологий;
- план организационно-экономических мероприятий;

По мере необходимости могут также ежегодно вноситься уточнения в следующие компоненты территориальной программы развития здравоохранения:

- целевые программы;
- план реорганизации и развития сети медицинских организаций;
- план развития кадрового потенциала территориальной системы здравоохранения;

- план мероприятий по информированию населения.

#### *11.3.3. Разработка территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью*

Ядром территориальной программы развития здравоохранения должна выступать территориальная программа государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью. В разработке этой программы должны принимать участие орган управления здравоохранением субъекта РФ, территориальный фонд ОМС, органы местного самоуправления, страховые медицинские организации. Однако в существующих нормативно-методических документах недостаточно проработаны процедурные вопросы участия разных субъектов управления в процессе разработки территориальной программы и согласования ее составных частей. Можно рекомендовать следующую процедуру разработки территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью (далее – территориальной программы государственных гарантий).

1. Ответственность за разработку территориальной программы государственных гарантий несет орган управления здравоохранением субъекта РФ.

2. Территориальная программа государственных гарантий разрабатывается органом управления здравоохранением субъекта РФ, органами исполнительной государственной власти субъекта РФ в бюджетной сфере, органами местного самоуправления в бюджетной сфере и в сфере здравоохранения, территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями.

3. Орган управления здравоохранением субъекта РФ разрабатывает проектные значения показателей территориальной программы государственных гарантий, включая рекомендуемые объемы и структуру оказания медицинской помощи на

территории субъекта РФ и финансовые нормативы, и передает их для рассмотрения всем участникам разработки территориальной программы развития здравоохранения.

4. Не позднее, чем через две недели после получения предложений по показателям территориальной программы государственных гарантий, участники разработки территориальной программы государственных гарантий представляют в орган управления здравоохранением субъекта РФ предложения по содержанию территориальной программы государственных гарантий.

5. Орган управления здравоохранением субъекта РФ разрабатывает на основе проектных значений показателей территориальной программы государственных гарантий и представленных предложений проект территориальной программы государственных гарантий и передает его для рассмотрения всем участникам разработки территориальной программы государственных гарантий не позднее, чем через две недели после получения их предложений.

6. Орган управления здравоохранением субъекта РФ в течение двух недель после передачи проекта территориальной программы государственных гарантий согласовывает его с каждым из участников разработки территориальной программы государственных гарантий.

7. В случае разногласий между органом управления здравоохранением и исполнительным органом территориального фонда обязательного медицинского страхования по содержанию проекта территориальной программы государственных гарантий, разногласия обсуждаются правлением территориального фонда обязательного медицинского страхования.

8. Орган управления здравоохранением субъекта РФ представляет проект территориальной программы государственных гарантий в орган исполнительной государственной власти субъекта РФ в сроки, предусмотренные для представления предложений к проекту бюджета субъекта РФ.

К проекту прилагаются протоколы разногласий участников разработки территориальной программы государственных гарантий с итоговым проектом территориальной программы государственных гарантий.

9. Территориальная программа государственных гарантий утверждается органом исполнительной государственной власти субъекта РФ после принятия бюджета субъекта РФ.

Показатели утвержденной территориальной программы государственных гарантий должны соответствовать показателям расходной части бюджета субъекта РФ.

10. В случае, если показатели расходной части утвержденного бюджета субъекта РФ не соответствуют финансовым показателям проекта территориальной программы государственных гарантий, орган управления здравоохранением субъекта РФ дорабатывает проект территориальной программы государственных гарантий, согласовывает его с участниками разработки территориальной программы государственных гарантий и не позднее чем через две недели после утверждения бюджета субъекта РФ представляет доработанный проект территориальной программы государственных гарантий вместе с протоколами разногласий в орган исполнительной государственной власти субъекта РФ.

11. Согласие участника разработки территориальной программы государственных гарантий с итоговым проектом территориальной программы государственных гарантий означает принятие участником на себя обязательств по реализации в пределах его компетенции, установленной законом, задач и мероприятий территориальной программы государственных гарантий.

12. В случае несогласия органов местного самоуправления с показателями деятельности муниципальной системы здравоохранения, установленными в территориальной программе государственных гарантий, указанные показатели носят рекомендательный характер.

13. Реализация территориальной программы государственных гарантий осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и административным правом, то есть на основе системы договоров, заключаемых между фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями, а также на основе заказов, размещаемых органами управления здравоохранением среди подведомственных им медицинских организаций.

#### *11.3.4. Государственные социальные стандарты и нормативы финансовых затрат в области здравоохранения*

Необходимым условием обеспечения гарантированных объемов и качества медицинской помощи является использование на всей территории субъекта РФ социальных и экономических нормативов, разработанных органами государственной власти и обязательных для исполнения органами местного самоуправления, территориальным фондом ОМС и его филиалами, медицинскими организациями. Бюджетный кодекс Российской Федерации определяет, что проекты бюджетов составляются с учетом необходимости достижения минимальных государственных социальных стандартов на основе нормативов финансовых затрат на предоставление государственных или муниципальных услуг (статья 169). Федеральный закон «О финансовых основах местного самоуправления в Российской Федерации», принятый в сентябре 1997 года, содержит положение о том, что участие органов государственной власти субъектов Российской Федерации в решении вопросов организации местных финансов включает разработку государственных минимальных социальных стандартов и социальных норм (пункт 4 статьи 4 указанного закона). Под социальными нормами понимаются показатели необходимой обеспеченности населения важнейшими социально-культурными и другими услугами в натуральном и денежном

выражении (статья 1). Аналогичные положения обычно имеются в уставах и законах субъектов РФ.

В законодательстве необходимо четко определить право органов власти субъектов РФ устанавливать следующие виды стандартов и нормативов, обязательных для всех субъектов территориальной системы здравоохранения и входящих в нее муниципальных систем здравоохранения (*Солодкий, 2000*):

1. Социальные стандарты, определяющие минимальные показатели необходимой обеспеченности населения медицинской помощью:

- виды и объемы медицинской помощи в расчете на 1000 жителей, бесплатное предоставление которых населению субъекта РФ гарантируется государством;
- виды и объемы медицинской помощи в расчете на 1000 жителей, бесплатное предоставление которых населению области гарантировается в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2. Нормативы финансовых затрат на здравоохранение:

- подушевые нормативы финансирования здравоохранения, обеспечивающие предоставление гарантированных объемов медицинской помощи населению субъекта РФ;
- подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, гарантированной в рамках обязательного медицинского страхования.

Расчет объемов финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней должен осуществляться не на основе показателей, характеризующих мощность сети ЛПУ (число коек, посещений в смену и т.п.) и численность персонала, а на основе подушевых нормативов, обеспечивающих возмещение затрат на предоставление медицинской помощи, предусмотренной программой государственных гарантий. Осуществление финансирования здравоохранения на основе стабильных подушевых нормативов имеет принципиальное значение для решения задач реструктуризации системы здравоохранения и

обеспечения эффективного использования имеющегося ресурсного потенциала. Ведь до сих пор размеры бюджетных расходов на здравоохранение зависят в первую очередь от количества лечебно-профилактических учреждений, являющихся бюджетополучателями, и численности их персонала. Соответственно органы здравоохранения не заинтересованы в реализации таких вариантов распределения имеющихся финансовых ресурсов, которые сокращают штаты и общий объем медицинской помощи, оказываемой учреждениями, подведомственными данным органам. Переход на подушевой принцип финансирования здравоохранения изменит экономические условия деятельности органов управления здравоохранением, ослабит их заинтересованность в поддержании всех подведомственных им лечебно-профилактических учреждений и создаст предпосылки для ориентации на конечные показатели здоровья населения и на поиск эффективных вариантов использования имеющихся ресурсов.

#### *11.3.5. Механизм внедрения системы планирования*

Первым шагом по внедрению предлагаемой системы планирования должно стать принятие федерального закона или указа президента. В нем следует:

- определить состав разрабатываемых программ и планов на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- определить сроки, на которые должны быть рассчитаны программы и планы;
- установить обязанность участия в разработке территориальной программы государственных гарантий органов исполнительной государственной власти субъекта РФ в бюджетной сфере и в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления в бюджетной сфере и в сфере здравоохранения, органами управления здравоохранением муниципальных образований, территориального фонда обязатель-

ного медицинского страхования, страховых медицинских организаций;

- установить ответственность органов исполнительной государственной власти субъекта РФ за разработку территориальной программы государственных гарантий;
- установить обязанность органов местного самоуправления разрабатывать и утверждать муниципальные программы государственных гарантий;
- установить принцип согласования территориальных и муниципальных программ развития здравоохранения;
- определить принципы разработки планов: согласование планируемых объемов и структуры медицинской помощи с финансовыми ресурсами, обеспечение роста эффективности использования ресурсного потенциала системы здравоохранения;
- поручить правительству утвердить положение о порядке разработки и утверждения федеральной и территориальных программ развития здравоохранения;
- рекомендовать субъектам РФ принять нормативные правовые акты, определяющие порядок разработки и утверждения территориальных и муниципальных программ развития здравоохранения.

Необходимо обязать федеральные ведомства разрабатывать совместно с Минздравом, Федеральным ФОМС, органами управления здравоохранением и фондами ОМС субъектов РФ планы участия ведомственных медицинских учреждений в реализации программы государственных гарантий.

#### **11.4. Развитие новых форм координационного управления**

В современных политико-экономических условиях деятельность органов здравоохранения должна опираться на применение методов координационного управления. Это требует

расширения спектра используемых механизмов координации политик субъектов управления здравоохранением.

На федеральном уровне следует изменить статус и повысить полномочия Комиссии по охране здоровья при Правительстве РФ. Следует расширить состав такой постоянной комиссии за счет представителей от субъектов РФ и от муниципальных образований. Это обеспечит межведомственную координацию по охране здоровья населения.

Механизм заключения соглашений с субъектами РФ, который Минздрав РФ и Федеральный фонд ОМС пытались использовать в качестве инструмента согласования политики федеральных и региональных органов, оказался ненадежным; он дает сбои, поскольку сильно зависит от приходящих политических отношений между регионами и центром в целом по широкому кругу вопросов. Нужно ослабить эту зависимость координационных институтов в управлении здравоохранением от общей политической ситуации. Необходимы более стабильные институты координации политики субъектов управления здравоохранением. Нужно создать для этого постоянные «площадки взаимодействия» и на федеральном, и на региональном уровнях.

В качестве заслуживающего внимания примера таких структур можно привести коллегиальные органы управления здравоохранением, которые существуют в Бразилии<sup>9</sup>. Как и в нашей стране, в Бразилии долгие годы существовал авторитарный недемократический режим с сильно централизованным управлением. С начала 90-х годов, после замены военного правительства на гражданское, проводится политика децентрализации управления и развития демократии.

---

<sup>9</sup> Источником данных для приводимого ниже описания послужили интервью с Жоао Юнесом, членом федеральной трехсторонней комиссии по здравоохранению Бразилии (15.09.1999) и с Гилберто Наталини, секретарем здравоохранения муниципалитета Диадема, Сан-Пауло (17.09.1999).

На федеральном уровне существует трехсторонняя комиссия по здравоохранению. В ней 15 членов: 5 представителей федерального министерства здравоохранения, 5 представителей штатов и 5 представителей муниципалитетов. Заседания комиссии происходят раз в месяц. На них обсуждают предложения федеральных органов, штатов, муниципалитетов о направлениях политики в сфере здравоохранения и приходят к согласованным решениям о возможностях и способах реализации на каждом уровне управления предлагаемых инициатив. Решения трехсторонней комиссии принимаются при условии консенсуса.

Кроме того комиссия готовит решения министра о распределении средств, выделяемых на здравоохранение из федерального бюджета и направляемых в территории. Решения комиссии утверждаются министром здравоохранения. Но фактически 80% решений комиссии не пересматриваются министром и имеют окончательную силу.

Помимо трехсторонней комиссии на федеральном уровне есть комиссия руководителей органов здравоохранения штатов и национальный совет руководителей органов здравоохранения муниципалитетов. Существует также национальный совет по здравоохранению. Он возглавляется министром здравоохранения, и в нем представлены органы управления здравоохранением, медицинские организации, профессиональные ассоциации и т.п. Этот орган предназначен для обеспечения обратной связи федерального министерства с профессиональным сообществом и населением. Он является инструментом общественного контроля за выполнением решений федеральных органов.

На уровне штатов существуют двухсторонние комиссии по здравоохранению. В состав такой комиссии входят соответственно представители администрации штата и представители муниципалитетов. Комиссия рассматривает вопросы политики здравоохранения, принимают рекомендательные решения о

распределении средств, выделяемых из бюджета штата, а также занимается планированием межтерриториальной медицинской помощи. Представители муниципалитетов договариваются друг с другом о квотах обслуживания своих жителей в специализированных клиниках, принадлежащих другому муниципалитету или штату, и о соответствующем перераспределении бюджетных ассигнований. В каждом штате существует также совет руководителей муниципальных органов здравоохранения.

Система этих коллегиальных органов кажется довольно громоздкой. Обсуждения принимаемых решений занимают много времени. Но такая система обеспечивает демократичность управления. Каждый уровень организации и управления здравоохранением становится причастным к выработке решений на вышестоящих уровнях. В итоге на местах затем легче реализуются решения, принятые наверху: именно потому, что они неоднократно обсуждались с участием представителей от всех уровней.

На муниципальном уровне получает развитие практика создания консорциумов муниципалитетов для решения конкретных задач. Например, консорциум муниципалитетов, обеспечивающий финансирование и использование мощностей одного хорошо оснащенного госпиталя в Сан-Пауло. Другой пример – консорциум для организации ремонта автомобилей и автомобильного обслуживания учреждений здравоохранения.

Интересный пример создания демократического института управления здравоохранения – конференции по здравоохранению, которые проходят три раза в год в муниципалитете Диадема города Сан-Пауло. Население муниципалитета на собраниях общин выбирает своих представителей на конференцию: одного от каждой тысячи жителей, всего – 400 человек. Конференция принимает решения о направлениях деятельности муниципальной системы здравоохранения, утверждает планы ее работы. До открытия конференции проводятся семинары

для ее делегатов, на которых им предоставляют информацию по вопросам, которые будут рассматриваться на конференции, дают возможность вникнуть в проблемную ситуацию.

Опыт Бразилии показывает, что создание работоспособных органов коллегиального обсуждения и принятия решений по вопросам здравоохранения не является утопией. Применяясь к нашим реалиям, можно рекомендовать создание постоянной комиссии по здравоохранению с участием представителей от федеральных органов власти, от субъектов РФ и от муниципальных образований. Ее главными задачами станут:

- достижение понимания всеми уровнями управления проблем системы здравоохранения, требующих решения, и возможных путей такого решения;
- обсуждение предложений к стратегическому плану развития здравоохранения;
- обсуждение хода реализации принятых стратегических документов.

Целесообразно создание постоянно действующих комиссий для разработки и совершенствования методик оценки планирования, ценообразования, эффективности использования ресурсов. При этом важно зафиксировать в нормативном документе ясные принципы формирования таких органов – институционализировать представительство различных интересов в этих координационных органах.

Необходимо также установить обязательность получения заключений вышестоящих органов исполнительной власти на проекты решений об инвестициях в здравоохранение (строительство новых объектов здравоохранения и приобретение дорогостоящего оборудования) за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных бюджетов. Это соответствует зарубежной практике: во многих странах действует разрешительная система закупки дорогостоящего оборудования.

## **Глава 12. Развитие системы медицинского страхования**

### **12.1. Варианты упорядочения схем сочетания бюджетного и страхового финансирования медицинской помощи**

Сложившаяся двухканальная система финансирования здравоохранения, реализованная во множестве региональных бюджетно-страховых моделей, обладает серьезнейшими недостатками (см. раздел 6.3). Поэтому ситуация незавершенности введения системы страхового финансирования и чересполосицы региональных бюджетно-страховых моделей финансирования здравоохранения имеет мало шансов на сохранение в перспективе и требует целенаправленного изменения.

Упорядочение схем сочетания элементов бюджетной и страховой систем финансирования медицинской помощи может быть произведено разными способами. Альтернативные варианты такого упорядочения могут быть сформированы как рациональные сочетания следующих характеристик:

1. Перечней видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств ОМС и за счет бюджетных ассигнований;
2. Видов расходов, покрываемых из средств ОМС и из бюджетов;
3. Степени автономности субъектов финансирования.

Эти характеристики выступают тремя главными признаками различий между существующими региональными бюджетно-страховыми моделями (см. раздел 6.2.).

Рациональными являются такие сочетания указанных характеристик, которые:

- основываются на четкой, ясной, внутренне непротиворечивой схеме соединения элементов бюджетного и страхового финансирования (принципы ясности и логичности);
- не являются взаимоисключающими и допускают практическую реализацию (принцип осуществимости);
- создают условия для более рационального использования ресурсного потенциала здравоохранения по сравнению с существующим положением (принцип экономической эффективности).

Руководствуясь этими принципами, можно сформировать четыре варианта упорядочения сочетания элементов бюджетной и страховой систем финансирования медицинской помощи:

1. Интеграция страховой системы в бюджетную систему финансирования;
2. Сужение перечня видов медицинской помощи, финансируемых из средств ОМС;
3. Переход от постатейного софинансирования медицинских организаций к долевому софинансированию медицинской помощи;
4. Завершение перехода к страховому финансированию медицинских организаций.

Здесь не рассматривается вариант постатейного разграничения предметов бюджетного и страхового финансирования, предусматривающий законодательное закрепление части расходных статей медицинских организаций в качестве предмета финансирования из средств ОМС, а части – в качестве предмета бюджетного финансирования. Такое разграничение произошло на практике, и в разных субъектах РФ оно произведено по-разному. Законодательное закрепление постатейного разграничения не устраняет недостатков, присущих самой этой схеме сочетания двух каналов финансирования медицинских организаций (см. раздел 6.3), и не отвечает вышеупомянутому принципу экономической эффективности, которым следует

руководствоваться при формировании альтернатив упорядочения бюджетно-страховых моделей.

Не анализируется также вариант ограничения состава застрахованных по ОМС, например, ограничения функций системы ОМС финансированием медицинской помощи только работающему населению. На таком пути возникает ряд серьезных технических проблем. При сохранении размера платежей работодателей на ОМС, равном 3,6% фонда оплаты труда, собираемых денег все равно не хватит для покрытия стоимости базовой программы ОМС для работающих граждан. Следовательно, сохранится либо необходимость бюджетных субсидий в фонды ОМС, либо сооплаты фондами ОМС и органами здравоохранения тех медицинских услуг, которые оказываются медицинскими организациями работающим гражданам. В последнем случае возникает вопрос, как совместить бюджетное и страховое финансирование. В зависимости от ответа мы получим одну из разновидностей уже обозначенных выше вариантов. Таким образом, возможное ограничение функций системы ОМС финансированием медицинской помощи только работающему населению нельзя рассматривать в качестве основы для формирования отдельного варианта упорядочения сочетания бюджетного и страхового финансирования.

Для сравнительной оценки названных вариантов будем использовать следующие критерии:

1. *Институциональный потенциал* предлагаемой модели финансирования: возможности обеспечения более рационального использования ресурсов и сила мотивации субъектов финансирования здравоохранения и медицинских организаций к эффективной деятельности;
2. *Экономические издержки реализации* внедряемой модели финансирования: затраты на внедрение и прирост текущих административных расходов;

3. *Политическая реализуемость*, определяемая соотношением политических издержек в сравнении с политическими приобретениями.

### **Интеграция страховой системы в бюджетную систему финансирования**

Территориальный фонд ОМС подчиняется региональному органу здравоохранения и тем самым лишается самостоятельности в принятии решений об использовании средств ОМС. Страховая система финансирования административно интегрируется в бюджетную систему финансирования.

При этом различия между предметами финансирования, производимого за счет бюджетных средств и за счет средств ОМС (различия в видах финансируемой медицинской помощи или в видах возмещаемых расходов), не будут иметь принципиального значения. Они могут быть унифицированы федеральным законодательством, а могут определяться самими субъектами РФ. В последнем случае сохранится многообразие региональных схем сочетания предметов финансирования из бюджетных и страховых средств. Но это разнообразие будет иметь принципиально иной качественный характер по сравнению с существующим положением. Произойдет фактическая консолидация ассигнований на здравоохранение из регионального бюджета и взносов на ОМС работающего населения в руках одного субъекта – регионального органа управления здравоохранением. Финансирование за счет бюджетных средств и за счет средств ОМС будут лишь по форме разными каналами поступления средств в медицинские организации.

### ***Институциональный потенциал модели***

У регионального органа здравоохранения появляется больше возможностей регулирующего воздействия на муниципальные системы здравоохранения и рационализации использования имеющихся средств. Такая модель финансирования обладает относительно лучшими возможностями

обеспечить административный контроль за использованием средств в соответствии с законодательством и утвержденными планами.

Но данная модель имеет невысокий потенциал мотивации субъектов финансирования здравоохранения и медицинских организаций к эффективному использованию ресурсов. Главная особенность органа государственной власти, выступающего в роли покупателя медицинских услуг, состоит в том, что он распределяет средства, не неся прямой экономической ответственности за результаты своей деятельности. Государственный орган управления и его должностные лица, как правило, не имеют серьезных стимулов к эффективной деятельности в качестве покупателя медицинских услуг (см. разделы 8.1 и 10.1).

В сравнении с другими вариантами, рассматриваемая модель обладает относительно худшими возможностями для роста управленческого потенциала и для осуществления инновационной деятельности. Инертность старой административной системы управления служит серьезным препятствием увеличения эффективности использования ресурсов.

#### *Экономические издержки реализации модели*

Они минимальны. В случае реализации данного варианта может быть обеспечена даже определенная экономия управленческих расходов, связанная с сокращением персонала фондов ОМС.

#### *Политическая реализуемость*

За такой вариант будут выступать органы управления здравоохранением, и они могут быть поддержаны другими органами исполнительной и представительной власти. Противниками такого развития событий выступают фонды ОМС и страховые медицинские организации.

Вместе с тем следует принять во внимание, что подчинение территориальных фондов ОМС региональным органам управления здравоохранения, производимое без восстановле-

ния элементов властной вертикали в системе управления здравоохранением, будет означать ослабление возможностей федерального центра регулировать систему здравоохранения. Сейчас территориальные фонды ОМС, хотя и не подчинены административно Федеральному фонду ОМС, обязаны руководствоваться его нормативно-методическими документами. В случае фактической интеграции территориальных фондов в административную систему управления субъекта РФ, Федеральный фонд ОМС или Минздрав РФ будут вынуждены адресовать свои документы органам здравоохранения администраций субъектов РФ. Требовать от них обязательного исполнения своих распоряжений будет гораздо труднее, если вообще не невозможно, чем от территориальных фондов ОМС в их нынешнем положении. Поэтому для федерального правительства реализация такой модели является допустимой лишь при условии адекватного усиления полномочий центра по контролю за использованием этих средств, или в обмен на перераспределение полномочий в пользу центра в других сферах.

#### Сужение перечня видов медицинской помощи, финансируемых из средств ОМС

За системой ОМС законодательно закрепляется финансирование более узкого круга видов медицинской помощи по сравнению с существующей базовой программой ОМС, например, только стационарного или только амбулаторно-поликлинического лечения. Напомним, что за рубежом имеются прецеденты, когда система ОМС используется для финансирования части видов помощи: так, в Албании средства ОМС предназначены лишь для оплаты услуг врачей общей практики и для возмещения расходов на жизненно-важные лекарственные средства (*Adeyi, Nuri, etc., 1999*).

Реализация данного варианта повлечет унификацию региональных бюджетно-страховых моделей.

### *Институциональный потенциал модели*

Создаются условия для повышения эффективности использования ресурсов в том секторе медицинского обслуживания, который будет финансироваться из средств ОМС. Напротив, высока вероятность сохранения стимулов к затратному хозяйствованию в секторе, финансируемом из бюджета. Такая модель создает условия для разделения системы медицинского обслуживания на две части, функционирующие по разным экономическим правилам, и для сохранения и усугубления проблем неэффективной организации взаимодействия между разными этапами оказания медицинской помощи.

### *Экономические издержки реализации модели*

Рассматриваемый вариант сохранит существующий уровень административных расходов на содержание как органов здравоохранения, так и фондов ОМС. Дополнительных затрат для его реализации практически не потребуется.

### *Политическая реализуемость*

Недостаток данного варианта состоит в том, что у него нет активных сторонников среди органов власти и групп специальных интересов. Он никому не дает серьезных преимуществ по сравнению с другими вариантами.

## **Переход от постатейного софинансирования медицинских организаций к долевому софинансированию медицинской помощи**

Не предпринимается попыток кардинально изменить сложившееся в разных регионах соотношение бюджетных и страховых каналов финансирования медицинских организаций. Не ставится задачи ни подчинить фонды ОМС органам здравоохранения, ни сконцентрировать в фондах ОМС все средства, предназначенные для финансирования территориальных программ ОМС. Нововведения относятся к механизму финансирования медицинских учреждений. Сейчас из бюджета и из средств ОМС оплачиваются, как правило, разные статьи рас-

ходов больниц и поликлиник. Предлагается заменить это долевым финансированием медицинской помощи без привязки разных источников финансирования к разным расходным статьям.

Это означает: устанавливать полные тарифы оплаты медицинской помощи, включающие все виды расходных статей. В составе таких полных тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемых в соответствии с территориальной программой ОМС, фиксируется доля, финансируемая из средств ОМС и доля, финансируемая из бюджетных средств. Разделение бюджетного и страхового финансирования закрепляется не как разграничение расходных статей, возмещаемых из разных источников, а как установление пропорций (долей) возмещения из разных источников всего круга текущих расходов, общий размер которых фиксируется в полном тарифе, включающем все расходные статьи. Иными словами, данный вариант предусматривает установление долевого финансирования медицинских услуг без привязки разных источников финансирования к разным расходным статьям. Указанные доли должны ежегодно пересматриваться. Они неизбежно будут различными в разных субъектах РФ.

При реализации данного варианта сочетания бюджетного и страхового финансирования ключевую роль приобретает координация действий каждой финансирующей стороны. Поэтому переход к долевому финансированию должен сопровождаться введением системы комплексного территориального планирования здравоохранения и усилением механизмов контроля органов исполнительной и законодательной власти субъекта РФ за работой территориального фонда ОМС.

Разнообразие региональных бюджетно-страховых моделей существенно сузится. Главными характеристиками различий станут особенности выполнения функций страхователя неработающего населения (круг субъектов, являющихся такими страхователями и соотношения долей финансирования из

бюджетов и из средств ОМС в оплате медицинской помощи), и степень автономности субъектов финансирования.

*Институциональный потенциал модели*

Долевое финансирование позволит медицинским организациям свободно маневрировать поступающими средствами для финансирования разных видов расходов. Таким образом, будет ослаблена острота проблем, порождаемых неравномерностью выделения средств из разных источников.

Схема долевого финансирования, в отличие от постатейного, не создает прямых стимулов к затратному хозяйствованию, но формирует благоприятные условия для введения методов оплаты медицинской помощи, стимулирующих повышение эффективности использования ресурсов медицинскими организациями.

Правда, для схемы долевого финансирования характерен такой же недостаток существующей схемы постатейного разграничения предметов бюджетного и страхового финансирования, как сложность оценки результативности и эффективности использования выделяемых средств, обусловленная наличием двух разных субъектов, финансирующих расходы по осуществлению одной и той же деятельности. Однако в случае реализации предлагаемой модели трудностей будет гораздо меньше, ибо средства каждого из субъектов не будут жестко увязаны со строго определенными видами расходных статей.

По мере освоения руководителями регионального органа здравоохранения и муниципальных органов власти инструментов территориального планирования, новых процедур взаимодействия друг с другом и с фондом ОМС и новых механизмов контроля за его деятельностью у руководителей региональных и местных органов власти будет расти уверенность в рациональности расходования средств, аккумулируемых в фонде ОМС. Это создаст благоприятные условия для добровольного увеличения размеров платежей на ОМС неработающего населения. При нормальном развитии событий ор-

ганам власти станет технически легче перечислять все большую часть бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, в фонд ОМС, чем самим заниматься оплатой услуг медицинских организаций. Таким образом, доля средств ОМС в покрытии текущих расходов по предоставлению медицинской помощи будет постепенно увеличиваться в результате решений, принимаемых самими территориальными органами власти. А с ростом этой доли будут вызревать предпосылки для превращения фондов ОМС в единственных держателей средств, предназначенных для финансирования территориальных программ ОМС, и таким образом, завершения процесса внедрения ОМС.

#### *Экономические издержки реализации модели*

Данный вариант является сложным в практическом осуществлении и потребует увеличения управлеченческих расходов по сравнению с существующим положением. Затраты будут связаны с подготовкой необходимой нормативно-методической документации, обучением работников органов здравоохранения, фондов ОМС, муниципальных органов, сбором необходимой дополнительной информации для внедрения во всех регионах процедур комплексного планирования здравоохранения и контроля за реализацией принимаемых планов.

#### *Политическая реализуемость*

Такая схема упорядочения бюджетного и страхового финансирования здравоохранения отвечает прежде всего интересам фондов ОМС и страховщиков. Политические издержки реализации данного варианта минимальны по сравнению с другими вариантами: он является компромиссным. Но с точки зрения федерального правительства, парламента такой вариант слишком явно выглядит временным.

## **Завершение перехода к страховому финансированию медицинских организаций**

Этот вариант предполагает превращение фондов ОМС во всех субъектах РФ в единственных держателей средств, предназначенных для финансирования медицинской помощи в объеме базовой программы ОМС. Подавляющая часть государственных средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, должна поступать в медицинские организации из одного источника – системы ОМС. Бюджетные средства, используемые ныне для оплаты медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, должны направляться исключительно в фонды ОМС в качестве платежей на страхование неработающего населения. Соответственно базовая программа ОМС должна охватывать основную часть видов и объемов медицинской помощи. Из бюджета продолжают покрываться расходы на узкий круг социально значимых заболеваний, приобретение особо дорогостоящего оборудования, новое строительство – преимущественно на программной основе.

Фонды ОМС осуществляют финансирование страховщиков по подушевым нормативам, дифференцированным в соответствии с показателями риска заболеваемости различных категорий застрахованных. Страховщики заключают договора с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным в объемах, соответствующих территориальной программе ОМС. Оплата медицинской помощи должна покрывать все виды текущих расходов медицинской организации по оказанию согласованных со страховщиком объемов медицинской помощи. Медицинские организации свободно распоряжаются всей совокупностью средств, полученных ими от всех видов оказанных услуг.

Реализация данной модели будет означать завершение перехода к страховому финансированию медицинских организаций. Ключевым элементом реализации рассматриваемого ва-

рианта является концентрация в территориальных фондах ОМС всех средств, предназначенных для финансирования территориальных программ ОМС. Осуществить это можно следующими способами:

1. Установить в федеральном законе, что использование бюджетных средств для оплаты медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, может производиться только через фонды ОМС.

2. Предусмотреть в федеральном законодательстве однозначные требования к органам власти субъектов РФ и органам местного самоуправления, определяющие порядок и размеры осуществления платежей в фонды ОМС за неработающее население. Здесь возможны следующие механизмы:

А) Утвердить в качестве обязательных для исполнения нормативы платежей на ОМС неработающего населения.

Б) Ввести целевые трансферты (субсидии) из федерального бюджета (или из федерального фонда обязательного медико-социального страхования, в случае создания такой системы – см. раздел 12.3) в территориальные фонды ОМС. Федеральные средства должны предоставляться при условии, что региональные и местные органы власти произведут платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальный фонд ОМС.

В) Закрепить за фондами ОМС фиксированную долю налоговых поступлений; например, установить долю ставки подоходного налога, направляемую в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Последний механизм является наиболее надежным средством решения искомой задачи. В этом случае система ОМС получит закрепленный источник финансирования страхования неработающего населения. Принятие такого решения будет связано с серьезным изменением в распределении налоговых доходов. Требуемые размеры платежей в систему ОМС помимо социального налога должны составлять не менее чем 8%

ставки подоходного налога с физических лиц. В этом случае становится возможным и оправданным создание централизованной системы фондов ОМС, в которой территориальные фонды являются структурными подразделениями Федерального фонда ОМС. Он становится держателем основной части средств, предназначенных для финансирования медицинской помощи, гарантированной государством населению страны.

Рассматриваемый вариант упорядочения бюджетно-страхового финансирования при всех его разновидностях предполагает сохранение административной автономности фондов ОМС по отношению к органам здравоохранения. Реализация этого варианта должна быть в обязательном порядке сопряжена с введением системы комплексного территориального планирования здравоохранения, развитием механизмов взаимодействия органов здравоохранения с федеральным и территориальными фондами ОМС.

Реализация данного варианта повлечет существенное уменьшение разнообразия региональных бюджетно-страховых моделей. Различия могут быть связаны с тем, кто выполняет функции страхователя неработающего населения; со степенью автономности субъектов финансирования; с применяемыми методами финансирования медицинских организаций. Сохранение подобного рода территориальных различий представляется вполне оправданным.

#### *Институциональный потенциал модели*

Представленный вариант является наиболее предпочтительным с точки зрения создания институциональных условий для повышения эффективности использования ресурсов в системе медицинского обслуживания населения.

Аккумулирование в одних руках финансовых средств, предназначенных для оплаты подавляющей части видов медицинской помощи, создает благоприятные условия для развития планирования выполнения территориальной программы ОМС

и обеспечения рационального использования имеющихся финансовых и материальных ресурсов.

Закрепляется институциональное разделение производителей и покупателей медицинских услуг. Фонды ОМС и страховые медицинские организации, в отличие от органов здравоохранения, административно не связаны с медицинскими организациями, не имеют интересов финансировать эти организации только ради их сохранения, а несут ответственность за финансирование предоставления объемов медицинской помощи застрахованным, определенных территориальной программой ОМС. Это создает условия для принятия рациональных с экономической точки зрения решений о распределении финансовых средств между производителями медицинских услуг.

Финансирование медицинских организаций и оценка эффективности их деятельности производятся на основе единых принципов. Контроль за текущей экономической деятельностью лечебно-профилактических учреждений со стороны органов здравоохранения, которым они подчинены, заменяется контролем страховщиков за результатами деятельности медицинских организаций: за выполнением договорных обязательств по объемам и качеству предоставляемых населению услуг.

В рассматриваемой модели возможно создать сильную мотивацию субъектов финансирования здравоохранения и медицинских организаций к эффективной деятельности.

#### *Экономические издержки реализации модели*

Внедрение данной модели потребует затрат на разработку значительного объема нормативно-методической документации и обучение работников фондов ОМС и ЛПУ. Существующий уровень административных расходов в системе здравоохранения скорее всего увеличится. Но дополнительные издержки будут компенсированы ростом эффективности использования ресурсов.

### *Политическая реализуемость*

Рассмотренный вариант соответствует Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной Правительством РФ в ноябре 1997 г., в которой медицинское страхование рассматривается как основной механизм финансирования медицинской помощи. Задача завершения перехода к системе страхового финансирования медицинских организаций сформулирована в Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы (*Правительство РФ, 2000b*).

Однако на пути реализации данного варианта стоят наибольшие политические препятствия. Региональные и местные власти не заинтересованы в изменении существующего положения, позволяющего им самостоятельно определять, сколько средств они направляют в фонды ОМС и сколько передают в распоряжение своих органов здравоохранения. Для преодоления этого сопротивления потребуется очень сильное давление со стороны президента и правительства.

## **12.2. Регулирование деятельности страховщиков в системе ОМС**

Модель общественного финансирования здравоохранения с конкуренцией покупателей медицинской помощи создает более благоприятные условия для роста эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, чем модели, в которых распределение общественных средств осуществляется органами исполнительной власти или государственными страховыми фондами, монополизировавшими выполнение этой функции (см. главу 8).

Сохранение модели ОМС с частными страховщиками открывает стратегическую перспективу развития конкуренции между покупателями медицинских услуг в системе общественного финансирования и повышения его эффективности за

счет сочетания двух сил: давления государства и конкурентного давления. Напротив, упрощение системы ОМС, выведение страховых медицинских организаций из числа субъектов ОМС закрывает такую стратегическую перспективу.

Необходимо усилить государственные требования к деятельности страховщиков и контроль за их исполнением с тем, чтобы исключить возможности получать доходы за счет простой перекачки денег от фондов ОМС медицинским учреждениям.

Лицензионные требования к страховым медицинским организациям установлены в Федеральном законе «О страховании» и «Правилах лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 29.03.1994 № 251. Согласно пункту 3 указанных правил, под деятельностью страховых медицинских организаций, являющейся предметом лицензирования, понимается проведение ОМС на некоммерческой основе в соответствии с территориальной программой ОМС, договорами ОМС, договорами с медицинскими учреждениями об оказании медицинской помощи застрахованным лицам, обеспечение застрахованных лиц страховыми медицинскими полисами, а также осуществление контроля за объемом, качеством и сроком оказания медицинских услуг и защита интересов застрахованных лиц. Единственным специальным условием получения лицензии на осуществление ОМС (в отличие от получения лицензии на другой вид страхования) является приложение к заявлению правил ОМС, утвержденных органом исполнительной власти субъекта РФ.

Отметим, что в вышеуказанных нормативных актах не упоминается функция организации медицинской помощи, и фактически не предусматривается никаких специальных требований к самой страховой организации для получения лицензии на осуществление ОМС.

## Зарубежный опыт регулирования деятельности страховщиков

Контрастом этому служит западная практика лицензирования страховых медицинских организаций. В Нидерландах для получения лицензии на деятельность в качестве больничной кассы в системе обязательного (социального) медицинского страхования будущая больничная касса должна отвечать ряду условий, в число которых входит ограничение на возможные организационно-правовые формы страховой организации и требования к органам ее управления (*Бульман, 1999*). Социальным медицинским страхованием могут заниматься только некоммерческие фонды и товарищества со взаимной ответственностью. В состав совета директоров фонда должны быть включены представители застрахованных.

Особое внимание заслуживает опыт регулирования деятельности страховщиков в США. Там условия получения лицензии на деятельность по медицинскому страхованию включают требования к осуществлению страховщиком оперативного планирования (*Гарвин, 1998*). Эти требования различаются в разных штатах, но общими в них является перечисляемые ниже компоненты.

Для получения лицензии страховщик обязан предоставить на утверждение лицензирующему органу бизнес- или операционный план на период от 3 до 5 лет. После получения лицензии страховая медицинская организация должна ежегодно представлять тому же органу ежегодный отчет с перечнем внесенных в операционный план текущих изменений и содержащий сравнение результатов деятельности страховой организации с запланированными показателями.

Операционный план страховой медицинской организации должен содержать разделы, относящиеся к защите прав пациента:

- описание используемых стандартов медицинской помощи, а также процессов и механизмов контроля за их выполнением;
- порядок подачи и рассмотрения жалоб застрахованных (в план страховой медицинской организации обычно включается описание сроков обработки поданных жалоб, порядок подачи апелляций, порядок деятельности руководства страховой организации в данной области и сферы ответственности руководящих сотрудников, а также порядок обращения в сторонние апелляционные инстанции);
- порядок и критерии аттестации лечебно-профилактических учреждений и врачей.

В операционном плане страховой медицинской организации должен обязательно присутствовать раздел, посвященный медицинскому менеджменту (управлению организацией медицинской помощи – в более привычной для нас терминологии). Операционный план должен содержать описание процесса совместной с медицинскими организациями работы по достижению плановых объемов медицинской помощи. Там же должны быть определены виды медицинской помощи, подлежащие контролю, а также письменное определение понятия медицинской необходимости и критерии определения обоснованности оказания тех или иных медицинских услуг.

Операционный план страховой медицинской организации также должен включать:

- описание порядка обследования больного на предмет установления необходимости госпитализации, анализа анамнеза и текущего состояния больного и проверки медицинских карт пациентов;
- описание комитета по обеспечению качества, создаваемого в рамках страховой медицинской организации;
- описание программы оценки результатов лечения;
- описание программы опроса пациентов;

- описание программы контроля за деятельностью руководства страховой организации для обеспечения надлежащего выполнения ею операционного плана.

Подчеркнем, что все эти требования относятся к числу лицензионных условий и содержатся в текстах законов штатов. Опыт такого законодательного регулирования деятельности страховщиков представляется интересным для совершенствования российского законодательства. Сейчас в нем нет требований к наличию у страховых медицинских организаций операционного плана. Между тем наличие подобных требований стало бы серьезным фактором усиления давления государства на деятельность страховщиков.

#### Аkkредитация страховщиков: негативные последствия возможного внедрения

Реакцией на пассивность многих российских страховых организаций, осуществляющих ОМС, стала разработка в 1997-1998 гг. Федеральным фондом ОМС предложений о введении механизма аккредитации страховых медицинских организаций<sup>10</sup>. Аkkредитация страховщиков существует в западных странах. Например, в США она носит добровольный характер и осуществляется как государственными организациями, так и ассоциациями страховщиков. При сохранении добровольной природы аккредитации, медицинские страховщики рассматривают ее как обязательную процедуру в связи с тем, что наличие аккредитации дает возможность заключать договора с крупными работодателями и открывает доступ к участию в государственных программах медицинского страхования (*Гарвин, 1998*).

---

<sup>10</sup> Порядок государственной аккредитации страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование граждан. Проект. (Гуцаленко, Таранов, 1999, сс. 131-153).

Предложения Федерального фонда ОМС предусматривали обязательность аккредитации и проведение ее территориальными фондами ОМС. Механизм аккредитации был предложен в качестве дополнения механизма лицензирования. Под аккредитацией понималось проведение периодической оценки деятельности страховщиков, уже имеющих лицензию на участие в ОМС и осуществляющих такую деятельность, на предмет разрешения продолжения ими деятельности в системе ОМС и предъявления требований к устраниению выявленных недостатков в их деятельности. Был разработан широкий перечень критериев оценки страховщиков. Но предложенный механизм содержит ряд принципиальных изъянов:

1. Аккредитация должна была проводиться теми, кто заключает со страховщиками договора и их финансирует. Это создает возможность отбора организаций по критериям удобства управляемости территориальной системой ОМС, а не по критериям эффективности деятельности страховщиков.
2. Наличие множества критериев оценки страховщиков не подкреплено законодательным установлением стандартов их деятельности. Поэтому оценка по сформулированным критериям становится не оценкой соответствия или несоответствия страховщика стандартам и требованиям, установленным вне аккредитационного процесса, а ранжированием страховщиков в соответствии с количеством набранных баллов по введенным критериям. И дальше открывается возможность для принятия субъективных решений о том, какое количество страховщиков в этом упорядочении можно признать прошедшими аккредитацию.

Внедрение предложенного механизма аккредитации будет означать административную селекцию «эффективно работающих» страховых компаний. В результате в системе ОМС останутся только те «избранные», с которыми у территориального фонда ОМС сложились доверительные отношения. Нужно сказать, что данный подход уже апробирован. Так, в Москве, в

конце 1996 г. была произведена аккредитация страховых медицинских компаний, действовавших в системе ОМС, и из 25 страховых компаний было оставлено 8. Причем решение о сокращении числа страховых компаний участвующих в ОМС, до 6-8 было принято до начала аккредитации (*Кузнецов, Челидзе, 1998*), проведение которой стало инструментом реализации административного решения. После аккредитации в конце 1998 г. их число еще более уменьшилось – до 6. В Ханты-Мансийске аккредитация страховщиков была проведена в сентябре 1997 г.; из пятнадцати компаний было оставлено четыре (*Чемезов, 1997*).

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.

Страховщики, участвующие в ОМС, должны, разумеется, отвечать ряду требований, устанавливаемых государством. Но эти требования должны быть установлены в законодательстве в качестве однозначных критериев получения лицензии на участие в ОМС и условий ее лишения.

Выдвигая в качестве альтернативы предложенному Федеральным фондом ОМС механизму аккредитации страховщиков механизм расширения лицензионных требований к их деятельности, нельзя не упомянуть о существовании несколько иной интерпретации понятий аккредитации и лицензирования. Лицензирование связывается с предоставлением права на осуществление определенных видов деятельности в сфере частных интересов, а аккредитация – в сфере публичного интереса (*Найговзина, Ковалевский, 1999, сс. 165-177*). Различие между этими механизмами проводится прежде всего по предмету государственного регулирования, а не по способу его осуществления. Такое понимание аккредитации имеет право на

существование и не противоречит позиции, сформулированной нами выше. Но согласно действующему законодательству предметом лицензирования выступают определенные виды деятельности как в сфере частных, так и публичных интересов. Поэтому далее мы будем формулировать соответствующие предложения в терминах лицензирования.

### Расширение перечня лицензионных условий

Альтернативным способом усиления регулирования деятельности страховщиков является расширение состава условий получения лицензии на страховую деятельность в системе ОМС.

Возможное содержание расширенных лицензионных требований:

- минимальное значение численности застрахованных по истечении определенного периода работы (например, не менее ста тысяч застрахованных после первого года работы в системе ОМС); страховая медицинская организация, численность застрахованных которой по ОМС составляет менее определенного предела по истечении установленного срока работы после получения лицензии на право заниматься ОМС, лишается лицензии;
- обязательное наличие медико-экономических стандартов лечения, согласованных с ЛПУ и позволяющих производить экономическое оценивание предоставляемой медицинской помощи;
- требования к информированию застрахованных;
- предельные сроки рассмотрения жалоб пациентов;
- обязательная разработка операционных планов и ежегодное представление их на утверждение лицензирующему органу и, возможно, территориальному фонду ОМС<sup>11</sup>;

---

<sup>11</sup> Попутно интересно отметить, что, когда Федеральный фонд ОМС разрабатывал предложения о введении механизма аккредитации страховщиков,

- требования к содержанию операционного плана;
- минимальный размер резервных фондов;
- прозрачность, публикация отчетов, предоставление информации о результатах своей деятельности.

Операционный план страховой медицинской организации должен содержать:

- перечень медицинских организаций, с которыми будут заключаться договоры на предоставление медицинских услуг помощи застрахованным;
- показатели объемов медицинской помощи, которые планируется оказать застрахованным в каждой из медицинских организаций, включенных в операционный план;
- экономическое обоснование планируемого распределения средств между медицинскими организациями,ключенными в операционный план;
- описание порядка контроля за обоснованностью госпитализации застрахованных;
- описание порядка контроля за выполнением медико-экономических стандартов (протоколов) лечения, утвержденных в установленном законодательством порядке;
- описание порядка предоставления застрахованным информации об условиях и порядке предоставления им медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой обязательного медико-социального страхования, порядке подачи жалоб и обращения с жалобами в другие организации;
- описание порядка подачи и рассмотрения жалоб застрахованных; сроки рассмотрения жалоб пациентов.

---

требование разработки операционного плана предлагалось предъявлять к организациям, не прошедшим аккредитацию. Разработка плана рассматривалась как средство оздоровления деятельности организации. Между тем это должно стать лицензионным условием.

Страховая медицинская организация, получившая лицензию на право заниматься обязательным медицинским страхованием, обязана представлять федеральному органу по надзору за страховой деятельностью ежегодный отчет, в котором дается перечень внесенных в операционный план изменений, согласованных с территориальным фондом медико-социального страхования, и сравниваются результаты деятельности страховой медицинской организации с показателями операционного плана.

Необходимы изменения в порядке надзора за деятельностью страховых медицинских организаций, предусматривающие расширение предмета надзора, состава возможных санкций за нарушения, совместное осуществление надзора территориальными органами Росстрахнадзора и территориальными фондами ОМС. Фонды ОМС должны осуществлять мониторинг деятельности страховщиков на предмет выполнения лицензионных требований. Для практической реализации предлагаемых изменений нужно принять Постановление Правительства РФ «О порядке надзора за деятельностью страховых организаций в системе обязательного медицинского страхования».

Необходимо разработать механизмы участия страховых медицинских организаций в управлении организацией медицинской помощи и механизмы координации действий региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых организаций в процессе разработки и реализации программ ОМС. Для практической реализации потребуется принятие закона, либо постановления Правительства РФ о порядке финансового планирования деятельности системы здравоохранения на уровне субъектов РФ и муниципальных образований.

В соответствии с указанными выше изменениями необходим пересмотр основополагающих подзаконных актов, регулирующих деятельность страховщиков в системе ОМС: «Пра-

вил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование», «Положения о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование», «Типовых правил обязательного медицинского страхования».

В числе необходимых изменений следует особо выделить включение норм, обеспечивающих экономическую заинтересованность страховщиков в повышении эффективности использования средств ОМС и обеспечение права застрахованных на выбор страховой медицинской организации.

При таких условиях активность страховщиков будет содействовать процессу реструктуризации здравоохранения, повышению эффективности использования средств ОМС.

### **12.3. Перспективы формирования системы медико-социального страхования**

Перспективный путь развития медицинского страхования связан с созданием единой системы обязательного медико-социального страхования на основе объединения существующих систем обязательного медицинского страхования и социального страхования (*Дмитриев, Шишкин и др., 1998*). Задача разработки федерального закона о медико-социальном страховании определена в Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы (*Правительство РФ, 2000b*).

Возможность объединения связана с тем, что объект медицинского страхования – заболевание застрахованного – является основным объектом существующей системы социального страхования. В России медицинские учреждения и врачи фактически уже совмещают в своей деятельности некоторые функции, предусматриваемые социальным страхованием: признание факта нетрудоспособности и выдача документа, дающего право на получение соответствующего пособия, осу-

ществляется лечащим врачом, к которому обратился заболевший. Однако механизмы финансирования выплаты пособий по нетрудоспособности и финансирования лечения разъединены. В результате принятие решений о выборе формы, интенсивности и длительности лечения, реабилитации, профилактики происходит без учета затрат по выплате пособий. Кроме того врачи часто действуют без надлежащего контроля со стороны работников системы социального страхования и имеют возможность злоупотреблять своим положением, выдавая бюллетени здоровым людям.

Актуальность создания единой системы медико-социального страхования определяется следующими обстоятельствами:

1. Объединение двух систем страхования создаст институциональные предпосылки для проведения единой рациональной политики по отношению к разным видам затрат, связанных с общим для этих систем страховым случаем;
2. Создание новой системы позволит пересмотреть направления расходования средств социального страхования, рационализировать условия выплаты пособий и сократить расходы, которые не связаны с четко выраженным страховыми случаями;
3. За счет сокращения расходов на цели социального страхования можно будет увеличить финансирование медицинской помощи, предусматриваемой обязательным медицинским страхованием, и тем самым содействовать смягчению проблемы несбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и их финансового обеспечения;
4. В объединенном фонде медико-социального страхования на федеральном уровне станут аккумулироваться средства, позволяющие эффективно решать задачи выравнивания экономических возможностей субъектов РФ по выполнению государственных гарантий в области медицинского и

социального страхования и стимулирования осуществления платежей из региональных и местных бюджетов в систему медико-социального страхования за неработающее население.

Рассмотрим эти возможности подробнее.

#### Возможность рационализации совокупных страховых расходов

Создание единой системы медико-социального страхования открывает возможность более рационального использования страховых средств, предназначенных для осуществления разных видов затрат, связанных с общим страховым случаем – заболеванием застрахованного: речь идет о расходах на профилактику, лечение, реабилитацию и выплату пособий по нетрудоспособности. Так, снижение заболеваемости вследствие профилактических мероприятий и применения клинически более эффективных методов лечения будет уменьшать расходы на выплату пособий по временной нетрудоспособности, причем может быть обеспечена экономия, превышающая дополнительные затраты на профилактические мероприятия и повышение качества медицинской помощи.

В случае объединения финансовых институтов, осуществляющих социальное и медицинское страхование, появляются субъекты, экономически заинтересованные в повышении эффективности использования совокупных средств, предназначенных для осуществления различных видов страховых расходов, связанных с заболеванием. Но следует отдавать отчет в том, что получение реальных эффектов от рационализации использования объединенных средств медико-социального страхования возможно лишь при условии сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с их финансовым обеспечением, а также тщательной отработки механизмов финансового планирования и организации выплаты пособий в объединенной системе, стимули-

рования врачей к снижению сроков лечения без ущерба для пациентов и т.д.

### Рационализация системы пособий

Сложившиеся направления использования средств Фонда социального страхования (ФСС) являются функционально неоднородными. Одну группу составляют расходы, имеющие ясно выраженную страховую природу: выплата пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам. Их доля в бюджете ФСС в 1994-1998 гг. находилась в пределах 57-63%.

Вторую группу образуют расходы, связь которых со страхованием рисков не столь очевидна, и которые представляют собой скорее формы социальной помощи населению. Это выплата пособий при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, по уходу за ребенком-инвалидом и пособий на погребение. Доля этой группы расходов в бюджете ФСС выросла с 6% в 1994 г. до 12% в 1998 г.

Третья группа расходов – финансирование санаторно-курортного лечения и оздоровления. Согласно действующему законодательству, средства социального страхования, остающиеся после выплаты установленных видов пособий, могут направляться на следующие цели:

- санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей (полная или частичная оплата путевок в санатории, пансионаты, дома отдыха и проезда к месту лечения и отдыха и обратно);
- содержание санаториев-профилакториев;
- содержание санаторных и оздоровительных лагерей для детей и юношества;
- оплату лечебного (диетического) питания;
- финансирование мероприятий по внешкольному обслуживанию детей, включая финансирование детско-юношеских

спортивных школ, оплату стоимости детских новогодних подарков.

Доля расходов этой группы в бюджете ФСС колебалась в 1994-1999 гг. в интервале от 22% до 32%, причем с 1997 г. она увеличивалась. Именно эти виды расходов были предметом жесткой критики экономистов, искавших пути сокращения социальной нагрузки на государственный бюджет (*Дмитриев, 1997, с. 39*).

Лишь небольшая часть расходов третьей группы (10% по данным за 1997 г.) 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. Основная же часть расходов не обусловлена наступлением страхового случая, а носит профилактическую направленность и служит сокращению риска заболеваемости в будущем.

К четвертой группе следует отнести расходы, осуществляемые ФСС за счет средств, специально перечисляемых ему на эти цели из федерального бюджета. Это расходы на выплату пособий, санаторно-курортное лечение и оздоровление сверх установленных норм и на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей на ликвидируемых шахтах и разрезах угольной и сланцевой промышленности. В 1998 г. доля этой группы расходов ФСС равнялась 1,5%.

#### ТАБЛИЦА 12.1

#### **Поступление и расходование средств Фонда социального страхования РФ (млрд. руб., с 1998 г. – млн. руб.)**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Остаток средств на начало года	382	1203	1342	1611	2742	4219

<b>Поступление средств:</b>	7459	17597	27083	31516	32537	51865
в том числе						
Страховые взносы	6891	15979	24031	28270	30601	48268
Средства федерального бюджета	-	28	44	212	522	907
<b>Расходование средств:</b>	6630	17458	26814	30385	31059	43892
в том числе:						
Выплата пособий, всего, %,	69,2	63,0	72,8	74,3	68,3	59,1
Санаторно-курортное обслуживание, %	18,3	18,8	19,1	17,0	20,7	32,0
Оздоровление детей, %	8,1	10,1	5,1	4,6	7,1	
Осуществление социального страхования, %	3,6	3,0	2,8	3,1	3,9	4,0

Источники: Социальное положение и уровень жизни населения России: Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1999, с. 186; Госкомстат России. Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных и целевых бюджетных фондов за январь-декабрь 1999 г., сс. 8-9.

Центральное место в системе пособий, выплачиваемых за счет средств социального страхования, занимают пособия по временной нетрудоспособности. Существующая схема выплаты пособий по временной нетрудоспособности предусматривает, что размер пособия зависит от длительности непрерывного трудового стажа застрахованного и его заработка. Например, если специалист с восемилетним опытом работы в одной организации потратил на поиски новой работы более 21 дня, то пособие по временной нетрудоспособности для него уменьшается со 100% до 60% от заработка. Привязка размера пособия к величине непрерывного трудового стажа унаследована от нашего социалистического прошлого. Это было обусловлено политикой закрепления рабочей силы на предприятиях и сокращения ее текучести (Якушев, 1998, с. 56). Анахронизм такого принципа является общепризнанным.

Другой очевидный недостаток существующей схемы: размер пособия не зависит от длительности заболевания. Работник, имеющий непрерывный трудовой стаж свыше 10 лет, получает пособие по временной нетрудоспособности, равное

100% его заработной платы. Такая схема экономически не заинтересовывает работающих заботиться о состоянии своего здоровья и ответственно относиться к лечению заболеваний.

Пособие за все дни временной нетрудоспособности выплачивается за счет средств социального страхования. Работодатель, заплатив взносы на социальное страхование, далее уже не участвует в финансировании расходов на оплату пособий. Это никак не стимулирует работодателя к улучшению условий труда наемных работников, к проведению мероприятий, сокращающих заболеваемость.

Преодоление недостатков существующей схемы оплаты пособий по временной нетрудоспособности требует:

- дифференциации размеров пособий по временной нетрудоспособности в зависимости от количества дней болезни;
- ограничения максимальной величины пособий;
- возложения на работодателя обязанности частичной оплаты пособий, помимо его взносов на социальное страхование; например, путем установления обязанности работодателя оплачивать пособие за первые три дня заболевания.

Разные направления расходования средств социального страхования характеризуются разной мерой определенности социальных гарантий. Размеры пособий и условия их представления 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. 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 профсоюзовыми комитетами.

Нечеткость ряда гарантий, предоставляемых в рамках системы социального страхования, является обратной стороной неравенства возможностей пользования соответствующими выгодами системы социального страхования для разных категорий работающих. Эти черты системы социального страхования обусловлены историческими особенностями ее формирования в советский период. Оно было подчинено решению задач социалистической индустриализации. Еще в начале 30-х годов произошел отказ от принципа эквивалентности гарантий, предоставляемых работающим гражданам, для которых предусмотрены эквивалентные условия оплаты страховых взносов (Якушев, 1998, с. 56). Этот принцип был заменен принципом первоочередного обслуживания рабочих крупных предприятий приоритетных отраслей. Для них устанавливались в два-три раза более высокие нормы обеспечения путевками в дома отдыха и санаторно-курортные учреждения, создавалась сеть соответствующих ведомственных учреждений. Дифференциация возможностей пользования льготами за счет системы социального страхования была заложена именно тогда и поддерживалась все последующие годы.

Такая дифференциация существует и сейчас:

- предприятия, сохранившие свои профилактории и дома отдыха, могут направлять часть выплачиваемых ими страховых взносов на финансирование содержания этих учреждений. Те же предприятия, у которых таких объектов нет, вынуждены большую долю взносов перечислять в «общий котел» системы социального страхования. Работающие на этих предприятиях имеют в итоге меньшие возможности

воспользоваться выгодами системы социального страхования;

- предприятия, экономическое положение которых относительно более благоприятно, отчисляют на социальное страхование в абсолютном выражении в расчете на одного работника больше, чем предприятия, испытывающие трудности с выплатой заработной платы. Первые, имея больше средств, имеют возможности направить на оздоровление своих работников больше средств в абсолютном и относительном выражении;
- реальная практика направления работающих на санаторно-курортное лечение дает основания считать, что получателями бесплатных или дотируемых путевок становятся совсем не те, кто больше в них нуждается по медицинским показаниям. Получают путевки чаще те лица, которые имеют более высокий статус в организации, то есть лица, приближенные к администрации организаций.

Возможности получения путевок зависят от экономического положения предприятий и доходов граждан. Таким образом, лица с доходами выше среднего имеют больше возможностей получить льготные путевки. По данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств, проведенного в третьем квартале 1998 г. Госкомстатом РФ, средний размер субсидий на санаторно-курортное лечение и отдых, полученных представителями 20-ти процентной группы домохозяйств, имеющих наибольшие доходы, были в 4 раза выше, чем у представителей 20-ти процентной группы с наименьшими доходами<sup>12</sup>.

Фактическая дифференциация возможностей работающих отражает, с одной стороны, сохранение действия фундаментального принципа распределения жизненных благ в комму-

---

<sup>12</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России: Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1999, с. 194.

нистическом обществе «Каждому – по его социальному положению» (Зиновьев, 1994, с.194). С развитием рыночной экономики и демократии этот фактор дифференциации возможностей в системе социального страхования должен ослабевать. С другой стороны, дифференциация таких возможностей отражает существование 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 экономических возможностей предприятия, где работает застрахованный.

Институциональная неразграниченность этих двух разных компонентов составляет внутреннее противоречие существующей системы социального страхования. Сохранение такого положения не соответствует принципам организации социального страхования в рыночной экономике.

Те предприятия, которые имеют более высокие доходы и вносят в систему социального страхования больше средств, фактически имеют право на большие социальные гарантии. Если они пользуются большими гарантиями за счет взносов других, то трудно признать такое положение дел социально справедливым. Если же взносы тех, кто получает больше благ, примерно соответствуют стоимости этих благ, то такое соответствие должно быть институционализировано. Разрешением проблемы дифференциации реальных возможностей застрахованных в существующей системе социального страхования яв-

ляется институциональное оформление и разграничение двух ее компонентов.

*Общее социальное страхование* должно предусматривать единый для всех застрахованных тариф взносов, единый перечень пособий и льгот и однозначные условия их получения. В тех случаях, когда пособия (льготы) 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.

Создание единой системы медико-социального страхования позволит внести изменения в перечень направлений и в порядок расходования аккумулируемых финансовых средств по сравнению с действующей системой социального страхования.

Эти изменения включают:

- новую схему оплаты пособий по временной нетрудоспособности;
- упразднение ряда видов расходов;
- рационализацию порядка финансирования санаторно-курортного лечения застрахованных.

Какое-либо сокращение перечня пособий, которые должны финансироваться из средств медико-социального страхования, является в настоящее время неоправданным с точки зрения господствующих в российском обществе представлений о со-

циальной справедливости и с точки зрения политических последствий такого решения.

#### Перераспределение средств в пользу оплаты медицинской помощи

Благоприятные предпосылки для объединения двух систем страхования созданы введением с 2001 г. единого социального налога, заменившего собираемые фондами по отдельности обязательные страховые взносы. До 2001 г. тариф взносов работодателей на социальное страхование работников был равен 5,4% от фонда оплаты труда. Тариф взносов на обязательное медицинское страхование – соответственно 3,6%. Ставка единого социального налог на 2001 г. установлена в размере, равном 35,6% от фонда оплаты труда. Из них:

4,0% должны направляться в Фонд социального страхования;  
0,2% – в Федеральный фонд ОМС;  
3,4% – в территориальные фонды ОМС;  
28% – в Пенсионный фонд.

В случае создания объединения двух систем страхования, часть социального налога в размере 7,6% от фонда оплаты труда будет направляться в единую систему медико-социального страхования. Реализация рассмотренных выше мер по рационализации системы пособий может позволить сэкономить средства, эквивалентные не менее 0,8% ставки социального налога<sup>13</sup>. То обстоятельство, что общественные средства, сэкономленные в результате рационализации системы пособий и сокращения финансирования санаторно-курортного лечения и оздоровления работников и членов их семей, будут направлены на покрытие дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения, будет фактором, ослабляющим позиции противников любого пересмотра направлений

---

<sup>13</sup> По расчетам, выполненным Е.Г.Потапчик и Н.А.Лебедевой.

и порядка расходования средств социального страхования и облегчающим проведение объединения.

### Перераспределение ресурсов в пользу федерального центра

Создание объединенной системы медицинского и социального страхования, финансируемой за счет социального налога, позволит централизовать больше средств без пересмотра существующих законодательных положений, регулирующих распределение средств между центром и регионами. Сейчас часть взносов на ОМС, направляемая в Федеральном фонде ОМС, составляет менее 6% собираемых взносов. В центральном аппарате Фонда социального страхования аккумулируется примерно 6% от сумм взносов на социальное страхование. Причем в отличие от перечислений в Федеральный фонд ОМС, эта доля установлена не законом, а внутренними инструкциями.

Поступления от социального налога находятся в федеральной собственности. Поэтому при создании новой системы медико-социального страхования можно будет концентрировать на федеральном уровне, в объединенном федеральном фонде медико-социального страхования как минимум, 4,2% из 7,6%, приходящихся на медицинское и социальное страхование. То есть, оставлять в субъектах РФ, как и прежде 3,4%, а остальные  $4\% + 0,2\%$ , являющиеся федеральной собственностью, перечислять в федеральный фонд медико-социального страхования. В таком случае в объединенном федеральном фонде будут аккумулироваться средства, ощущимые для эффективного решения задачи выравнивания финансовых возможностей регионов по выполнению государственных обязательств по обеспечению пособий и бесплатной медицинской помощи в рамках системы медико-социального страхования. В более радикальном варианте, предусматривающем упразднение самостоятельных территориальных страховых фондов и создание одного федерального фон-

да обязательного медико-социального страхования с территориальными отделениями, все суммы социального налога, в части равной 7,6% его ставки, будут поступать в распоряжение федерального фонда.

Если не будет принято решения о закреплении налоговых источников для осуществления страховых взносов на обязательное медико-социальное страхование неработающего населения, то централизация страховых средств тем не менее даст ощущимый экономический ресурс для решения проблемы осуществления таких платежей из бюджетов субъектов РФ. Средства из федерального фонда МСС будут направляться субъектам РФ в качестве целевых трансфертов при условии, что региональные и местные органы власти произведут платежи в систему обязательного медико-социального страхования.

Из сказанного выше ясно, что создание единой системы медико-социального страхования имеет весьма серьезные экономические и политические преимущества для федерального центра. Президент и правительство выступают той реальной силой, которая заинтересована в таких преобразованиях и способна провести их, несмотря на сопротивление региональных властей и профсоюзов.

## **Глава 13. Совершенствование экономического механизма функционирования медицинских организаций**

Для эффективного использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов на уровне основного звена системы здравоохранения – медицинской организации, такая организация должна:

- иметь возможность самостоятельного принятия оперативных хозяйственных решений;
- получать доходы в соответствии с объемами и качеством медицинской помощи, оказываемой населению,
- быть заинтересованной в более эффективном использовании своих ресурсов.

Три фактора решающим образом влияют на выполнение этих условий:

1. Степень сбалансированности федеральной и территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью с планируемыми объемами финансирования здравоохранения за счет бюджетов всех уровней и средств системы ОМС.
2. Правовой статус медицинских организаций.
3. Применяемые формы оплаты медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями населению.

Финансовая обеспеченность программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения была рассмотрены в главе 6. Предметом данной главы являются второй и третий из вышеуказанных факторов.

### **13.1. Обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных медицинских организаций**

Задача расширения хозяйственной самостоятельности ЛПУ сформулирована в целом ряде программных документов, принятых на федеральном уровне. В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (*Правительство РФ, 1997*) записано, что государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения, выполняющие функции, не связанные рамками единой технологии оказания медицинской помощи, должны обладать широкими полномочиями в вопросах использования имущества, оплаты труда персонала. В решении Коллегии Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2000 г. «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000-2004 годы и на период до 2010 года» указано на необходимость осуществить мероприятия по расширению самостоятельности учреждений здравоохранения. В Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы (*Правительство РФ, 2000b*) поставлена задача обеспечения хозяйственной самостоятельности и увеличения разнообразия организационно-правовых форм медицинских организаций.

Постановка вопроса о расширении самостоятельности ЛПУ предполагает постановку вопроса о повсеместном представлении существующим учреждениям и их обособленным подразделениям прав юридического лица. Однако руководители на местах, как правило, не поддерживают предложений о расширении состава лечебно-профилактических организаций, имеющих статус юридического лица.

В качестве аргументов против обычно выдвигаются следующие:

1. Неготовность части руководителей медицинских учреждений к самостоятельному хозяйствованию, к взятию

на себя финансовой ответственности за результаты работы руководимой организации: кто хотел и мог стать юридическим лицом – тот уже стал, а остальные – не хотят или не могут.

2. Значительные дополнительные издержки, связанные с необходимостью иметь в каждом медицинском учреждении, получившем права юридического лица, собственную бухгалтерию: зачем плодить дополнительных бухгалтеров, да и где их найти, когда проще сохранить то, что есть – использование централизованных бухгалтерий в центральных районных больницах, территориальных медицинских объединениях или органах управления здравоохранением?
3. Угрозы для обеспечения управляемости процессом оказания медицинской помощи. Этот аргумент выдвигается против предложений о наделении правами юридического лица поликлинических отделений, существующих в составе областных, городских и центральных районных больниц. Считается, что раз поликлиническое и стационарные отделения в составе больниц тесно связаны в рамках единого процесса диагностики и лечения больных, то предоставление поликлинике прав самостоятельного принятия хозяйственных решений, планирования своей работы существенно усложнит координацию ее действий с работой стационара. Потенциальные преимущества от предоставления экономической самостоятельности окажутся меньше, чем потери от дезорганизации управления работой поликлиники и стационара как составными элементами единого технологического процесса.
4. Угрозы для сохранности государственного и муниципального имущества и его использования по целевому назначению. В случае, если все многочисленные муниципальные медицинские учреждения, расположенные

на территории города (района), получат права самостоятельного принятия хозяйственных решений, органу управления здравоохранением будет очень сложно уследить за тем, чтобы не было злоупотреблений, чтобы их помещения и оборудование использовались для предоставления медицинской помощи населению в объемах, необходимых для выполнения государственных гарантий, а не отвлекались для извлечения предпринимательских доходов. К примеру, выдвигаются такие возражения: недобросовестные руководители медицинских учреждений, получивших самостоятельность, будут предоставлять помещения ЛПУ для магазинов, торгующих автомобилями, алкогольными напитками и т.п., будут брать кредиты у коммерческих структур под залог недвижимости (или их заставят взять такие кредиты), а затем эта недвижимость на законных основаниях уплывет в чужие руки в порядке оплаты кредитов. Система здравоохранения будет растищена коммерсантами, которые станут использовать приобретенные помещения, естественно, не в целях оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Однако эти возражения не представляются достаточно убедительными.

1. Неготовность главных врачей ЛПУ к исполнению обязанностей руководителя самостоятельно хозяйствующей организации может быть преодолена посредством организации специальных обучающих программ, или, наконец, путем замены руководителей.
2. Дополнительные затраты, связанные с необходимостью иметь бухгалтера в каждом ЛПУ, можно уменьшить, разрешив привлечение бухгалтеров на работу в небольшие ЛПУ на условиях совместительства. Выполнить функции бухгалтерского учета можно поручить тем же самым бухгалтерам из централизованных бух-

галтерий на условиях трудового соглашения; но теперь их взаимоотношения с руководителями ЛПУ кардинально изменятся.

3. Предоставление прав юридического лица поликлиническим отделениям областных, городских и центральных районных больниц может таить угрозу управляемости территориальной системой здравоохранения лишь в случае, если ее руководители способны управлять только приказами.
4. Отказ в предоставлении прав юридического лица учреждениям, руководители которых не пользуются достаточным доверием у органов здравоохранения, не является единственным возможным средством, чтобы противодействовать перемещению прав пользования, распоряжения и владения имуществом государственных и муниципальных медицинских учреждений в пользу предпринимательских и криминальных структур. Предотвращать такие возможности можно и нужно не путем запрета для «ненадежных» медицинских учреждений становиться самостоятельными субъектами хозяйствования. Гражданский кодекс РФ дает учредителю достаточно прав контролировать использование имущества учреждения.

Повсеместное предоставление государственным и муниципальным медицинским учреждениям статуса юридического лица необходимо по следующим причинам.

А) Это создает условия для преодоления иждивенческих мотивов в деятельности администрации и трудовых коллективов медицинских организаций и порождает интерес к:

- расширению возможностей привлечения дополнительных средств помимо финансирования из бюджета и системы ОМС;
- активизации деятельности по зарабатыванию средств, развитию платных услуг;

- эффективному использованию ресурсов, экономии и снижению неоправданных потерь на коммунальных и хозяйственных расходах и т.п.

Б) Открываются возможности развития конкуренции между медицинскими организациями, стимулирующей их к увеличению количества предоставляемых услуг, сохранению и улучшению их качества, к более рациональному использованию имеющихся ресурсов.

В) Достигается организационно-правовое разграничение функции финансирования медицинской помощи населению и функции предоставления такой помощи. Другими словами, обеспечивается разделение покупателей и производителей медицинских услуг.

Г) Создаются благоприятные институциональные условия для структурных преобразований в системе медицинского обслуживания населения, а именно для перемещения части стационарной помощи в амбулаторно-поликлинический сектор.

Такое перемещение будет более сложным, если поликлиники будут продолжать оставаться несамостоятельными подразделениями в рамках крупных больнично-поликлинических комплексов. В этих организациях интересы обеспечения загрузки стационаров были и будут превалирующими. Сокращение объема стационарного лечения, перемещение части необходимого лечения в амбулаторно-поликлинический сектор не могут быть обеспечены, если уповать только на добрую волю и сознательность руководителей больниц. Разумеется, прежде всего нужно менять систему финансирования больнично-поликлинических комплексов, экономически побуждая их к оптимизации структуры медицинского обслуживания населения. Но если структурные изменения будут происходить лишь под внешним давлением органов управления здравоохранением и страховщиков, то принимаемые руководителями больнично-поликлинических комплексов решения о соотношении

стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи могут оказаться не лучшими.

Важно сделать сами поликлиники одной из движущих сил необходимых структурных изменений. Расширить пространство для самостоятельного принятия решения поликлиниками о способах лечения больных (амбулаторно, или направляя в стационар) в тех случаях, когда существование таких альтернатив и такой выбор допустимы с клинической точки зрения. И при этом обеспечить экономическую заинтересованность амбулаторно-поликлинического звена в максимальном использовании своих возможностей для лечения пациентов.

Сейчас поликлинические отделения в составе больнично-поликлинических комплексов очень часто вместо возможного амбулаторного лечения занимаются подготовкой больных к госпитализации, поставляя пациентов стационарным отделениям. Для того, чтобы поликлиники ориентировались не на потребности загрузки стационара, а на применение такого лечения, которое обладает наибольшей клинической и экономической результативностью, они должны прежде всего стать самостоятельными субъектами принятия экономических решений. Без этого их роль будет сохраняться подчиненной по отношению к стационарным отделениям.

Превратить поликлиники в самостоятельные субъекты хозяйствования можно, либо внедряя систему внутренних экономических расчетов и делая поликлиники одним из «центров затрат», либо предоставляя им права юридического лица. Второй путь более надежен для создания устойчивой мотивации к развитию стационарозамещающей деятельности.

Превращение поликлиник в самостоятельных субъектов хозяйствования создает необходимые условия для внедрения таких методов оплаты, которые побуждают поликлиники к расширению объемов амбулаторных услуг и снижают нагрузку на стационар. В частности, открывается возможность введения подушевого финансирования поликлиник с элементами

фондодержания, то есть превращения поликлиник в фондодержателей, осуществляющих частичную оплату стационарной помощи и специализированных диагностических услуг.

Аргументы в пользу предоставления всем поликлиникам прав юридического лица являются не только теоретическими. Имеется практический опыт таких преобразований, и можно оценить их результаты. В городе Волгограде в 1995-1998 гг. была проведена реорганизация поликлиник, являвшихся структурными подразделениями больнично-поликлинических объединений (*Галишников, 1999*). Восемь поликлиник были выделены из состава объединений и получили статус юридических лиц. В прежнем своем положении такие поликлиники играли роль «поставщика» пациентов для стационарных отделений. Они вынуждены были направлять больных, которые могли бы быть пролечены амбулаторно, на стационарное лечение, так как в этом случае лечение оплачивалось по более высокому тарифу и приносило больнично-поликлиническому объединению в целом больший доход. Но такое положение стало сдерживающим фактором для возможного роста собственных доходов поликлиник. В новом же качестве они могут самостоятельно определять лечебно-диагностические технологии и их применять, не подчиняя свои интересы интересам стационаров. Поликлиники стали экономически заинтересованы в развитии стационарно замещающих технологий оказания медицинской помощи населению.

В результате уровень госпитализации больных в районах, где действуют самостоятельные поликлиники, снизился по сравнению с районами, обслуживаемыми больнично-поликлиническими объединениями, реорганизация которых не проводилась. Предоставление юридической самостоятельности повлекло расширение спектра медицинских услуг, оказываемых поликлиниками. Они стали ориентироваться на реальный платежеспособный спрос, и предоставлять услуги, выходящие за рамки территориальной программы ОМС.

Д) Предоставление поликлиниками прав юридических лиц создает институциональные условия для широкого внедрения института врачей общей практики. Без превращения поликлиник в самостоятельно хозяйствующие организации бессмысленно ставить вопрос о предоставлении хозяйственной самостоятельности врачам общей практики, замещающим участковых терапевтов. А без адекватной хозяйственной самостоятельности врачей общей практики развитие этого института не имеет серьезных перспектив.

Е) Создаются предпосылки для развития в сфере здравоохранения благотворительной деятельности, для участия коммерческих и некоммерческих организаций в поддержке медицинских учреждений, поскольку будет обеспечена столь важная для благотворителей адресность пожертвований.

Для того, чтобы добиться предоставления государственным и муниципальным лечебно-профилактическим учреждениям прав юридического лица их собственниками (региональными и муниципальными органами власти), можно применить следующий организационно-правовой механизм: принять Постановление Правительства РФ «О государственной регистрации учредительных документов государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений», которое установит обязательную перерегистрацию учредительных документов указанных учреждений. В качестве необходимого условия для перерегистрации следует сформулировать требование предоставления прав юридического лица всем территориально и структурно обособленным ЛПУ. Для того чтобы избежать поспешности и негативных последствий, на осуществление такой перерегистрации целесообразно отвести два-три года.

В связи с этим необходимо широкое методическое обеспечение намечаемых преобразований, включающее прежде всего реализацию программ переподготовки и повышения квалифи-

кации, в том числе и переподготовки руководителей ЛПУ по специальности «менеджер здравоохранения».

### **13.2. Расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций**

#### *13.2.1. Применимость в здравоохранении формы унитарного предприятия*

Организации, работающие в государственно-муниципальной системе здравоохранения, могут быть как некоммерческими, так и коммерческими. Государственные (муниципальные) коммерческие организации создаются в форме унитарных предприятий. Однако в настоящее время медицинские организации в форме унитарных предприятий немногочисленны. В эту форму были преобразованы бывшие хозрасчетные лечебные учреждения, в том числе стоматологические, ортопедические, реабилитационные медицинские организации, основной деятельностью которых уже в советское время было оказание платных медицинских услуг.

В соответствии со статьей 113 ГК РФ унитарным предприятием признается коммерческая организация, не наделенная правом собственности на имущество, закрепленное за ней собственником. В форме унитарного предприятия могут быть созданы только государственные и муниципальные предприятия.

В отличие от других форм коммерческих организаций, унитарное предприятие не может осуществлять любые виды деятельности, не запрещенные законом. Оно ограничено целями и предметом деятельности, указываемыми в его уставе. Унитарное предприятие не вправе продавать, сдавать в аренду, отдавать в залог имущество, находящееся в собственности учредителя. Учредитель осуществляет контроль за использованием по назначению и сохранностью имущества предприятия. В этих отношениях унитарное предприятие похоже на учреждение.

Однако рассматриваемая организационно-правовая форма предоставляет больше хозяйственной самостоятельности, чем форма учреждения. Если в отношении учреждения законодательство дает возможность собственнику устанавливать задания на его деятельность, то унитарное предприятие свободно в определении структуры и объемов своей деятельности. Унитарное предприятие является коммерческой организацией, а законодательство признает, что основной целью деятельности коммерческой организации является получение прибыли (статья 50 ГК РФ). Таким образом, унитарное предприятие имеет легальный экономический интерес к повышению доходов от своей деятельности. Все это создает условия для более гибкого реагирования на платежеспособный спрос со стороны и населения, и покупателей медицинских услуг в системе общественного здравоохранения (органов здравоохранения и страховщиков).

Форма унитарного предприятия позволяет установить определенные рамки деятельности организации, однако в этих рамках она ведет себя как коммерческая организация, и ее стремление к извлечению прибыли может войти в конфликт с целями деятельности, закрепленными учредителем в ее уставе. Медицинское унитарное предприятие неизбежно будет стремиться к отказу от нерентабельных видов услуг, от соблюдения части обязательств перед прикрепленным населением. Для противодействия этому потребуются дополнительные затраты государства по организации контроля за работой унитарного предприятия, которые будут выше, чем в случае контроля за некоммерческой организацией. В связи с этим расширение использования данной формы не может рассматриваться в качестве перспективного направления организационно-экономических преобразований существующих государственных и муниципальных ЛПУ.

### **13.2.2. Форма трастов и возможности ее использования**

С начала 90-х годов специалисты сферы здравоохранения, научные работники обсуждают возможность и целесообразность применения в России модели самоуправляемых стационаров (больничных трастов). Эта модель явилась важнейшим элементом реформы системы здравоохранения Великобритании (см. раздел 2.1.3.). Она базируется на институте доверительной собственности, развитом в английском праве.

В российском законодательстве институт доверительной собственности (траст) был введен Указом Президента РФ от 24 декабря 1993 г. № 2296 «О доверительной собственности (трасте)». ГК РФ заменил его институтом доверительного управления имуществом (*Дозорцев, 1996*). И в первоначальном, и в нынешнем вариантах этот институт является не особой формой организации, а представляет собой вид договорных отношений. По договору доверительного управления имуществом одна сторона (учредитель управления) передает другой стороне (доверительному управляющему) на определенный срок имущество в доверительное управление, а другая сторона обязуется осуществлять управление этим имуществом в интересах учредителя доверительного управления или указанного им лица (выгодоприобретателя).

Доверительным управляющим может быть индивидуальный предприниматель, коммерческая или некоммерческая организация, за исключением учреждения. Следует особо отметить, что заключение договора доверительного управления не означает ни преобразования действующей организации, имущество которой передается доверительному управляющему, ни создания какой-либо новой специальной организации. Для того чтобы имущество учреждения или унитарного предприятия могло быть передано в доверительное управление другой организации, оно должно быть сначала изъято собственником, а затем передано физическому или юридическому лицу, с ко-

торым заключается договор на доверительное управление данным имуществом.

Доверительный управляющий вправе совершать в отношении переданного ему имущества любые действия в пределах, предусмотренных законом и заключенным договором доверительного управления.

Учредитель управления является собственником имущества, передаваемого в доверительное управление, и получает его обратно при прекращении договора доверительного управления, если договором не предусмотрено иное. Если доверительный управляющий не проявил должной заботы об интересах выгодоприобретателя или учредителя управления, если он совершал сделки с превышением предоставленных ему полномочий или с нарушением установленных для него ограничений, то учредитель управления может лишь потребовать от доверительного управляющего возместить убытки, причиненные утратой или повреждением имущества, а также упущенную выгоду. Учредитель управления может отказаться от договора, но в этом случае он обязан выплатить доверительному управляющему вознаграждение, обусловленное договором.

Рассмотрение особенностей правового института доверительного управления позволяет сделать следующий вывод: использование договора доверительного управления представляется нецелесообразным для преобразования государственных организаций здравоохранения. Смысл доверительного управления состоит в том, чтобы предоставить доверительному собственнику максимальную свободу деятельности, которая ограничивается лишь условиями договора, заключенного единожды при учреждении доверительного управления. После этого учредитель не вправе вмешиваться в деятельность доверительного управляющего. Учредитель вправе лишь контролировать соответствие искомой деятельности условиям договора об учреждении траста. Если учредитель траста считает нужным внести корректизы в направления, структуру, объемы

деятельности организации, выступающей доверительным управляющим, он может это сделать, лишь прекратив договор доверительного управления и учредив новое доверительное управление.

Такая модель может быть эффективной с точки общественных интересов лишь в стабильной экономической и политической системе с высоким институциональным потенциалом государства и развитым гражданским обществом. Ибо только при таких условиях возможно правильно определить и установить в договоре доверительного управления долгосрочные интересы его учредителя и выгодоприобретателя и обеспечить действенный внешний контроль за тем, чтобы доверительный управляющий не использовал полученное имущество в своих собственных интересах.

В условиях переходного общества с нерешенными проблемами определенности и соблюдения государственных гарантий медицинского обслуживания населения, с неэффективным государственным контролем за соблюдением законов, норм, договоров, введение института доверительного управления с высокой вероятностью породит негативные последствия для государства и населения: ухудшение реальной доступности медицинского обслуживания для многих категорий граждан, снижение качества медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, использование переданного имущества в интересах доверительного управляющего, а не населения. Для противодействия этим стремлениям потребуется сложная дорогостоящая система внешнего контроля за деятельностью доверительного управляющего.

### ***13.2.3. Преобразование учреждений здравоохранения в некоммерческие организации иных форм***

#### **Перспективные направления преобразования статуса государственных и муниципальных учреждений здравоохранения**

Основываясь на результатах проведенного выше анализа правовых моделей учреждения, унитарного предприятия, доверительного управления, а также на зарубежный опыт изменения организационно-экономических форм медицинских организаций (см. раздел 2.1.3.), можно выделить следующие перспективные направления преобразования государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждений ЛПУ:

1. Создание новой организационно-правовой формы – государственной (муниципальной) некоммерческой организации, и преобразование в такие организации большей части существующих лечебно-профилактических учреждений и их обособленных подразделений.
2. Преобразование существующих лечебно-профилактических учреждений или их обособленных подразделений в некоммерческие организации других форм, при этом их учредителями являются исключительно органы государственной власти или (и) органы местного самоуправления.
3. Преобразование государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждений, или их обособленных подразделений в некоммерческие организации, соучредителями которых выступают как органы государственной власти (органы местного самоуправления), так и иные юридические и физические лица. При этом имущество преобразуемого учреждения

может передаваться новой организации в собственность, в аренду, в безвозмездное пользование.

4. Преобразование государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждений, или их обособленных подразделений в некоммерческие или коммерческие организации, учредителями которых выступают юридические и физические лица. Как и в предыдущем случае, имущество преобразуемого учреждения может передаваться новой организации в собственность, в аренду, в безвозмездное пользование.

Перспективность таких организационно-правовых преобразований определяется следующими факторами.

А) Преобразование учреждений в другие формы некоммерческих организаций создаст более глубокое разделение между покупателями и производителями медицинских услуг в системе общественного здравоохранения и будет способствовать развитию практики контрактных отношений медицинских организаций с финансирующими органами и друг с другом. Такие отношения являются необходимым условием повышения эффективности системы государственного финансирования здравоохранения и медицинского обслуживания населения.

Б) Преобразование учреждений в другие формы некоммерческих организаций позволит создать организации, которым будет легче формировать, внедрять и изменять структуру и механизмы управления, соответствующие потребностям системы здравоохранения конкретной территории и меняющимся условиям. В отличие от традиционных учреждений, работающих на основании типовых отраслевых положений, некоммерческие организации других форм обладают большими правами в организации своей работы.

В) Преобразование государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждений или их обособленных подразделений в организации, соучредителями которых вы-

ступают юридические и физические лица, способно стать средством привлечения инвестиций в сферу здравоохранения и расширения источников финансирования текущей деятельности этих организаций.

Г) Изменение организационно-правовой формы существующих ЛПУ может быть использовано как средство решения задач реструктуризации сложившейся сети ЛПУ и выведения из системы общественного здравоохранения тех ЛПУ, полноценное финансирование которых государством не представляется возможным или целесообразным.

Д) Преобразование ЛПУ в другую организацию может применяться для решения задачи оптимизации численности и состава ее работников.

Е) Превращение существующих ЛПУ в некоммерческие организации, формально не являющиеся государственными (муниципальными), создает условия для легализации соучастия населения в оплате медицинской помощи. Согласно Конституции РФ, граждане вправе получать бесплатную медицинскую помощь только в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. На некоммерческие организации других форм это положение не распространяется, и они могут легально предусматривать введение соплатежей населения за оказываемые услуги.

#### **Необходимая новая форма: государственная (муниципальная) некоммерческая организация здравоохранения**

Наиболее перспективным представляется вариант трансформации существующих лечебно-профилактических учреждений и их обособленных подразделений в новую организационно-правовую форму – государственную (муниципальную) некоммерческую организацию. Идея создания такой формы организации была сформулирована Л.И. Якобсоном. Искомая

организационно-правовая форма характеризуется следующими главными признаками:

- основная цель деятельности не связана с извлечением прибыли; предмет и цели деятельности определяются в уставе;
- допускается создание организации как одним, так и несколькими учредителями, например, совместно региональным и муниципальным органом, либо муниципальным органом и предприятием (что не допускается ни для учреждения, ни для унитарного предприятия);
- учредители наделяют организацию имуществом на праве хозяйственного ведения; прямых заданий собственников переданного имущества не предусматривается – так же, как и в случае унитарного предприятия;
- ключевую роль в управлении организацией играет наблюдательный совет, формируемый учредителями с привлечением общественности; он контролирует направления и масштабы деятельности организации, утверждает ее финансовый план;
- финансирование деятельности организации со стороны учредителей и других покупателей в системе общественно-го здравоохранения осуществляется на основе договоров;
- прибыль направляется на развитие основной деятельности организации и не может быть распределена в пользу учредителей;
- организация обязана предоставлять населению бесплатную медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий; в то же время она вправе оказывать платные услуги, отвечающие предусмотренным в уставе предмету и целям деятельности; цены и другие условия оказания платных услуг находятся под контролем наблюдательного совета.

Предложенная форма государственной (муниципальной) некоммерческой организации использует механизм встроенного контроля, осуществляемого наблюдательным советом,

назначаемым учредителем. Это снижает совокупные издержки по контролю государства за ее работой в сравнении с вариантами унитарного предприятия и доверительного управления, и при этом обеспечивает большую автономность организации по отношению к учредителю, чем в случае организации, созданной в форме учреждения.

Введение новой организационно-правовой формы позволит обеспечить эффективное функционирование основной части государственных и муниципальных организаций здравоохранения. Вместе с тем для отдельных организаций, таких как военные госпитали, санитарно-эпидемиологические станции и др., целесообразно сохранение статуса учреждения, поскольку здесь принципиально важно сохранить возможность управления деятельностью этих организаций со стороны вышестоящих органов управления.

#### Возможности проведения некоммерческой приватизации

Преобразование определенной части ЛПУ может быть связано с приватизацией. Приватизация государственных и муниципальных медицинских учреждений, понимаемая предельно узко – как передача их имущества коммерческим организациям, запрещена законодательством, и в настоящее время нет оснований ставить под сомнение правильность такого запрета. Но приватизация в целом не сводится к передаче имущества частным коммерческим организациям. Приватизация представляет собой передачу части функций государственного сектора негосударственному: частнопредпринимательскому и негосударственному некоммерческому (*Jansen, 1990; Рудник, Шишкин, Якобсон, 1996*). В частности, возможна некоммерческая приватизация, понимаемая как передача правомочий собственности на государственное имущество негосударственным некоммерческим организациям. Можно выделить четыре типа такой некоммерческой приватизации:

1. *Частичная некоммерческая приватизация* – ликвидация государственного или муниципального учреждения здравоохранения и передача его имущества в аренду или в безвозмездное пользование негосударственной некоммерческой организации, основные цели которой соответствуют целям ликвидируемого учреждения.

2. *Формальная некоммерческая приватизация* – передача имущества государственного (муниципального) учреждения здравоохранения (которое при этом ликвидируется или реорганизуется) в собственность некоммерческой организации, имеющей форму автономной некоммерческой организации либо фонда, с соответствующими уставными целями, учредителями которой являются государственные органы.

При таком варианте формально происходит смена собственника на имущество учреждения здравоохранения, которое перестает быть объектом государственной либо муниципальной собственности. Но поскольку других учредителей, кроме органов государственной власти или местного самоуправления, у данной автономной некоммерческой организации либо фонда нет, то реально этот вариант не сопровождается приходом в соответствующую сферу новых негосударственных структур, что и означает формальность приватизации.

Данная форма приватизации фактически означает преобразование государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения в квазигосударственные организации. Смысл такого преобразования состоит в создании более гибких организаций, структура и принципы деятельности которых в большей мере отвечают интересам их учредителей, чем традиционные учреждения, работающие на основании типовых отраслевых положений.

3. *Смешанная некоммерческая приватизация* – передача имущества государственного (муниципального) учреждения здравоохранения (которое при этом ликвидируется или реор-

ганизуется) в собственность некоммерческой организации, созданной в форме автономной некоммерческой организации либо в форме фонда, соучредителями которой выступают органы государственной власти или (и) органы местного самоуправления, а также граждане и (или) юридические лица.

Данный вариант позволяет, с одной стороны, привлечь к финансированию деятельности, осуществлявшейся медицинским учреждением, дополнительные источники, а с другой стороны, дает возможность органам власти сохранить контроль за использованием переданного некоммерческой организации государственного имущества.

4. *Полная некоммерческая приватизация* – передача имущества государственного (муниципального) учреждения здравоохранения (которое при этом ликвидируется или реорганизуется) в собственность некоммерческой организации, созданной в форме автономной некоммерческой организации или фонда, учредителями которой выступают только граждане и (или) юридические лица.

Наиболее актуальной для практического применения является некоммерческая приватизация по второму и третьему пути. При этом обеспечиваются наиболее полные институциональные гарантии сохранения профильной деятельности медицинских организаций и использования закрепляемого за ним имущества по прямому назначению, а также соблюдения интересов работников приватизируемых учреждений. Некоммерческая приватизация по третьему пути позволит привлечь в сферу здравоохранения дополнительные ресурсы, что сегодня является крайне актуальным. Она может выступать также как переходный этап на пути к полной некоммерческой приватизации.

Второй путь предпочтительнее для тех учреждений, для которых привлечение дополнительных ресурсов ценой расширения круга контролирующих их лиц является мало приемлемым, но изменение статуса позволит провести преобразования

в организации управления этими учреждениями, отвечающие интересам учредителей.

### **13.3. Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи**

Анализ результативности применения разных методов оплаты медицинской помощи, который представлен в научных публикациях, носит пока весьма поверхностный анализ. Комплексных и детальных исследований еще не проводилось. Поэтому следует констатировать, что имеющихся данных пока недостаточно для обоснованных суждений о предпочтительности использования тех или иных методов оплаты медицинской помощи в российских условиях.

В последние годы некоторые российские специалисты активно пропагандируют преимущества оплаты стационарной медицинской помощи на основе метода глобального бюджета (*Шейман, 1998; Макарова, 2000*). Его суть состоит в том, что финансируется предварительно согласованный объем медицинской помощи, но в отличие от сметного финансирования, средства выделяются больнице без разбивки по статьям расходов, а общая сумма не зависит от мощности стационара. Финансирующая сторона согласовывает с больницей количество пациентов по разным профилям, которое больница обязуется пролечить в течение года, и общий размер выделяемых ей финансовых средств. Получив средства, больница далее самостоятельно определяет направления их расходования. В случае, если больница пролечила меньшее количество пациентов, чем было запланировано, недовыполненные объемы все равно оплачиваются либо полностью, либо с уменьшающим коэффициентом (например, 75% от тарифа). Если больница пролечила большее количество пациентов, то это превышение либо вообще не оплачивается, либо возмещается по уменьшенному тарифу.

Главные преимущества этого метода состоят в том, что с помощью планирования объемов оказываемой помощи можно преодолеть практику искусственной поддержки нерационально используемого коечного фонда, оптимизировать структуру оказания медицинской помощи, закрыть ненужные мощности (*Шейман, 1998, сс. 280-281*). Метод глобального бюджета предусматривает предоставление больницам прав свободно распоряжаться выделенными средствами и оставлять себе получаемую экономию. Это способно создать наиболее сильные, в сравнении с другими методами оплаты, стимулы к более эффективному использованию имеющегося ресурсного потенциала, и в частности к сокращению сроков стационарного лечения и расширению применения стационарно замещающих технологий.

Но Министерство здравоохранения РФ и Федеральный фонд ОМС достаточно прохладно отнеслись к рекламируемому методу глобального бюджета и не пропагандировали его широкое внедрение. Главное возражение вызвал принцип предварительной оплаты медицинской помощи. Высказывалось мнение, что если перечислять ЛПУ средства вне зависимости от фактически выполненной ими работы, то это «расходит» персонал, будет стимулировать уклонение от соблюдения согласованных показателей структуры и объемов оказываемой помощи, а вернуть уже перечисленные деньги будет весьма сложно, особенно в условиях, когда размеры финансирования меньше реально необходимых затрат. Управленцам-практикам представляется менее сложным и более надежным контролировать объемы и качество оказанной медицинской помощи при оплате за фактические показатели работы ЛПУ (за число пролеченных больных, законченных случаев госпитализации и т.п.), чем при использовании метода глобального бюджета. Нельзя не признать, что эти возражения вполне обоснованы и от них нельзя отмахнуться, объясняя их

недопониманием сути нового метода или недоразумениями в его интерпретации.

Является общепризнанным, что не существует метода оплаты медицинской помощи, предпочтительность которого по сравнению с другими методами безусловна. Каждый метод должен оцениваться с позиций соответствия целям политики в области общественного финансирования здравоохранения и с учетом издержек его реализации. Принимая во внимание политический компонент сравнительного оценивания разных методов, можно согласиться с мнением, что методы ретроспективной оплаты стационарной помощи (за фактические результаты) более прагматичны, чем подход, основанный на рациональном планировании и четкой теоретической базе (Салтман, Фигейрас, 2000, с. 260).

Если целью является проведение реструктуризации и создание устойчивых стимулов к росту эффективности использования ресурсов, то метод глобального бюджета, действительно, наилучшим образом отвечает этим целям. Но эта цель носит долгосрочный характер. В настоящее время в наших условиях важно не столько улучшить применяемые методы оплаты медицинской помощи, сколько преодолеть двойственность финансирования ЛПУ, добиться того, чтобы оплата медицинской помощи, осуществлялась не одновременно двумя финансирующими сторонами, а одним покупателем, ответственным за возмещение оговоренных результатов работы и за контроль качества обслуживания застрахованных. Сейчас важнее провести в первую очередь такие институциональные преобразования, которые создают у субъектов финансирования и у ЛПУ хоть какие-то, но реальные стимулы хотя бы для устранения наиболее нерациональных трат, которые делают менее выгодными и более рискованными прямые расхищения общественных средств. Решив эту задачу, можно впоследствии внедрять более сложные методы финансового планирования и

оплаты медицинской помощи в сравнении с существующими методами ретроспективной оплаты.

Не менее важным обстоятельством, определяющим предпочтительность выбора того или иного метода оплаты, является величина издержек его применения. Обычно они связываются с затратами на разработку соответствующих показателей, форм отчетности, и с ежегодными затратами на выполнение соответствующих расчетов, заполнение форм, подготовку отчетов и т.д. Однако издержки внедрения нового метода (институциональные издержки) включают также издержки контроля за соблюдением установленных правил. В российских условиях наиболее существенными ограничениями для организационно-экономических нововведений являются возможности государственных учреждений обеспечить полноценное внедрение нововведений и контролировать соблюдение фондами ОМС, страховыми организациями, ЛПУ требований, уже установленных действующими нормативными актами и вновь вводимых. В наших условиях жизнеспособными являются те институциональные нововведения, издержки по контролю за соблюдением которых невысоки, а издержки уклонения наоборот, значительны. Принимая во внимание вышеуказанные соображения, предпочтительность метода глобального бюджета в том его варианте, который был описан выше, уже не предстает столь очевидной.

Более реалистичным представляется следующая схема оплаты: совместное планирование медицинской организацией и страховщиком согласованных объемов медицинской помощи и размеров их оплаты. Произведение оплаты за фактически оказанную медицинскую помощь, но в пределах запланированных объемов.

## **Заключение**

Для повышения эффективности системы финансирования здравоохранения необходимо было ее реформирование, включающее разделение функций и ответственности покупателей и производителей медицинских услуг, внедрение контрактных отношений и развитие конкуренции и т.д. Для того, чтобы решить эту задачу, оставаясь в рамках бюджетного финансирования и не вводя новую – страховую систему финансирования, необходимо иметь государственный аппарат с высокой степенью исполнительской дисциплины (как в Великобритании и Швеции), и с высокой степенью контролируемости его деятельности как со стороны вышестоящих органов управления, так и со стороны гражданского общества. При отсутствии этих условий чиновники не будут прикладывать усилий к преобразованию сложившейся системы, к ограничению своих властных полномочий, к замене привычных административных методов руководства подведомственными медицинскими учреждениями на договорные отношения и новые методы оплаты медицинской помощи. В такой ситуации правильнее создавать новые институты страхового финансирования, заменяя ими институты административного управления здравоохранением, чем пытаться реформировать последние. Так что сделанный в России выбор в пользу медицинского страхования был оправдан. Реформа позволила добиться некоторого перераспределения общественных ресурсов (правда, сокращающихся) в пользу здравоохранения. Но «платой» за дополнительный источник средств стало раздробление системы общественного финансирования здравоохранения на две подсистемы: бюджетную и страховую, имеющие общих получателей средств и при этом действующие по разным и плохо скординированным правилам. Модель ОМС была разработана с целью замены системы бюджетного финансирования, а практическое внедрение ее происходило как дополнение и лишь частичное замещение существовавшей системы. Если бы

при разработке системы ОМС и принятии закона о медицинском страховании перспективы ее внедрения оценивались реалистично, то такую систему изначально следовало бы конструировать как дополнительную к бюджетной системе финансирования, и, исходя из этого понимания, прорабатывать необходимую нормативную базу<sup>1</sup>.

То состояние системы финансирования и управления здравоохранением, которое мы в результате имеем, делает неизбежным проведение дальнейших преобразований. Их направленность будет зависеть от общего курса социальной и экономической политики, которая станет проводиться в стране.

В июне 2000 г. правительством был рассмотрен и в основном одобрен программный документ «Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу» (*Правительство РФ, 2000a*). В числе стратегических целей реформирования здравоохранения в нем определены:

- Обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства.
- Развитие механизмов координации деятельности всех звеньев системы управления здравоохранением на основе введения комплексного территориального планирования в здравоохранении и пересмотра механизмов управления страховыми фондами.
- Реформирование системы финансирования здравоохранения, включающее:
  - обеспечение устойчивости и прозрачности многоканальной системы финансирования сферы здравоохранения;

---

<sup>1</sup> Именно таким образом поступили в Албании, где ОМС изначально было ограничено возмещением расходов застрахованных на амбулаторно-поликлиническую и лекарственную помощь (Adeyi O., Nuri, etc., 1999).

- внедрение механизмов финансового планирования и механизмов оплаты медицинской помощи, стимулирующих рост эффективности использования ресурсов в здравоохранении;
- завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения и к страховому финансированию медицинских организаций;
- усиление государственного регулирования платной медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях;
- постепенную легализацию соучастия населения в оплате медицинской помощи.
- Обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных и муниципальных медицинских учреждений и расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций.

В качестве наиболее приоритетных задач политики в сфере здравоохранения на ближайшую перспективу правительством установлены: формирование объединенной системы медико-социального страхования; обеспечение хозяйственной самостоятельности и увеличение разнообразия организационно-правовых форм медицинских организаций; рационализация программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (Правительство РФ, 2000б).

Таким образом, в качестве общего направления политики выбран путь достаточно радикальных преобразований. Дальнейший ход реформ и темпы осуществления намеченных преобразований будут теперь зависеть от степени внимания руководства государства к реформированию здравоохранения, силы его давления на три основные группы специальных интересов: медицинских чиновников, фондов ОМС, страховых медицинских организаций, а также от борьбы и взаимодействия этих групп друг с другом.

## **Библиография**

1. Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик (1977). М.: Правда.
2. Конституция Российской Федерации (1993). М.: Юридическая литература.
3. Федеральный закон “О медицинском страховании граждан Российской Федерации” от 28.06.1991 № 1499-1.
4. Федеральный закон “Об организации страхового дела в Российской Федерации” от 31.12.1997 № 157-ФЗ.
5. Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Утверждено Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 № 4543-1 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 84-90.
6. Правительство РФ (1992). Общее положение о страховых медицинских организациях. Утверждено Постановлением Правительства РФ от 23.01.1992, № 41.
7. Правительство РФ (1993). Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование. Утверждено Постановлением Правительства РФ от 11.10.1993 № 1018
8. Правительство РФ (1997). Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации

ции. Утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 5.11.1997 №1387.

9. Правительство РФ (1998). Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации 11.09.1998 № 1096.
10. Правительство РФ (2000а). Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Одобрены в основном на заседании Правительства Российской Федерации 28 июня 2000 г.
11. Правительство РФ (2000б). План действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы. Утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р.
12. Минздрав РФ (1994). Устав государственного (муниципального) учреждения. Приложение к совместному письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.1993 № 04-16/74-16 и Государственного комитета Российской Федерации по управлению государственным имуществом от 13.01.1994 № 0К-6/234.
13. Минздрав РФ (1996). Положение о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Утверждено приказом Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 № 363/77 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхова-

ние в Российской Федерации. Том 4. М.: Федеральный фонд ОМС, 1997, сс. 242-252.

14. Минздрав РФ (1998). Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Утверждены Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 16.10.1998 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 8. М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, сс. 204-237.
15. Минздрав РФ (2000). Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год. Утверждены Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 17.01.2000.
16. ФФОМС (1993а). Порядок определения среднедушевых нормативов финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования. Утвержден Федеральным фондом ОМС 19.07.1993 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 277-279.
17. ФФОМС (1993б). Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе

ОМС. Утвержден Федеральным фондом ОМС 19.08.1993 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 268-275.

18. ФФОМС (1993c). Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан. Утверждены Федеральным фондом ОМС 18 октября 1993 г. – Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 286-298.
19. ФФОМС (1993d). Типовые правила обязательного медицинского страхования. Утверждены Федеральным фондом ОМС 1.12.1993 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 216-227.
20. ФФОМС (1993e). Типовой договор о финансировании обязательного медицинского страхования. Утвержден Федеральным фондом ОМС 1.12.1993 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 227-232.

21. ФФОМС (1994). Рекомендации по расчетам тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан. Утверждены Федеральным фондом ОМС 14.04.1994 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, сс. 344-353.
22. ФФОМС (1995). Методические рекомендации по установлению территориальными фондами обязательного медицинского страхования нормативов финансовых резервов и расходов на ведение дела для страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование. Утверждены Федеральным фондом ОМС 14.01.1995 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 2. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995, с. 194-206.
23. ФФОМС (1997а). Методические рекомендации по проведению территориальными фондами ОМС контрольных проверок деятельности СМО, осуществляющих ОМС. Утверждены Федеральным фондом ОМС 17.06.1997 № 2469/11 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 5. М.: Федеральный фонд ОМС, 1997, сс. 206-226.
24. ФФОМС (1997б). Об утверждении статистической формы ведомственной отчетности по организации за-

щиты прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования и инструкции по ее заполнению. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.07.97 №68 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998, сс. 88-99.

25. ФФОМС (1997c). Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 07.08.1997 № 71 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998, сс.109-118.
26. ФФОМС (1998). Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: Системе обязательного медицинского страхования - 5 лет. М.
27. ФФОМС (1999). Указания по обеспечению рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 09.12.1999 № 105 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 10. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000, сс.226-233.
28. Положение о бухгалтерском учете и отчетности в страховых медицинских организациях. Утверждено Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

ральной службой России по надзору за страховой деятельностью 25.07.94 № 02-02/13.

29. Правила обязательного медицинского страхования населения Самарской области. Приняты решением Самарской Губернской Думы от 27 октября 1998 г. N 138.
30. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» № 325-1 ЗРК от 17.12.1998.
31. Алешин А.А. (2000). Региональные аспекты развития системы обязательного медицинского страхования. Диссертационная работа на соискание степени магистра экономики. М., ГУ-ВШЭ.
32. Баррер А.(1999). Совершенствование управления здравоохранением в России. Доклад, подготовленный для проекта Тасис «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М., ноябрь 1999 г.
33. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишkin С.(1998). Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. // Вопросы экономики, 1998, № 10, сс. 101-117.
34. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишkin С. (2000a). Расходы населения на медицинские услуги и лекарства. // Здравоохранение, 2000, № 2, сс. 32-46.
35. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишkin С. (2000b). Участие населения в финансировании здравоохранения. // Экономика здравоохранения, 2000, № 7, сс. 45-50.

36. Бультман Я. (1999). Здравоохранение в Нидерландах. Доклад для проекта Тасис “Российская Федерация: Управление развитием системы социальной защиты”, М.
37. Власов В.В. (1999). Медицина в условиях дефицита ресурсов. М.: Триумф.
38. ВОЗ (1999). Здоровье –21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро.
39. Всемирный банк (1999). Отчет по проекту Всемирного банка «Исследование рынка посреднических услуг по медицинскому страхованию». Москва, 1999.
40. Вялков А.И. (1999). Состояние стандартизации в здравоохранении России // Вестник обязательного медицинского страхования, 1999, № 1, сс. 22-25.
41. Вялков А.И., Щепин В.О., Тишук Е.А., Проклова Т.Н. (2000). Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. М.: Гэотар-Медицина.
42. Гайворонский В., Рыжкова С. (2000). Деньги должны идти кратчайшим путем. // Медицинская газета, 2000, № 57, с. 4
43. Галишников Ю.А. (1999). Самостоятельность поликлиники - один из основных элементов реформы первичной медико-социальной помощи. Здравоохранение, № 11.
44. Гарвин М. (1998). Требования к предоставлению бизнес-плана (операционного плана) для страховых медицинских организаций, стремящихся к получению аккредитации. Доклад, представленный Проекту

поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета. М.

45. Герасименко Н. (1996) Блеск и нищета медицинского страхования в России. // Экономика здравоохранения, 1996, специальный выпуск.
46. Госкомстат России (1996). Методологические положения по статистике. Вып. 1. М.: Госкомстат России.
47. Гришин В.В. (1997). Регулирование процессов становления страховой медицины. М.: Наука.
48. Гуцаленко Г.В., Таранов А.М. /Ред. (1999). Взаимодействие территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций: организационные и финансовые аспекты. М.: Федеральный фонд ОМС.
49. Даирбеков О.Д., Захаров И.С., Лаврентьева И.К.(1998) Здравоохранение города Алматы в переходный период. Алма-Ата.
50. Девятко В.Н., Аканов А.А. (1999). Здоровье народа и здравоохранение Казахстана в переходный период: опыт, уроки, проблемы. Алма-Ата.
51. Дмитриев М. (1997). Бюджетная политика современной России. М.: Московский Центр Карнеги.
52. Дмитриев М.Э., Шишkin С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Г., Салахутдинова С.К. (1998). Создание системы обязательного медико-социального страхования. // Здравоохранение, 1998, № 4, сс.5-18.
53. Дозорцев В.А. (1996). Доверительное управление имуществом (глава 53). // Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть вторая. Текст, комментарии, алфавитно-предметный указатель. /Под ред. Козырь О.М.,

Маковского А.Л., Хохлова С.А. М.: Международный центр финансово-экономического развития, 1996, сс. 527-549.

54. Жаркович Г., Затцнгер В., Милк А., Джон Ю., Гришин В.В., Семенов В.Ю. (1998). Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегии улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах. М.: Федеральный фонд ОМС.
55. Заостровцев А.П. (2000). Вымогательство ренты в рентоориентированном обществе. SPIDER-PE. Научные доклады № 11. Санкт-Петербург.
56. Зиновьев А. (1994). Коммунизм как реальность. М.: Центрполиграф.
57. Зелькович Р.М. (1999). Общества взаимного страхования – форма реформирования государственных гарантий. // Материалы семинара «Стратегии реализации государственных гарантий и обеспечения доступности медицинской помощи для населения». Кемерово., 28 июня 1999 г. (неопубликованные материалы).
58. Зурабов М.Ю. (1997). Пять лет на страховом поле московского региона. // Экономика здравоохранения, 1997, № 8/9 (21), с. 42-43.
59. Ибрагимова Д., Красильникова М., Овчарова Л. (2000). Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг. // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2000, № 2(46), сс. 35-44.
60. ИНХ (2000). Социальная политика. Материалы, представленные Центру стратегических разработок при Правительстве РФ. М., Институт народнохозяйственно-

го прогнозирования РАН., 2000 (неопубликованные материалы).

61. Йессе М. (2000). Достижения и трудности в реформировании плановой системы здравоохранения - Опыт Эстонии. // Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000, сс. 93-100.
62. Кадыров Ф.Н. (1996). Проблемы развития медицинских учреждений. // Медицинское страхование, 1996, №3, сс. 45-48.
63. Калашников В., Ермаков Б., Чуваткин П. (1998). Информационное обеспечение управления финансовым взаимодействием субъектов ОМС. М.: Страховое ревю.
64. Кравченко Н.А., Поляков И.В. (1998). Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). М.: Федеральный фонд ОМС.
65. Кузнецов П.П., Челидзе Н.П. (1998). ОМС: итоги и перспективы. // Медицинское страхование, 1998, №16.
66. Кузьминов Я. (1999). Тезисы о коррупции. М.: Государственный университет – Высшая школа экономики.
67. Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. (2000). Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран.// Экономика здравоохранения, 2000, № 7/46, сс. 5-12.
68. Лебедева Н.Н. (1996). Анализ использования различных способов оплаты в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации. // Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе

ме обязательного медицинского страхования.. М.: Федеральный фонд ОМС, 1996, сс. 59-66.

69. Лебедева Н.Н., Якобсон Л.И. (1999). Экономика здравоохранения. // Обзор экономической политики в России за 1998 год. / Бюро экономического анализа. М.: Росспэн, 1999, сс. 279-301.
70. Ле-Гран Д. (2000). Конкуренция и регулирование в системе здравоохранения. - Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000, сс. 57-70.
71. Лябин В.В., Солодкий В.А., Шиляев Д.Р. (1996). О необходимости проведения взаиморасчетов за экстерриториально оказанную медицинскую помощь в рамках выполнения программы обязательного медицинского страхования на муниципальном уровне. // Экономика здравоохранения, 1996, № 12, сс.15-17.
72. Макарова Т.Н. (2000). Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи: российский опыт 1988-1999 гг. Доклад, подготовленный для проекта Тасис «Управление развитием системы социальной защиты». М.
73. Матвиенко В. (1999). Объединив усилия, мы выживем. Медицинский вестник, 1999 № 1, с. 1.
74. Миронов А., А. Таранов, А.Чейда (1994). "Медицинское страхование", Москва: Наука.
75. Морозова Е.А., Кулибакин И.Б. (1998). Отчет по результатам социологического исследования "Городское здравоохранение". Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово.

76. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. (1999). Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. М.: Классик-Консалтинг.
77. Никитченко Т., Мельченко Л. (1998). Реформа, как она видится. Медицинский вестник, 1998, № 4, с. 8.
78. Норт Д. (1997). Институты, институциональные изменения и функционирование экономики. Пер. с англ. М.: Фонд экономической книги “Начала”.
79. ООН (1999). Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 1999. Программа развития ООН. М.: Права человека, 1999.
80. Паритетный союз (1999). Полная сеть здоровья. Берлин: Медико-социальные центры Паритетного союза ГмбХ.
81. Парсонс Т. (1997). Система современных обществ. Пер. с англ. М.: Аспект Пресс.
82. Поляков И., В.Петухова, Е.Андреева (1995). История вопроса: медицинское страхование и обоснование выбора путей развития здравоохранения в России. // Медицинское страхование, 1995, № 2(11), сс. 3-8.
83. Порядин В. (1997). Медицинское страхование без прикрас. Медицинский Вестник, 1997 №24, с.6.
84. Решетников А.В. (1998). Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М.: Финансы и статистика.
85. Рождественская И.А., Шишkin С.В. (1998). Институциональные реформы в социально-культурной сфере. // Экономика переходного периода. М.: Институт экономических проблем переходного периода, 1998, сс. 649-712.

86. Б. Рудник, С. Шишкин, Л. Якобсон (1996). Приватизация в социально-культурной сфере: проблемы и возможные формы. // Вопросы экономики, 1996, № 4, сс. 18-32
87. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. /Ред. (2000). Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. М.: Гэотар Медицина.
88. Семенов В.Ю. (1996). Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом. // Экономика здравоохранения, 1996, № 4, сс. 8-15.
89. Семенов В. (1997). Нужны жесткие гарантии. // Медицинский вестник. 1997, №;18, с.4.
90. Семенов В.Ю. (1999). Организация управления здравоохранением на федеральном уровне. Аналитический доклад, подготовленный для проекта Тасис «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М.
91. Солодкий В.А. (2000). Методологические аспекты совершенствования экономических механизмов управления здравоохранением Московской области. // Экономика здравоохранения, 2000, № 5,6/45, сс. 26-29.
92. Стародубов В.И. (1992). О проблемах введения медицинского страхования граждан в России. // Медицинское страхование, 1992, № 1, сс. 7-90.
93. Стародубов В.И., Зелькович Р.М., Исакова Л.Е., Комаров Ю.М.. Кручинина С.С., Макарова Т.Н., Михайлова Ю.В., Шейман И.М. (1996). Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации. – Экономика здравоохранения, 1996, № 10/11 сс. 10-34.

94. В.И.Стародубов, А.М.Таранов. В.Л.Гончаренко, Д.Р.Шиляев, Е.И.Дубынина, К.Ю.Лакунин (1999). Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях. М.: Федеральный фонд ОМС.
95. Счета здравоохранения России 1994-1999 гг. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000.
96. Тамбовцев В.Л. (1999). Анализ управляемости действующей системы здравоохранения. Аналитический доклад, подготовленный для проекта Тасис «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М.
97. Таранов А.М., Кравченко Н.А./Ред. (2000). Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС. М.: Федеральный фонд ОМС.
98. Фотаки М. (2000). Опыт реформирования здравоохранения в Великобритании и Швеции. // Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000, сс. 39-56.
99. Хоканссон С. (2000). Результаты реструктуризации в системе здравоохранения Швеции. // Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000, сс. 77-92.

100. Чемезов О. (1997). Ценю ответственность и чувство меры. // Медицинский вестник. 1997. № 23, с. 3.
101. Шевченко Ю.Л. (2000). Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 15 марта 2000 г.
102. Шейман И.М. (1998). Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, Издатцентр.
103. Шейман И.М. (2000). Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении. // Экономика здравоохранения, 2000, № 5,6/45, сс.47-55.
104. Шленская Н. (1999). Единые тарифы - разумный баланс в пределах достигнутого и возможного. // Медицинский вестник, 1999, № 24, с. 4.
105. Щетинина М. (1999). Гарантии – это святое. // Медицинский вестник, 1999, №19 (134), с. 1.
106. Эстонская ЦБК (1999). Эстония. Изменения в системе здравоохранения 1992 – 1999 годы. Доклад, подготовленный Эстонской центральной больничной кассой для проекта Тасис «Управление системой социальной защиты», М., 1999.
107. Якушев Л.П. (1998). Социальная защита. Учебное пособие. М.: Редакция журнала «Пенсия».
108. Adeyi O., Nuri B., Semini I. (1999). Health sector reform in Albania: In need of capacity for implementation. // Euro-health. Vol. 4 N.6 Special Issue Winter 1998/1999, pp. 43- 46.

109. Adeyi O., Radulescu S., Huffman S., Vladu C., Florescu R. (1999). Health sector reform in Romania: Balancing Needs, resources and values. // Eurohealth. Vol. 4 N.6 Special Issue Winter 1998/1999, pp. 29-32;
110. Albrecht V. (1996). Reforms of the health care systems in countries in transition», La gestion des consequences sociales du changement structurel. Documents de travail preparatoires a la rencontre. 28-29 Novembre 1996. Paris.
111. Balicki M. (1994). L'accès aux services de santé doit rester gratuit, mais il faut modifier la répartition de l'argent du Budget. // Alternative, No. 34, p. 14-17.
112. Bar-Mor H. (1996). The paradox of health care system in Izrael: the conflict between a "third-party" government and an efficient mechanism of carrying out public management". Presented paper on the 2nd ISTR Conference, Mexico City.
113. Barr D., Field M. (1996). The current state of health care in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform. // American Journal of Public Health, Vol. 86, No. 3, pp. 307-312.
114. Barr N. (1993). The economics of the welfare state. Second edition. Stanford: Stanford University press.
115. Bejean S. (1994). Economie du système de santé. Du marché à l'organisation. Paris: Economica.
116. Boland V. (1995). Czech health minister sacked in cost crisis. // Financial Times, 1995, October 10.
117. Bradach J., Eccles R. (1991) Price, authority and trust. // Markets, hierarchies and networks, London: Sage.
118. Carroll J. (1995) Health care in Estonia seeks effective cure. // The Baltic Observer, 1995, N. 34.

119. Chernichovsky, D., Barnum H., Potapchik E. (1996). Health system reform in Russia: the finance and organization perspectives. // *Economics of Transition*, 1996, Vol. 4(1), pp. 113-134.
120. Curtis S., Petukhova N., Taket A. (1995). Health care reforms in Russia: example of St Petersburg. // *Soc. Sci. Med.*, Vol. 40, No. 6, pp. 755-765.
121. Davis C. (1993). Eastern Europe and USSR: An Overview. // *Radio Free Europe/Radio Liberty Research Report*, 1993, Vol. 2, No. 40, pp. 31-34.
122. Davis, 1993a, p. 33.
123. Department of Health (1997). *The New NHS - Modern, Dependable*. Cm 3807. London: HMSO.
124. Despres L., Raison C. (1996). Financement et production des services de sante dans la transition en Russie. // *MIRE INFO*, No. 34, pp. 13-15.
125. Donev D. M. (1999). Health insurance system in the Republic of Macedonia. // *Croatian Medical Journal*, N. 40(2), pp. 175-180
126. Dunn J. (1988) Trust and political agency. // Gambetta D. (Ed.) *Trust and power*. Chichester: Wiley, 1988.
127. Ensor T. (1994). Reforming the health sector in former socialist countries of Europe, Presented paper on IRISS Congress, York.
128. Ensor T., Stamp M. (1995). Introducing medical insurance in the Republic of Kazakhstan, Technical report N 1, Health reform technical assistance project, MOH.
129. Ensor T., Thompson R. (1998) Health insurance as a catalyst to change in former communist countries? // *Health policy*, 1998, Vol. 43, pp. 203-218.

130. ESNP, MIRE (1995). Changes in Health Systems in Europe: towards new Contracts between Providers, Payers and Governments? Paris: Édition école nationale de la santé publique.
131. European observatory on health care systems (1999). Health care systems in Transition. Hungary.
132. Flinn R., Pickard S., Williams G. (1995). Contracts and the quasi-market in community health services. // Journal of Social Policy, Vol. 24, N. 4, pp. 529-550.
133. Flynn R., Williams G., Pickard S. (1996). Markets and Networks: Contracting in Community Health Services. Buckingham: Open University Press.
134. Glennester H. (1995). Contracting in the new NHS. // Changes in Health Systems in Europe: towards new Contracts between Providers, Payers and Governments? Paris: Edition ENSP, 1995, pp. 25-38.
135. Goddard M., Mannion R. (1998). From competition to co-operation: new economic relationships in the National Health Service. // Health Economics, 1998, Vol. 7, pp. 105-119.
136. Goldstein E., Preker A., Adeyi O., Chellaraj G. (1996). Trends in health status, services, and finance. The transition in Central and Eastern Europe Vol.1 World Bank technical paper No. 341, 1996.
137. Gross R, Rosen B., Chinitz D. (1998). Evaluating the Israeli health care reform: strategy, challenges and lessons. // Health policy, Vol. 45, pp. 99-117.
138. Harding A., Preker A. /Ed. (2000). Innovations in health care delivery: organizational reforms within the public sector. Washington D.C.: World Bank.

139. Hsiao W. (1995). The chinese health care system: lessons for other nations. // Soc. Sci. Med., Vol. 41, No. 8, pp. 1047-1055.
140. Hornblow A (1997). New Zealand's health reforms: a clash of cultures. // British Medical Journal Vol. 314, pp. 1892-1894.
141. Hospital Corporation International (1996). Restructuring the Singapore general hospital. A brief explanation.
142. Jensen M., Meckling W. (1976). Theory of the firm: managerial behavior agency cost, and ownership structure. // Journal of financial economics, 1976, N 3(3). Pp. 305-360.
143. Jansen R., Made van der J. (1990). Privatization in health care: concepts, motives and policies. // Health policy, 1990, Vol. 4, pp. 91-102.
144. Jones A., Zanola R. (1995). Agency and health care. York: Centre for health economics, University of York.
145. Kalandadze T., Bregvadze I., Takaishvili, Archvadze, Moroshkina N. (1999). Development of state health insurance system in Georgia. // Croatian Medical Journal, N. 40(2), pp. 216-220
146. Kemenade Y.W. van (1993). Health care in Europe. Zoetermeer: National Council for public health, 1993.
147. Klein R. (1998). Why Britain is reorganizing its National Health Service - Yet Again. // Health Affairs, July/August 1998, pp. 111-125.
148. Le Grand J., Propper C., Robinson R. (1993). The economics of social problems. Third edition. London: Macmillan.
149. Le Grand J. , Bartlett W. (1993). Quasi-Markets and social policy. London: Macmillan.

150. Luhmann N. (1979). Trust and power. Chichester: Wiley, 1979/
151. Maynard A. (1994). Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. // Soc. Sci. Med., Vol. 39, No. 10, pp. 1433-1445.
152. Maynard A., Bloor K. (1996). Introducing a market to the United Kingdom National Health Service. // New England Journal of Medicine, 1996, February 29.
153. Markota M., Svab I., Klemencic K.S., Albreht T. (1999). Slovenian experience on health care reform. // Croatian Medical Journal, N. 40(2) pp. 190-194.
154. Marree J., Groenewegen P. (1997). Back to Bismark: Eastern European health care systems in Transition. Aldershot: Averbury.
155. McChesney F. (1997). Money for nothing. Politicians, rent extraction and political extortion. Cambridge, Mass: Harvard University press.
156. Mroz, T., Popkin B., Mancini D., Glinskaya E., Lokshin V. (1997). Monitoring Economic Conditions in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring Survey 1992-1996. Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. North Carolina, February 1997.
157. NHS (1991). NHS Trusts: A working guide. London: HMSO.
158. OECD (1992). The reform of health care systems: A comparative analysis of seven OECD countries. Health Policy Studies No. 2, Paris: OECD.

159. OECD (1994). The reform of health care systems: A comparative analysis of seventeen OECD countries. Health Policy Studies No. 5, Paris: OECD.
160. OECD (1995a). Internal markets in the making. Health systems in Canada, Iceland and the United Kingdom. Health Policy Studies No. 6, Paris: OECD.
161. OECD (1995b). New directions in health care policy. Health Policy Studies No. 7, Paris: OECD.
162. Ouchi W. (1991). Markets, bureaucracies and clans", Markets, hierarchies and networks, London: Sage.
163. Popov G.A. (1971). Principles of health planning in the USSR. Geneva: WHO.
164. Potucek M. (1993). Czech and Slovak Republics. // Journal of European Social policy, 3(3).
165. Preker A. Feachem R. (1994). Health and health care. // Barr N./Ed. Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe: the transition and beyond. Oxford/New York/Toronto: Oxford University Press, 1994, pp. 288-321.
166. Rowland D., Telyukov A. (1991). Soviet health care from two perspectives, Health Affairs, 1991, N. 10(3)
167. Rys V. (1993). Social security reform in Central Europe: issues and strategies. // Journal of European Social policy, 3(3).
168. Savas S., Sheiman I., Tragakes E., Maarse H.(1998). Contracting models and provider competition in Europe. // Critical challenges for health care reform in Europe. Saltman R., Figueras J., Sakellarides C. (Ed.) Buckingham: Open University Press, 1998, pp. 157-178.
169. Schieber G., Maeda A. (1997). A Cormudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. //

Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference. March 10-11, 1997, Washington D.C.: The World Bank, 1997, pp. 1-38.

170. Schulenburg J.M. (1994). Graf von der. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective. // Social Science and Medicine, 1994, N. 10, pp. 1473-1481.
171. Smith P., Stepan A., Valdmanis V., Verheyen P. (1997). Principal-agent problems in health care systems: an international perspective. // Health policy, N 41, pp. 37-60.
172. Stiglitz J. (1989). Principal and agent. // Eatwell J., etc./Ed. The New Palgrave. Allocation, information and markets. London: Macmillan Reference Books, 1989, pp. 241-253.
173. Street A., Jones A., Furuta A. (1997). Cost-sharing and pharmaceutical utilisation in Russia: evidence from a household survey. Centre for Health Economics, University of York. Discussion Paper N 155.
174. Vinton L. (1993). Poland's social safety net: an overview. // Radio Free Europe/Radio Liberty Research Report, Vol. 2, N. 17, pp. 3-11.
175. Włodarczyk W. and P. Mierzewski (1991). From words to deeds: health service reform in Poland . // International Social Security Review, 44(4), p. 5-17.
176. WHO (1997). World Health Organization Book on European health care reforms. World Health Organization.
177. WHO (2000). The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
178. World Bank (1993). World Development Report 1993. Investing in health. New York: Oxford University Press.

179. World Bank (2000). World development report 1999/2000. Entering the 21<sup>st</sup> Century. Washington D.C.: Oxford University Press.