



Институт экономики переходного периода

103918, Россия, Москва, Газетный переулок д. 5

Тел./ факс 229 6596, www.iet.ru

Реформирование здравоохранения¹

Автор:

С.Шишкин

**Москва
февраль 2000**

¹ При написании текста использованы материалы и предложения А.С.Мохова и И.М.Шеймана.

Содержание

1. СИТУАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	3
2. ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ РЕФОРМЫ	5
2.1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ СБАЛАНСИРОВАННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ С ФИНАНСОВЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ГОСУДАРСТВА	5
2.2. ВВЕДЕНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	15
2.3. УПОРЯДОЧЕНИЕ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ.....	19
2.3.1. ВАРИАНТЫ УПОРЯДОЧЕНИЯ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ.....	20
2.3.2. УСИЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ ЗА РАСХОДОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОМС.....	29
2.3.3. УСИЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	30
2.4. РЕОРГАНИЗАЦИЯ ВЕДОМСТВЕННОЙ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	37
2.5. РЕФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ СОБСТВЕННОСТИ И РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	38
2.6. РЕГУЛИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.....	39

1. Ситуация в здравоохранении

Современное состояние здоровья населения Российской Федерации характеризуется показателями высокой заболеваемости и смертности. В первой половине 90-х годов значительно увеличились показатели смертности (с 11,2 на 1000 населения в 1990 г. до 15,7 в 1994 г.), и снизились показатели средней ожидаемой продолжительности жизни (с 69,2 лет в 1990 г. до 64,0 лет в 1994 г.). С 1995 г. наметилась тенденция к улучшению этих показателей, но позитивные изменения минимальны, а абсолютные значения уровня смертности и ожидаемой продолжительности жизни остаются намного ниже, чем в предыдущее десятилетие (Таблица 1), не говоря уже об уровне стран с развитой рыночной экономикой.

Данные о заболеваемости в течение 90-х годов не свидетельствуют о четко выраженных и легко интерпретируемых тенденциях². В целом за период 1990-1998 гг. общее число заболеваний с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек выросло с 651 до 670. 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.

Таблица 1.

Показатели состояния здоровья населения России в 1985-1998 гг.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Число заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 1000 населения)	н./д.	651,2	667,5	615,6	654,3	653,2	678,8	648,5	674,2	670,4
Смертность (на 1000 населения)	11,3	11,2	11,4	12,2	14,5	15,7	15,0	14,2	13,8	13,6
Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении)	69,3	69,2	69,0	67,9	65,1	64,0	64,6	65,9	66,6	67,0

Источник: Госкомстат России

² Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 1999. Программа развития ООН. М.: Права человека, 1999. , с. 68.

Состояние системы здравоохранения характеризуется серьезными проблемами, среди которых центральными являются организационно-экономические:

- * несбалансированность программы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью с размерами государственного финансирования здравоохранения;

- * рост расходов населения на формально бесплатную медицинскую помощь, отсутствие социально приемлемых и экономически рациональных форм привлечения личных средств населения для финансирования здравоохранения;

- * незавершенность введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС);

- * неудовлетворительная координация действий различных органов, осуществляющих финансирование здравоохранения;

- * отсутствие стимулов у страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений к более рациональному использованию имеющихся средств.

Для решения этих проблем необходимо реформирование системы управления и финансирования здравоохранения. Без организационно-экономических преобразований неизбежна фрагментация системы здравоохранения, снижение ее доступности для большей части населения, рост дифференциации возможностей получения медицинской помощи и дифференциации состояния здоровья в зависимости от уровня доходов и места жительства.

2. Приоритетные задачи реформы

2.1. Обеспечение сбалансированности государственных гарантий с финансовыми возможностями государства

За период с 1991 г. по 1999 г. расходы государства на здравоохранение сократились в сопоставимом выражении на 33%. Введение медицинского страхования позволило частично скомпенсировать значительное снижение бюджетных ассигнований (Таблица 2). Тем не менее, 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.

Таблица 2.

Расходы государства на здравоохранение (1991 = 100 %).

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Здравоохранение в т.ч.	100	80	108	98	72	71	81	67	67
Государственный бюджет	100	80	91	81	59	57	65	51	51
Обязательные страховые взносы юридических лиц	-	-	17	17	13	14	16	16	16

Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Конституция Российской Федерации содержит положение о праве граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (статья 42). С 1998 г. в нашей стране ежегодно утверждается Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (программа на 1999 г. утверждена Постановлением Правительства РФ № 1096 от 11.09.98; на 2000 г. – Постановлением Правительства РФ от 26.10.1999 № 1194). В программе сохранен неизменным тот перечень видов медицинской помощи, который сложился в советское время. Но программа

устанавливает показатели объемов медицинской помощи в расчете на 1000 населения, которые должны быть финансово обеспечены государством.

Показатели программы предполагают серьезную 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 (Таблица 3). Принятая программа ориентирует на дальнейшее движение по этому пути и на сокращение больничных мест, использование которых имеет низкую затратную эффективность. Предусмотрено уменьшить на 18,5% 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 (Таблица 4). Удельный вес расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь, который составляет в среднем по стране 27%, должен возрасти до 35-40%. В результате, на предоставление медицинских услуг в объемах, определенных программой государственных гарантий, требуются затраты меньшие, чем в 1998 г. Так, стоимость объемов медицинской помощи, фактически оказанной населению в 1998 г., составила 4,0% ВВП, а стоимость принятой программы государственных гарантий в расчете на 1999 г. равнялась 3,6% ВВП.

Таблица 3.

Показатели сети медицинских организаций

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Число больничных учреждений (тыс.),	12,5	12,8	12,7	12,6	12,6	12,3	12,1	12,0	11,5	11,2
- в них коек (на 1000 населения)	13,5	13,8	13,5	13,1	12,9	12,7	12,6	12,4	12,1	11,9
Число амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс.)	19,4	21,5	20,9	20,7	20,9	21,6	21,1	22,0	21,7	22,0
Число врачей всех специальностей, всего, тыс.	621	667	632	637	642	637	653	669	674	682
На 10000 населения	43,2	45,0	42,6	43,0	43,4	43,3	44,5	45,7	46,2	46,9
Численность среднего медицинского персонала всего, тыс.	1757	1844	1717	1709	1674	1613	1628	1649	1626	1615
На 10000 тыс. населения	122,4	124,5	115,8	115,3	113,1	109,7	110,0	112,7	111,5	111,1

Источник: Госкомстат России.

После утверждения федеральной программы государственных гарантий субъектам РФ было рекомендовано разработать территориальные программы государственных гарантий на основе федеральной программы. Минздрав РФ и Федеральный фонд ОМС по согласованию с Минфином РФ 16.10.98 утвердили «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

Таблица 4.

Показатели программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью.

Виды медицинской помощи	Объем в расчете на 1000 чел.			Расчетные нормативы стоимости единицы объема в 2000 г, руб.	Стоимость на 1 жителя в 2000 г., руб.
	1998 факт	1999	2000		
Скорая помощь, вызов	320	340	318	310,7	98,8
Стационарная, койко-дней	3476,0	2901,5	2812,5	200,3	563,3
Медицинская помощь в дневных стационарах, койко-дней	29	660	749	70,6	52,9
Поликлиническая, Врачебных посещений	8731	9198	9198	34,1	313,7
Затраты на поддержание Системы здравоохранения					147,4
ИТОГО на 1 жителя					1176,1

Источник: Минздрав России.

Принятие федеральной программы не было однозначно поддержано всеми субъектами РФ. Предметом критики стали следующие два момента. Во-первых, количественные показатели утвержденной программы не были дифференцированы по регионам, и для многих субъектов РФ были неадекватны реальным показателям заболеваемости. Во-вторых, сомнению подвергался смысл разработки и утверждения правительством программы, которая не обеспечена финансовыми ресурсами.

Источниками финансирования программы служат средства бюджетов субъектов РФ и средства системы обязательного медицинского страхования

(ОМС). Расходы на здравоохранение из бюджетов субъектов РФ достигли в 1999 г. 2,1% ВВП. Взносы на ОМС работающего населения и прочие доходы фондов ОМС составили, по данным за 9 месяцев 1999 г., 0,7% и 0,1 % ВВП соответственно. Таким образом, уровень обеспеченности принятой федеральной программы государственных гарантий был равен 81%.

Однако эта оценка является заведомо завышенной по двум причинам. Во-первых, нереально ожидать осуществления за один год масштабных изменений в структуре медицинской помощи, предусмотренных программой. Во-вторых, расчетные нормативы стоимости медицинской помощи, приведенные в методических рекомендациях по разработке территориальных программ государственных гарантий, ниже показателей потребности в финансовых средствах, рассчитываемых самими регионами. Федеральные нормативы стоимости 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.). Фактические показатели интенсивности использования мощностей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) ниже нормативных. Соответственно фактические потребности средств на оплату хозяйственных расходов существующей сети ЛПУ и на оплату труда их персонала выше расчетных стоимостных нормативов. Иными 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. По результатам практической разработки территориальных программ государственных гарантий, дефицит финансовых средств на выполнение территориальных программ оценивался в 1999 г. в размере 40%³.

³ Щетинина М. Гарантии – это святое. Медицинский вестник. №19 (134), 1999, с. 1.

Таблица 5.

Финансовая обеспеченность государственных гарантий предоставления
населению бесплатной медицинской помощи (% ВВП)

	1998	1999	2000 прогноз	
			1	2
ВВП, млрд.руб.	2684	4476	5500	5500
Индекс-дефлятор ВВП, %	111,5	160,9	124,0	124,0
Расходы государства на обеспечение гарантий медицинской помощи	3,06	2,91	2,98	2,98
В том числе				
Бюджеты субъектов РФ	2,19	2,08	2,15	2,15
Взносы на ОМС работающего населения	0,75	0,73	0,73	0,73
Прочие доходы фондов ОМС*	0,12	0,10	0,10	0,10
Необходимые затраты на обеспечение государственных гарантий**	4,02	3,59	3,20	3,70
в т.ч. стоимость базовой программы ОМС	2,81	2,51	2,03	2,60
Уровень финансового обеспечения государственных гарантий, %***	76	81	93	80

* Доходы фондов ОМС от вкладов на депозит, штрафы, пени, прочие доходы.

** В расчетах на 1998 г. - стоимость фактически оказанных объемов медицинской помощи. В расчетах на 1999 г. и в прогнозе 1 на 2000 гг. – стоимость программы государственных гарантий В прогнозе 2 на 2000 г. – стоимость медицинской помощи, объемы которой соответствуют показателям 1998 г..

*** Показатель рассчитывается делением суммы расходов из бюджетов субъектов РФ, взносов на ОМС работающего населения и прочих доходов фондов ОМС на стоимостную оценку государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

Источник: рассчитано на основе данных Госкомстата, Минздрава, Минэкономики России, Бюро экономического анализа.

В таблице 5 представлены два варианта оценки финансовой обеспеченности программы государственных гарантий в 2000 г. Оба варианта построены на основе статистической оценки макроэкономических показателей в 2000 г., выполненной Бюро экономического анализа (Москва): прогнозируется рост ВВП на 1,0%, темп инфляции 124%⁴. Расходы бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, исчисленные в % к ВВП, оценены на уровне 2,15%, что примерно соответствует среднему значению этого показателя за последние два года. В сумме со взносами на ОМС работающего населения и прочими

⁴ БЭА. Информационно-аналитический бюллетень. № 20, декабрь 1999 г., с. 9.

доходами фондов ОМС это составит почти 3,0% ВВП. В первом варианте прогноза в качестве необходимых затрат на обеспечение государственных гарантий взята стоимость принятой федеральной программы государственных гарантий. Во втором варианте прогноза предполагается, что структура и объемы медицинской помощи будут примерно такими же, как и в 1998 г. В этом случае стоимость медицинского обслуживания населения достигнет 3,7% ВВП.

В первом варианте прогноза уровень финансовой обеспеченности государственных гарантий составит 93%. Если же размеры финансирования здравоохранения из бюджетов субъектов РФ увеличатся в реальном выражении на 14% по сравнению с 1999 г., то программа государственных гарантий может быть полностью сбалансирована с финансовыми ресурсами. Но не будем забывать, что реализация этой программы требует следующих действий:

- * сокращение почти на 20% объемов стационарной помощи и ее перемещение в однодневные стационары и амбулаторно-поликлинический сектор;

- * сокращение гарантируемых объемов бесплатного лекарственного обеспечения больных в стационарах;

- * отказ от расходования средств на содержание сложившейся сети медицинских учреждений и переход к оплате объемов медицинской помощи; это будет означать необходимость выведения из системы общественного здравоохранения части ЛПУ, избыточных по отношению к имеющимся средствам;

- * введение системы комплексного территориального планирования здравоохранения; обеспечивающей рациональность использования совокупного ресурсного потенциала областных и муниципальных медицинских учреждений;

- * усиление прозрачности и установление строгого контроля за целевым использованием государственных средств.

Очевидно, что реалистичность искомого увеличения бюджетных расходов на здравоохранение и выполнения всех вышеперечисленных условий в течение и 2000 года и последующих года-двух весьма проблематична. Оценивая этот путь, следует принять во внимание, что необходимая глубокая реструктуризация медицинской помощи потребует для своего осуществления достаточно значительного времени.

Согласно второму варианту прогноза, финансовая обеспеченность предоставляемых населению объемов медицинской помощи составит 80%. Каковы последствия сохраняющегося разрыва? Это ведет к росту различий между регионами и жителями города и села в доступности медицинской помощи, к росту платности в социально неприемлемых и экономически нерациональных формах.

Для создания нормальных экономических условий развития здравоохранения необходим пересмотр государственных гарантий населению по предоставлению бесплатной медицинской помощи. Такой пересмотр предполагает легализацию платежей населения за получаемую медицинскую помощь.

В настоящее время недостаток государственного финансирования здравоохранения компенсируется неформальными платежами населения. Об этом свидетельствуют данные социологических опросов населения России о расходах на медицинские нужды, проведенных в январе 1998 г. и январе 1999 г. Институтом социальных исследований в рамках Проекта поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета в 14 субъектах РФ⁵. Используя результаты опросов, величину расходов населения на лекарственное обеспечение и медицинскую помощь в 1997 г. можно оценить в размере, равном 4,1% ВВП, а в 1998 г. - 4,5% ВВП. Расходы государства на здравоохранение, выраженные в процентах к ВВП, сократились за тот же период с 3,6% до 3,1%. Таким образом, совокупные расходы государства и населения на здравоохранение почти не изменились (Таблица 6).

Важным результатом проведенных опросов стало крушение мифа о том, что население большую часть оплаты медицинской помощи осуществляет неформальным образом - "в руки" врачам и медицинским сестрам. Оплата населением медицинских услуг "в руки" составила меньшую часть - всего 23 процента от расходов населения на медицинскую помощь в 1998 г. Остальные

⁵ В.Бойков, Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. Вопросы экономики, 1998, N 10, с.101-117; Отчет Института социальных исследований "Расходы населения России на медицинские услуги и лекарства (Результаты социологического мониторинга)", представленный USAID. М. 1999.

77 процентов своих расходов респонденты отнесли к категории официально производимой оплаты. Фактически же значительную часть этих расходов следует квалифицировать как полуофициальные или квазиформальные платежи: медицинские учреждения официально предлагали пациентам заплатить за лечение, которое по закону должно предоставляться бесплатно.

Таблица 6.

Расходы на здравоохранение (в текущих ценах)

№		1997		1998	
		трлн. руб.	% ВВП	млрд. руб.	% ВВП
1	Государственный бюджет	75,1	2,93	64,4	2,40
2	Взносы работодателей на обязательное медицинское страхование	18,3	0,71	20,0	0,75
3	Общие расходы государства (1 + 2)	93,4	3,64	84,4	3,14
4	Расходы населения на медицинские услуги	32,5	1,27	38,1	1,42
5	Расходы населения на приобретение лекарств в аптеках	71,7	2,80	83,1	3,10
6	Расходы населения на добровольное медицинское страхование	0,9	0,03	0,4	0,01
7	Общие расходы населения на медицинские нужды (4 + 5 + 6)	105,1	4,10	121,6	4,53
8	Всего (3 + 7)	198,5	7,75	206,0	7,67

Источник: рассчитано на основе данных Госкомстата России и Отчета Института социальных исследований "Расходы населения России на медицинские услуги и лекарства (Результаты социологического мониторинга)", представленного USAID. М. 1999.

Данные указанного исследования позволяют сделать вывод, что система здравоохранения адаптируется к сокращающемуся государственному финансированию и его замещению средствами населения. В некоторых субъектах РФ уже предпринимаются попытки легализовать механизмы соплатежей, невзирая на очевидные их противоречия с федеральным законодательством. 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 предусматривает 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 введения соплатежей населения за медицинскую помощь назрела.

Существующие государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларативный характер, их мера не соответствует экономическим возможностям государства. Международные сопоставления свидетельствуют о наличии тесной корреляции между уровнем экономического развития страны и мерой государственных обязательств в отношении предоставления населению бесплатной медицинской помощи⁶. По доле личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение Россия находится на уровне развивающихся стран со средним подушевым доходом, а по уровню государственных обязательств в сфере здравоохранения - впереди многих стран с развитой рыночной экономикой⁷.

В сложившейся ситуации, когда за получение формально бесплатной медицинской помощи приходится платить, в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи, живущие вне крупных городов. Население с доходами ниже прожиточного минимума тратит на медицинское обслуживание и лекарства втрое больше своих доходов, чем та часть населения, которая имеет наивысшие доходы. При этом бедные люди реже состоятельных посещают амбулаторно-поликлинические учреждения. У представителей малоименных групп людей короче сроки пребывания в больницах, в сравнении с представителями высокодоходных групп. Таким образом, сохранение разрыва между конституционными гарантиями предоставления населению бесплатной медицинской помощи и размерами их государственного финансирования ведет на практике к замещению государственных расходов на здравоохранение частными и усилению социальной несправедливости.

⁶ Schieber G. and Maeda A. A Cormudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. In: Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference. March 10-11, 1997, Washington D.C.: The World Bank, 1997. p. 6.

⁷ В.Бойков, Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин. Указ. соч.

Реальный путь решения проблемы сбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения – это *легализация соучастия населения в финансировании общественного здравоохранения*. При этом возможны разные варианты такого соучастия.

1. Введение соплатежей (доплат) граждан в момент потребления ими медицинской помощи. Речь идет о том, что при каждом обращении к врачу (при оказании как амбулаторной, так и стационарной помощи) пациент платит некоторую фиксированную сумму, которая идет в общий доход учреждения. В качестве одной из возможных схем введения соплатежей может рассматриваться взимание платы с лиц с доходами выше прожиточного минимума в расчете на одного члена семьи за стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь. В этом случае для балансировки стоимости существующих объемов медицинского обслуживания и их финансового обеспечения потребуется взимать с пациентов с доходами выше среднего примерно по 129 рубля (в ценах 2000 г.) за день пребывания в стационаре, 18 рублей за каждое посещение врача, 25 рублей за обслуживание в дневном стационаре.

2. Введение соплатежа страхового взноса на ОМС для работающих граждан. Например, помимо платежа работодателя, еще и сам работник платит страховой взнос в виде определенного процента от заработка. Для финансирования существующих объемов скорой, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи размер такого взноса должен составить примерно 4,5% от заработка.

3. Определение по каждому заболеванию минимального набора медицинских услуг и лекарственных средств, бесплатное получение которых гарантируется каждому больному. Получение медицинской помощи сверх такого минимального набора 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.

Третий вариант является наиболее сложным с точки зрения

подготовительной работы и контроля. Однако, в отличие от первых двух вариантов, он сохраняет и легализует возможности экономического контроля пациентов за объемом и качеством оказываемых им услуг. В случае реализации первого или второго варианта, введение соплатежей может привести к тому, что пациентам просто придется платить еще больше.

2.2. Введение системы комплексного территориального планирования в здравоохранении

Результатом общего процесса децентрализации государственного управления стала децентрализация управления здравоохранением: вертикаль административного подчинения была разрушена, а государственная система здравоохранения оказалась разделенной на федеральную, региональную и муниципальную системы. При этом разграничение компетенции между федеральными, региональными и муниципальными органами власти было в силу политических условий поспешным, непродуманным и, главное, не вполне четким. В значительной степени были утрачены функции стратегического и текущего планирования.

В последнее время предпринимаются попытки внедрить процедуры планирования деятельности региональных и муниципальных систем здравоохранения, размеров их финансирования из разных источников и координации с этой целью действий различных органов. Этот процесс был инициирован утверждением в конце 1998 г. федеральной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью и разработкой на ее основе территориальных программ во многих субъектах РФ. Но внедряемый механизм недостаточно подкреплен нормативно-правовой базой, а территориальные программы государственных гарантий не включают ряд важных элементов (показателей оказания межтерриториальной медицинской помощи, планов информационного и кадрового обеспечения и др.).

Нужно законодательно определить состав программ и планов, которые должны разрабатываться на каждом уровне управления.

На федеральном уровне необходимо:

- разрабатывать и утверждать каждые 3-5 лет концепцию развития здравоохранения, определяющую стратегические задачи здравоохранения;
- разрабатывать и утверждать федеральные целевые программы, соответствующие утвержденной концепции;
- утвердить единые для страны методологии планирования и нормирования в здравоохранении;
- разрабатывать и ежегодно утверждать федеральную программу государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью и соответствующие ей базовые нормативы;
- утверждать ежегодно планы деятельности федеральных учреждений здравоохранения.

На уровне субъекта Российской Федерации необходимо:

- 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 и комплекс планов, необходимых для ее реализации;
- разрабатывать по федеральной методике и утверждать финансовые и некоторые натуральные нормативы для здравоохранения субъекта Федерации;
- утверждать ежегодно планы медицинских учреждений, находящихся в собственности субъекта РФ.

На уровне муниципального образования необходимо:

- 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 (по содержанию и срокам) 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;
- сформировать планы направлений в специализированные центры и ЛПУ, находящиеся в собственности субъекта РФ.

На уровне медицинского учреждения должны разрабатываться:

- перспективный план деятельности учреждения (на 3-5 лет);
- текущий план деятельности учреждения.

На уровне страховой медицинской организации должен ежегодно разрабатываться план предоставления и финансирования медицинской помощи застрахованным (операционный план деятельности страховой медицинской организации). Этот план основан на показателях планов субъекта Федерации и муниципальных образований, в которых действует страховщик.

Необходимо установление в законодательном порядке обязательности применения процедур финансового планирования деятельности системы здравоохранения на уровне субъектов РФ и муниципальных образований. В каждом регионе областной орган управления здравоохранением совместно с финансовыми органами исполнительной власти и местного самоуправления, муниципальными органами здравоохранения и территориальным фондом ОМС должны ежегодно разрабатывать территориальную программу здравоохранения, определяющую объемы и структуру предоставления медицинской помощи для населения всего региона и каждого муниципального образования. Следует предусмотреть четкую процедуру участия этих органов в разработке программ.

Планирование позволит повысить управляемость системы здравоохранения. Введение координационных процедур не будет означать установления отношений административного подчинения, ущемления прав одних субъектов в пользу других. Речь идет не о воссоздании прежней

административной системы управления, а о формировании качественно новой системы экономических отношений в отрасли. Такой путь реформирования открывает больше перспектив для создания эффективной системы здравоохранения, отвечающей условиям рыночной экономики.

Механизм внедрения системы планирования. Первым необходимым 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 развития здравоохранения 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 обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций;

- * установить ответственность органов исполнительной государственной власти субъекта РФ за разработку территориальной программы развития здравоохранения;

- * установить обязанность органов местного самоуправления разрабатывать и утверждать муниципальные программы развития здравоохранения;

- * установить принцип согласования территориальных и муниципальных программ развития здравоохранения;

- * определить принципы разработки планов: увязка планируемых объемов и структуры медицинской помощи с ожидаемыми 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.

2.3. Упорядочение бюджетно-страховой системы финансирования

Платежи из бюджетов за неработающее население осуществляются не во всех субъектах РФ, а если и производятся, то в объемах, не достаточных для финансирования территориальных программ ОМС. Органы исполнительной власти предпочитают финансировать медицинские учреждения напрямую (особенно в части выплаты заработной платы) вместо перечисления платежей за неработающее население в территориальный фонд ОМС. Нередко это делается в политических целях. В 1998 г. финансовые средства системы ОМС достигли 35 % государственных расходов на здравоохранение, в том числе 8 % составили платежи из бюджетов в ТФОМС на страхование неработающего населения (Таблица 7). Все виды поступлений в ТФОМС обеспечили в сумме покрытие всего лишь 42% стоимости базовой программы ОМС, утверждаемой Правительством РФ в составе программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Таблица 7.

Структура расходов государства на здравоохранение, в %.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Федеральный бюджет	11	9	10	7	6	10	7
Бюджеты субъектов Российской Федерации	89	76	72	75	74	71	69
в т.ч. платежи в фонды ОМС	-	0	5	8	8	7	8
Взносы работодателей на обязательное медицинское страхование	-	15	18	18	20	19	24
Всего	100	100	100	100	100	100	100

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ.

В результате медицинская помощь, предоставляемая населению в соответствии с базовой программой ОМС, финансируется из разных источников: как за счет средств ОМС, аккумулируемых в территориальных фондах ОМС, так и за счет бюджетных ассигнований, распределяемых органами управления здравоохранением. Причем в разных субъектах РФ применяются разные схемы (“модели”) сочетания этих каналов финансирования медицинских учреждений. Эти “модели” формировались в каждом регионе под воздействием ситуативных политических и экономических факторов, и в результате они, как правило, не обеспечивают рационального использования государственных финансовых средств. Наличие нескольких источников финансирования медицинской помощи, предусмотренной территориальными программами ОМС, и нескольких субъектов такого финансирования (территориальные фонды ОМС, региональные органы здравоохранения, муниципальные органы власти), затрудняет процесс финансового планирования выполнения территориальных программ ОМС. Это оборачивается нерациональным использованием имеющихся ресурсов. Ситуация незавершенности введения системы страхового финансирования и чересполосицы территориальных бюджетно-страховых моделей не может сохраняться без изменений.

2.3.1. Варианты упорядочения существующей системы

Обсуждения заслуживают *три варианта упорядочения существующей системы финансирования.*

Вариант 1. Интеграция системы ОМС в бюджетную систему.

Территориальные фонды ОМС подчиняются региональным органам управления здравоохранением. Происходит фактическая консолидация ассигнований на здравоохранение из регионального бюджета и взносов на ОМС работающего населения в руках одного субъекта - регионального органа управления здравоохранением. Фонд перечисляет деньги страховым медицинским организациям и медицинским учреждениям в соответствии с распоряжениями органа управления здравоохранением.

Это позволит наиболее простым способом обеспечить административный контроль за использованием государственных средств в здравоохранении и даже, возможно, немного сократить управленческие расходы. Но это путь ложно понимаемого усиления государственного регулирования. Да, органы управления здравоохранением получают больше возможностей обеспечить более эффективное использование ресурсов. Но что будет побуждать чиновников к использованию этих возможностей? Вспомним административно-командную систему управления. Ее органы и ее руководители не очень-то стремились к росту эффективности функционирования подведомственных им систем. Административно-бюрократическая мотивация скорее препятствует, чем способствует ориентации чиновников на эффективное использование ресурсов.

Орган здравоохранения, скорее всего, не будет поддерживать такие варианты распределения имеющихся финансовых ресурсов, которые сокращают общий объем медицинской помощи, оказываемой каждым подведомственным ему учреждением и его штаты. По этой же причине в случае подчинения территориального фонда ОМС органу здравоохранения создаются благоприятные условия для сохранения постатейного финансирования медицинских организаций, консервирующего затратный тип хозяйствования. Переход к более прогрессивным формам финансирования, создающим стимулы к эффективному хозяйствованию, будет более трудным.

Напротив, территориальный фонд ОМС, при условии сохранения его в качестве самостоятельного субъекта финансирования, менее зависим от подобных соображений. У него нет прямой заинтересованности в сохранении существующей сети лечебно-профилактических учреждений. В отличие от органов здравоохранения финансовые средства фонда формируются на основе иных принципов и механизмов. 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.

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 исполнять все распоряжения вышестоящих начальников.

Следует также принять во внимание, что подчинение территориальных фондов ОМС региональным органам управления здравоохранения 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.

Вариант 2. Переход к финансированию медицинской помощи, включенной в программу ОМС, исключительно через систему ОМС.

Данный вариант предполагает решительное преодоление двоевластия в финансировании медицинской помощи, предусмотренной программами ОМС: интеграцию финансовых потоков в руках ОМС (за исключением некоторых социально значимых служб, приобретения дорогостоящего оборудования и нового строительства), превращение фондов ОМС во всех субъектах РФ в

единственных держателей средств, предназначенных для финансирования медицинской помощи в объеме базовой программы ОМС:

* Все средства, предназначенные для финансирования территориальной программы ОМС, концентрируются в территориальном фонде ОМС;

* Территориальные фонды ОМС остаются автономными по отношению к региональным органам управления здравоохранением, но обеспечивается усиление государственного контроля за расходованием средств ОМС. С этой целью расширяются полномочия правления территориального фонда ОМС в планировании расходов фонда и в осуществлении контроля за принятием оперативных решений исполнительной дирекцией фонда.

* Круг объектов, финансируемых из средств ОМС: все амбулаторно-поликлинические учреждения и все стационарные медицинские учреждения, которые оказывают медицинскую помощь, соответствующую территориальной программе ОМС, и заключили договора с фондом ОМС или страховыми медицинскими организациями на участие в реализации указанной программы;

- Федеральным нормативным актом устанавливается ограниченный круг видов помощи, медицинских программ и учреждений, финансируемых органами управления здравоохранением.

* Возмещение из средств ОМС всех видов текущих расходов по оказанию медицинской помощи застрахованным, включая хозяйственные расходы; то есть, вводится полный тариф, включающий все статьи бюджетной классификации.

- Лечебно-профилактические учреждения зарабатывают средства на покрытие всех своих текущих и капитальных расходов (за исключением строительства и приобретения дорогостоящего оборудования) за счет оказания согласованного объема помощи по полным тарифам.

Для реализации данного варианта необходимо 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 альтернативные механизмы:

А) Утвердить в качестве обязательных для исполнения нормативы платежей на ОМС неработающего населения.

Б) Ввести целевые трансферты из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ в фонды ОМС.

В) Закрепить за фондами ОМС фиксированную долю налоговых поступлений; например, установить долю ставки налога на прибыль, направляемую в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Г) Запретить расходовать бюджетные средства на оплату медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, минуя фонды ОМС.

Практическая реализация этих мер потребует внесения изменений в федеральный закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», и изменений в бюджетное и налоговое законодательство.

Данный вариант является наиболее предпочтительным с точки зрения создания институциональных условий для повышения эффективности функционирования системы здравоохранения. Однако на пути его реализации стоят очень серьезные препятствия. Главное политическое препятствие указанным нововведениям - позиция министерства финансов и региональных властей. Минфин всегда выступал против утверждения на федеральном уровне финансовых нормативов, возлагающих на это ведомство вполне определенные обязательства. Субъекты РФ всегда выступали против введения целевых трансфертов из федерального бюджета и предпочитали получать неделимый трансферт и распоряжаться им по своему усмотрению.

Предпринятая два года назад попытка интегрировать средства на основе предоставления трансфертов территориям по каналам ОМС потерпела неудачу в силу, прежде всего, нежелания Минфина брать на себя твердые обязательства по финансированию здравоохранения. При разработке проекта федерального бюджета на 1998 г. предполагалось изменить порядок платежей на ОМС неработающего населения. Предлагалось производить их на долевой основе из федерального бюджета и из бюджетов субъектов РФ. 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 бюджета на 1998 г. были предусмотрены целевые трансферты субъектам РФ на обязательное медицинское страхование. Однако Государственная Дума не утвердила выделение таких трансфертов. Немаловажную роль при этом сыграла позиция заместителя министра финансов, представившего проект этих нововведений депутатам и с готовностью отказавшегося от этих предложений во время обсуждения проекта бюджета во втором чтении на пленарном заседании Государственной Думы.

Позиция Минфина в отношении утверждения нормативов финансирования и позиция Минфина и региональных властей в отношении введения целевых трансфертов могут быть изменены лишь под мощным давлением высшего политического руководства. Нужные нововведения можно будет осуществить в рамках пакета социальных преобразований.

Препятствием для осуществления обсуждаемого варианта является также стремление органов управления здравоохранением к обеспечению контроля за распоряжением бюджетными средствами. В значительной мере под их влиянием региональные и местные органы власти избегают делать платежи в фонды ОМС, предпочитая перечислять средства на содержание ЛПУ.

Еще одним препятствием является действующая нормативная база ОМС, утвержденная Правительством РФ и Федеральным фондом ОМС. Она закрепляет сложившееся разделение контроля за финансовыми средствами и предусматривает использование средств ОМС на покрытие строго определенных статей бюджетной классификации. В случае принятия вышеуказанных изменений в федеральном законодательстве потребуется большая работа по пересмотру нормативной базы ОМС и в первую очередь утверждения Правительством РФ новых «Правил финансового взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования».

Вариант 3. Эволюционная трансформация сложившихся региональных бюджетно-страховых моделей в модели страхового финансирования.

Данный вариант исходит из политической невозможности кардинально изменить сложившееся в разных регионах соотношение средств ОМС и бюджетного финансирования и сконцентрировать в фондах ОМС все средства, предназначенные для финансирования территориальных программ ОМС. Поэтому такие попытки не предпринимаются. Вместо этого меняется механизм финансирования медицинских учреждений. Сейчас из бюджета и из средств ОМС оплачиваются, как правило, разные статьи расходов больниц и поликлиник. Предлагается заменить это долевым финансированием медицинских услуг без привязки разных источников финансирования к разным расходным статьям.

Это означает: устанавливать полные тарифы, включающие все виды расходных статей. В составе таких полных тарифов на оплату медицинских услуг, 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 затрат на оплату планируемых объемов медицинской помощи на основе полного тарифа.

Схема долевого финансирования, в отличие от постатейного, не порождает прямых стимулов к затратному хозяйствованию и создает благоприятные условия для введения прогрессивных методов оплаты медицинской помощи, позволяющих ускорить процесс реструктуризации здравоохранения.

Долевая оплата объемов медицинской помощи позволит медицинским организациям свободно маневрировать поступающими средствами для финансирования разных видов расходов.

Предлагается следующая *последовательность действий* по реализации данного варианта:

1. Введение комплексного планирования развития территориальных систем здравоохранения. Институциональное закрепление в законодательстве форм и процедур взаимодействия территориальных фондов ОМС с органами управления здравоохранением муниципальными органами власти, в частности через создание согласительной комиссии по планированию здравоохранения, включающей все субъекты государственного финансирования здравоохранения.

2. Внедрение новых механизмов управления деятельностью территориальных фондов ОМС: расширение полномочий правления территориального фонда ОМС в планировании расходов фонда и в осуществлении контроля за принятием оперативных решений исполнительной дирекцией фонда.

3. Переход к долевым оплате медицинской помощи из средств ОМС и территориальных бюджетов. Устанавливаются полные тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в соответствии с территориальной программой ОМС: тарифы включают все виды расходных статей. В составе таких полных тарифов фиксируется доля, финансируемая из средств ОМС и доля, финансируемая из бюджетных средств. Соотношение средств ОМС и бюджетных ассигнований в разных регионах будет различным, отражая уже сложившиеся пропорции.

4. В тех регионах, где доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения велика, и где средства ОМС позволят осуществить полное финансирование всех видов текущих расходов по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи, осуществить переход к исключительной оплате амбулаторно-поликлинической помощи из средств ОМС. Оплата стационарной помощи продолжает осуществляться на долевой основе (доля ОМС при этом уменьшится, так как средства ОМС заместят бюджетное финансирование амбулаторно-поликлинической помощи).

Переход к одноканальной системе оплаты амбулаторно-поликлинической помощи создает 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 превращение поликлиник в

фондодержателей, осуществляющих частичную оплату стационарной помощи и специализированных диагностических услуг. Для реализации прогрессивных методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи необходимо согласование действий разных финансирующих сторон. В частности, следует так планировать финансовые ресурсы, чтобы обеспечить поликлинике полноценный подушевой норматив финансирования и гарантировать сохранение в поликлинике экономии, достигаемой за счет сокращения объемов стационарной помощи.

5. По мере освоения руководителями регионального органа здравоохранения и муниципальных органов власти инструментов территориального планирования и новых процедур взаимодействия друг с другом и с фондом ОМС, по мере освоения новых механизмов управления фондом ОМС и 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 органам власти станет технически легче перечислять все большую часть бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, в фонд ОМС. Таким образом, доля средств ОМС в покрытии текущих расходов по предоставлению медицинской помощи будет постепенно увеличиваться в результате решений, принимаемых самими территориальными органами власти.

6. По мере увеличения доли средств ОМС в финансировании медицинской помощи будут вызревать предпосылки для превращения фондов ОМС в единственных держателей средств, предназначенных для финансирования территориальных программ ОМС, и таким образом, завершения процесса внедрения ОМС.

Практическая реализация данного варианта потребует внесения изменений в федеральный закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», в бюджетное законодательство, а также утверждение Правительством РФ новых «Правил финансового взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования».

Для реализации данного варианта меньше политических препятствий, чем в случае второго, радикального варианта. Но в случае реализации второго варианта процесс завершения перехода к системе ОМС растянется на длительный срок.

2.3.2. Усиление контроля за расходованием средств ОМС.

Рассмотренные выше второй и третий варианты развития системы ОМС предполагают усиление государственного контроля за деятельностью фондов ОМС. Такое усиление происходит не путем административного подчинения фондов органам управления здравоохранением, а посредством расширения полномочий правлений фондов, в составе которых присутствуют руководители органов управления здравоохранением.

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 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 прямой оплатой медицинской помощи, не говоря уже о фактах очевидных злоупотреблений.

Для практической реализации предлагаемых мер нужно внести изменения в Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, или, что представляется более предпочтительным, включить вышеуказанные положения о функциях правления фонда в закон о медицинском страховании.

2.3.3. Усиление государственного регулирования деятельности страховых медицинских организаций.

Особенностью российской системы ОМС является наличие двух типов страховщиков: 1) страховых медицинских организаций и 2) филиалов территориальных фондов ОМС. Первые представляют собой, как правило, негосударственные коммерческие организации. В 1998 г. их число равнялось 415. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений - территориальных фондов ОМС. Территориальный фонд ОМС имеется в каждом субъекте РФ. Число филиалов территориальных фондов достигло 1170 в 1998 г. При этом в 38 субъектах

Российской Федерации функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 20 - только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 31 - и те, и другие. С 1997 г. началось сокращение числа страховых компаний, действующих в системе ОМС. За два года их количество уменьшилось на 23%. Основными причинами этого были административные решения администраций субъектов РФ и территориальных фондов ОМС, выводящие СМО из системы ОМС, а также слияние страховых компаний.

Таблица 6.

Структура системы обязательного медицинского страхования*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Территориальные фонды ОМС	86	86	88	88	89	90
Филиалы территориальных фондов ОМС	1058	1103	1140	1108	1160	1193
Страховые медицинские организации	164	439	536	538	461	415

* данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, принятая Правительством РФ в ноябре 1997 г., предусматривала сохранение частных страховщиков в качестве основного покупателя медицинских услуг в системе ОМС. Согласно концепции, филиалы фондов ОМС могут выполнять функции страховщиков лишь в районах с малой плотностью населения, где по этой причине объективно затруднена деятельность страховых организаций. Однако принятие концепции не приостановило дискуссий об оправданности сохранения негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС. Ожидаемые позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с более рациональным использованием имеющихся ресурсов и контролем за качеством лечения, пока не проявились с достаточной определенностью. 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. Деятельность страховых медицинских компаний в системе ОМС подвергается сильной критике. Многие из них являются пассивными посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями: они фактически лишь перечисляют последним финансовые средства, получаемые от территориального фонда ОМС, оставляя себе посреднические проценты на ведение дел, и не занимаются контролем за расходованием средств, за качеством медицинских услуг, защитой прав пациентов.

Во второй половине 1999 г. рабочей группой Всемирного Банка при поддержке Федерального фонда обязательного медицинского страхования было проведено исследование деятельности страховщиков, работающих в системе ОМС⁸. Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы о сравнительной активности страховых медицинских организаций (СМО) и филиалов ТФОМС в выполнении функций страховщиков в системе ОМС. 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. Опрос выявил высокую активность СМО в осуществлении институциональных инноваций в системе ОМС.

Для обоснованного ответа на вопрос об оправданности сохранения негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС необходимо понять, при каких условиях их участие в системе ОМС в качестве покупателей медицинских услуг может обеспечить рост эффективности использования ресурсов системы здравоохранения.

⁸ Отчет по проекту Всемирного Банка «Исследование рынка посреднических услуг по

Разделение покупателей и производителей медицинских услуг и внедрение контрактных отношений между ними само по себе имеет целый ряд преимуществ по сравнению с моделью интегрированного государственного управления и финансирования здравоохранения⁹. 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 функции¹⁰.

Ориентация страховщиков на повышение эффективности использования ресурсов в системе ОМС зависит от двух движущих сил: конкурентного давления и давления государства. Сила давления государства на эффективность деятельности страховщика, выступающего в роли покупателя медицинских услуг, определяется следующими факторами¹¹:

во-первых, наличием и уровнем спецификации требований к структуре, объему, качеству, стоимости медицинской помощи, которая должна предоставляться населению, и соблюдением которых должен обеспечить страховщик;

во-вторых, соблюдением государством условий финансирования страховщика, обеспечивающими его экономическую заинтересованность в эффективном хозяйствовании (стабильное финансирование по подушевым нормативам, дифференцированным с учетом различий в рисках заболеваемости и пересматриваемым не чаще одного раза в год);

медицинскому страхованию». М., 1999.

⁹ Changes in Health Systems in Europe: towards new Contracts between Providers, Payers and Governments? Paris: Edition ENSP, 1995; Savas B., Sheiman I. Contracting models and provider competition in Europe. World Health Organization Book on European health care reforms. World Health Organization, 1997.

¹⁰ Saltman R. Applying planned market logic to developing countries' health systems: an initial exploration. Forum of health sector reform. Discussion paper No.4. World Health Organization, 1997; Savas B., Sheiman I. Contracting models and provider competition in Europe. World Health Organization Book on European health care reforms. World Health Organization, 1997; Шейман И. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: «Русь», Издатцентр, 1998; Становление системы обязательного медицинского страхования в России. Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России. М.: ИЭПП, 1999

¹¹ Становление системы обязательного медицинского страхования в России. Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России. М.: ИЭПП, 1999.

в-третьих, наличием требований к эффективности использования государственных средств, передаваемых страховщику (например, требований обязательного представления операционных планов, обеспечивающих рациональную организацию потоков пациентов и медицинское обслуживание застрахованных в учреждениях с наибольшей затратной эффективностью);

в-четвертых, действенностью контроля государства за выполнением установленных требований и силой принуждения к их исполнению.

Наличие конкуренции между страховщиками создает более благоприятные условия для повышения эффективности использования ресурсов, но не является достаточным условием для этого. Деятельность страховщиков может быть эффективной даже при отсутствии или слабости конкуренции между ними. Но для этого государством должны быть установлены четкие требования к результативности и эффективности их деятельности и обеспечен контроль за выполнением таких требований.

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.

Для создания правовых условий завершения перехода к системе ОМС в качестве основной системы финансирования бесплатной медицинской помощи и усиления контроля за эффективным использованием финансовых средств в сфере здравоохранения следует переработать существующую нормативную базу ОМС. Прежде всего, необходимы изменения в Законе “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”.

Необходимость изменений и дополнений норм действующего закона, регулирующих деятельность страховых медицинских организаций, обуславливается следующими главными обстоятельствами:

* нужно ясно определить в законе, при каких условиях территориальные фонды ОМС могут выполнять функции страховщиков вместо страховых медицинских организаций;

* целесообразно уточнить права фондов ОМС в случае выявления ими нарушений в расходовании средств страховыми организациями;

* практика введения ОМС свидетельствует о необходимости более детального законодательного регулирования деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС. Необходимо уточнить и расширить круг обязанностей страховщиков (ввести механизмы участия страховщиков в организации предоставления медицинской помощи застрахованному, установить обязанность информировать застрахованного при выдаче полиса с программой и правилами ОМС и т.п.).

* для обеспечения прозрачности расходования средств страховыми медицинскими организациями и пресечения возможности использования средств ОМС на иные цели, в том числе на оплату медицинских услуг по линии добровольного медицинского страхования, нужно запретить страховым медицинским организациям осуществлять иные виды страховой деятельности, кроме ОМС;

* нужно расширить права страхователей и застрахованных в системе ОМС, в частности четко определить их право участвовать в контроле за предоставляемой медицинской помощью, получать достоверную информацию от страховщика о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи, а также о деятельности страховой медицинской организации;

* необходимо расширить состав лицензионных условий деятельности в системе ОМС.

Предлагаемое содержание расширенных лицензионных требований:

- минимальное значение численности застрахованных;
- 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;
- требования к содержанию операционного плана, включая необходимость раздела с экономическим обоснованием распределения средств между медицинскими организациями;
- минимальный размер резервного фонда;
- прозрачность, публикация отчетов, предоставление информации о результатах своей деятельности.

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. 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: “Правил 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.

2.4. Реорганизация ведомственной сети медицинских учреждений

Около 15% всех амбулаторных учреждений и 6% стационарных учреждений принадлежит различным министерствам и ведомствам и финансируется из бюджетов. На долю ведомственного здравоохранения приходится около 6% всего коечного фонда, 10% численности медицинского персонала. На финансирование ведомственной сети расходуется около 15% всех выделяемых за счет общественных источников средств.

Существование ведомственной сети означает предоставление за счет бюджетных средств дополнительных социальных льгот отдельным группам населения, не являющимся социально незащищенными, а также обуславливает распыление финансовых ресурсов системы здравоохранения. В правительственной Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной в 1997 г., поставлена задача поэтапной интеграции ведомственных медицинских учреждений в территориальные системы здравоохранения. Это позволит преодолеть неоправданное дублирование лечебных учреждений в государственном секторе, обеспечить реализацию принципов социальной справедливости и рациональное использование государственных финансовых и материальных ресурсов.

Для выполнения этой задачи необходимо разработать программу поэтапной интеграции ведомственных медицинских учреждений в территориальные системы здравоохранения. Программа должна предусматривать постепенную передачу объектов ведомственных систем здравоохранения в собственность субъектов Российской Федерации и в муниципальную собственность, и переход к их финансированию через систему обязательного и добровольного медицинского страхования или из бюджетов субъектов Российской Федерации.

Лечебно-профилактические учреждения, оставшиеся на балансе государственных и приватизированных предприятий, должны быть переданы в муниципальную собственность, либо преобразованы в некоммерческие

организации.

Реорганизация ведомственных учреждений здравоохранения позволит создать условия для единого поля эффективно функционирующего рынка медицинских услуг в рамках как обязательного, так и добровольного медицинского страхования и платных услуг.

2.5. Реформирование отношений собственности и расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций

Государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения, выполняющие схожие функции, не являющиеся жестко связанными друг с другом в рамках единой технологии оказания медицинской помощи, должны иметь все права юридического лица и обладать более широкими, по сравнению с существующей ситуацией, полномочиями в вопросах использования имущества, оплаты труда медицинского персонала. Это необходимое условие повышения экономической эффективности деятельности учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, расширения применения стационарозамещающих технологий оказания медицинской помощи, развития конкуренции между медицинскими организациями.

Между тем большая часть существующих лечебно-профилактических учреждений не имеет прав юридического лица, и они даже несамостоятельны в утверждении своего штатного расписания. Для того, чтобы стимулировать предоставление собственниками государственным и муниципальным лечебно-профилактическим учреждениям прав юридического лица, предлагается следующий организационно-правовой механизм: принять Постановление Правительства РФ “О государственной регистрации учредительных документов государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений”, которое установит обязательную перерегистрацию указанных учреждений в качестве юридических лиц в течение двух или трех лет.

Необходимо обеспечить свободу медицинским организациям в маневрировании средствами, поступающими из разных источников для выполнения согласованных объемов помощи.

Наилучший вариант обеспечения такой свободы - отказ от системы раздельных счетов по ОМС и бюджету:

- в лечебно-профилактическом учреждении действует единый счет, на котором концентрируются все поступления от оказанных услуг;
- лечебно-профилактическое учреждение вправе свободно распоряжаться полученными средствами; контроль за текущей финансово-экономической деятельностью заменяется контролем финансирующей стороны за выполнением условий договорных обязательств по результатам деятельности.

Перспективным направлением развития системы организаций здравоохранения является преобразование государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений в некоммерческие организации, имеющие разных соучредителей, а также передача имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности, в доверительное управление некоммерческим медицинским организациям. Реализация таких возможностей требует изменений в законодательстве.

Целесообразно разработать и внести в Государственную Думу проект Федерального закона “О медицинских организациях”. Закон должен установить допустимые организационно-правовые формы юридических лиц в системе здравоохранения, определить правовое положение организаций, предоставляющих медицинскую помощь населению, порядок их создания, реорганизации, ликвидации, порядок осуществления профильной и непрофильной деятельности, особенности формирования и использования имущества, управления и контроля.

2.6. Регулирование лекарственного обеспечения

Необходимо создание устойчивой системы государственных гарантий лекарственного обеспечения населения, которая должна включать следующие компоненты.

1. Создание федерального и территориального оперативных резервов лекарственных средств ограниченной номенклатуры для оказания экстренной лекарственной помощи населению Российской Федерации.

2. Разработка и внедрение стандартов потребления лекарственных средств населением в Российской Федерации:

- создание федерального формуляра лекарственных средств на основе перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств; в отличие от перечня, включающего международные непатентованные названия лекарственных средств, в формуляр вносятся торговые наименования; их выбор должен быть произведен с учетом взаимозаменяемости и экономической эффективности;
- определение объемов лекарственной помощи при оказании гарантированной государством бесплатной амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи;
- определение подушевых нормативов финансирования лекарственной помощи по видам ее оказания, исходя из стоимости лекарственных средств, вошедших в федеральный формуляр;
- разработка и утверждение Правительством Российской Федерации стандартов потребления лекарственных средств населением в Российской Федерации, основанных на гарантированных объемах лекарственной помощи и подушевых нормативах их финансирования;
- включение стандартов потребления лекарственных средств в Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью;

разработка рекомендаций для субъектов Российской Федерации по принятию территориальных стандартов потребления лекарственных средств, уровень которых не должен быть ниже федеральных социальных стандартов.

Для практической реализации предлагаемых мер необходимо:

- * внести изменения и дополнения в федеральную программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью;

* разработать и принять федеральную программу развития системы лекарственного обеспечения здравоохранения и населения Российской Федерации.

В качестве механизма инициации этих нововведений предлагается принять постановление Правительства РФ “О мерах по развитию системы лекарственного обеспечения здравоохранения и населения Российской Федерации”.