

*Исследования и анализ
Studies & Analyses*

*Центр социально-
экономических исследований*



*Center for Social
and Economic Research*

165

**Михаил Дмитриев, Елена Потапчик,
Ольга Соловьева, Сергей Шишкин**

**Экономические проблемы реформы
здравоохранения в России**

Варшава, май 1999 г.

Материалы, публикуемые в настоящей серии, имеют рабочий характер и могут быть включены в будущие издания. Авторы высказывают свои собственные мнения и взгляды, которые не обязательно совпадают с точкой зрения Центра CASE.

Данная работа подготовлена в рамках исследовательского проекта Института экономики переходного периода (Москва, Россия) с участием Московского центра Карнеги при финансовой поддержке Агентства международного развития (США) и Фонда Карнеги за международный мир (США). Издание осуществлено

в рамках проекта «Поддержка экономической трансформации в странах бывшего СССР», финансируемого Open Society Institute, Нью-Йорк, США.

Редактор русского издания: Петр Козаржевский

© CASE — Центр социально-экономических исследований, Варшава 1999 г.

ISBN 83-7178-133-4

Издатель:

CASE — Центр социально-экономических исследований

Польша, 00-944 Warszawa, ul. Sienkiewicza 12

тел.: (48-22) 622-66-27, 828-61-33

факс: (48-22) 828-60-69

e-mail: case@case.com.pl

Содержание

1. Введение <i>Сергей Шишкин</i>	7
2. Финансовое обеспечение государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи <i>Михаил Дмитриев, Елена Потапчик, Ольга Соловьева, Сергей Шишкин</i>	11
2.1. Уровень финансовой обеспеченности государственных гарантий в 1997-1998 гг.	11
2.2. Возможные варианты нахождения баланса между государственными гарантиями по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью и финансовыми средствами, обеспечивающими их выполнение	13
3. Роль страховщиков в системе обязательного медицинского страхования <i>Сергей Шишкин</i>	20
4. Заключение. Рекомендации для политики <i>Сергей Шишкин</i>	29

Михаил Дмитриев

Доктор экономических наук, член научного совета Московского центра Карнеги. В прошлом — первый заместитель министра труда и социального развития России, член комиссий Правительства России, народный депутат России. Автор статей по проблемам экономических реформ в России.

Елена Потапчик

Кандидат экономических наук, директор проекта ТАСИС «Совершенствование системы управления здравоохранением». Участвовала в реализации проектов по реформированию системы здравоохранения в России. Автор ряда публикаций, посвященных этой теме.

Ольга Соловьева

Кандидат экономических наук, заместитель начальника отдела медицинского страхования в Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Автор более чем 20 публикаций.

Сергей Шишкин

Доктор экономических наук, член Совета директоров и заместитель руководителя направления социально-экономических исследований в Институте экономических проблем переходного периода (Москва). Автор публикаций, в частности, по экономике отраслей социальной сферы.

Аннотация

Данная работа посвящена вопросам проведения реформ в области финансирования здравоохранения в Российской Федерации в период после финансового кризиса августа 1998 г. Главной проблемой, с которой сталкивается российское здравоохранение в условиях обострения экономического кризиса, является финансовая необеспеченность государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи. За период с 1991 г. по 1998 г. расходы государства на здравоохранение сократились в сопоставимом выражении на 33%. Между тем государственные гарантии предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи не менялись.

Характер дальнейшей эволюции системы финансирования здравоохранения и, в частности, системы обязательного медицинского страхования, будет определяться способом разрешения указанной проблемы. Для обеспечения сбалансированности финансовых ресурсов и обязательств в системе здравоохранения необходим пересмотр государственных гарантий в области здравоохранения и социального страхования. В докладе приведены варианты оценки уровня финансовой обеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и анализ возможных путей восстановления соответствия между гарантиями государства и их финансированием.

Введение обязательного медицинского страхования в России рассматривалось не только как средство улучшения финансирования здравоохранения, но и как способ повышения качества медицинской помощи на основе развития управляемой конкуренции между учреждениями здравоохранения и расширения возможностей выбора для пациентов. Дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования требует реализации комплекса мер, направленных на устранение двоевластия и дублирования в системе управления обязательным медицинским страхованием, повсеместное введение подушевого финансирования страховых медицинских организаций из фондов обязательного медицинского страхования, усиление требований к деятельности страховых медицинских организаций, расширение участия страховых компаний в управлении организацией предоставления

медицинской помощи застрахованным, а также обеспечение прозрачности финансовых потоков в системе обязательного медицинского страхования.

1. Введение

Переход от бюджетной системы финансирования к системе обязательного медицинского страхования является стержнем реформирования здравоохранения в России в 90-е годы.

Состояние российского здравоохранения в конце 90-х годов характеризуется с экономической точки зрения двумя ключевыми проблемами:

- несбалансированностью государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения;
- незавершенностью введения страховой системы финансирования здравоохранения; эклектичностью сочетания элементов старой и новой систем финансирования.

Главной проблемой является финансовая необеспеченность государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи. За период с 1991 г. по 1998 г. расходы государства на здравоохранение сократились в сопоставимом выражении на 33%. Между тем государственные гарантии предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи не менялись.

Введение медицинского страхования рассматривалось прежде всего как средство получения гарантированных источников финансирования и увеличения финансовых потоков в здравоохранение. Взносы работодателей на обязательное медицинское страхование отчасти скомпенсировали значительное снижение бюджетных ассигнований. В целом расходы государства на здравоохранение сократились в меньшей мере, чем на образование и сферу культуры (таблица 1). Тем не менее этих средств недостаточно для содержания существующей сети медицинских учреждений, предоставляющих медицинскую помощь населению.

Введение медицинского страхования преследовало вторую важную цель — повышение эффективности системы здравоохранения. Достичь этого предполагалось руководствуясь следующими принципами:

- организационное разделение тех, кто предоставляет медицинские услуги населению, и тех, кто их оплачивает, то есть разделение производителей и покупателей медицинских услуг;

- стимулирование конкуренции между производителями за получение финансовых средств от покупателей;
- стимулирование конкуренции между покупателями, которые выступают посредниками между населением и медицинскими учреждениями, за привлечение средств населения;
- обеспечение права пациентов на выбор врача, медицинского учреждения и посредника во взаимоотношениях с ними.

Таблица 1. Расходы государства на отрасли социально-культурной сферы (1991 г.=100%)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Здравоохранение в т.ч.	100	80	108	98	72	71	81	67
Государственный бюджет	100	80	91	81	59	57	65	51
Обязательные страховые взносы юридических лиц	–	–	17	17	13	14	16	16
Образование*	100	79	79	76	56	58	64	52
Культура, искусство и средства массовой информации*	100	91	81	87	63	54	60	46

* Расходы из государственного бюджета.

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

Первоначальная концепция реформирования здравоохранения предполагала введение модели обязательного медицинского страхования (ОМС) с конкуренцией частных страховщиков, которые должны выступать в роли покупателей медицинских услуг. Принятый в 1991 г. Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» устанавливает, что страховщиками в системе обязательного медицинского страхования являются страховые медицинские организации. В 1993 г. при внедрении системы ОМС Верховный Совет РФ разрешил временно выполнять функции страховщиков филиалам территориальных фондов ОМС. Разрешение было дано сроком на один год, впоследствии никаких решений по этому вопросу не принималось, но филиалы фондов ОМС продолжают выполнять функции страховщиков. Таким образом, особенностью российской системы обязательного медицинского страхования является наличие двух типов страховщиков:

- страховых медицинских организаций;
- филиалов территориальных фондов ОМС.

Первые представляют собой, как правило, негосударственные коммерческие организации. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений — территориальных

фондов ОМС. На 01.01.1998 г. в систему ОМС входило 89 территориальных фондов ОМС с 1160 филиалами, из которых 419 выполняли функции страховщиков, и 461 страховая медицинская организация¹.

Сам процесс введения ОМС был непоследовательным и фрагментарным. В результате получилось эклектичное сочетание элементов старой, бюджетной и новой, страховой систем финансирования здравоохранения. Причем сложилась пестрая картина «моделей» такого сочетания. В 1997 г. в 42 субъектах РФ функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 23 — только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 22 — и те, и другие².

Согласно законодательству о медицинском страховании, территориальные фонды ОМС должны аккумулировать обязательные взносы работодателей на медицинское страхование работающих (в размере, равном 3,6% от фонда оплаты труда) и платежи из местных бюджетов на медицинское страхование неработающего населения. Однако в реальности такие платежи осуществляются не во всех субъектах РФ, а если и производятся, то в объемах, не достаточных для финансирования территориальных программ ОМС. Согласно данным Минздрава РФ, стоимость базовой (национальной) программы ОМС, на основе которой в субъектах РФ ежегодно утверждаются территориальные программы ОМС, составила в 1997 г. 2,57% ВВП. Фондами ОМС были собраны взносы работодателей на ОМС работающего населения в размере 0,71% ВВП. Платежи из бюджетов субъектов РФ за неработающее население, направленные в фонды ОМС, равнялись 0,25% ВВП. Таким образом, фонды ОМС аккумулировали в 1997 г. поступления, достаточные для покрытия всего лишь 37,5% стоимости базовой программы ОМС.

Достоверные оценки наличия и степени конкурентной борьбы между страховщиками весьма затруднены. Общепринятым является мнение об отсутствии признаков такой конкурентной борьбы страховщиков за застрахованных, предметом которой выступает качество обслуживания, уровень информирования и защиты прав пациентов. Изменения в сложившемся разделении страхового

¹ *Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 1997 году (аналитические и статистические материалы)*, Москва, 1998, с. 4.

² *Указ. соч.*, с. 5.

поля происходят либо путем административных решений фондов ОМС, либо путем переманивания руководителей предприятий, с которыми заключаются договора на медицинское страхование их работников. Причем в последнем случае аргументы имеют, по всей видимости, финансовый характер: лучшие возможности использования бартерных схем уплаты взносов, создание большей личной заинтересованности руководителей предприятий и т. п. В итоге 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.

Вопрос об оправданности сохранения негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС остается дискуссионным. Является ли конкуренция необходимым условием эффективной деятельности страховщиков? Может ли быть позитивный эффект от деятельности негосударственных страховых организаций в системе ОМС, если конкуренция между ними отсутствует?

Характер дальнейшей эволюции системы финансирования здравоохранения и, в частности, системы медицинского страхования, будет определяться способом разрешения вышеуказанных ключевых проблем. Анализ трансформации данных проблем под влиянием изменений в макроэкономической ситуации и проводимой экономической политике и изучение возможных путей их разрешения является предметом данного исследования.

Во втором разделе настоящей публикации приведены варианты оценки уровня финансовой обеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и анализ возможных путей восстановления соответствия между гарантиями государства и их финансированием.

Третий раздел посвящен анализу институциональных условий эффективности деятельности страховщиков в системе ОМС.

Четвертый раздел содержит рекомендации для политики государства в вопросах организации обязательного медицинского страхования.

2. Финансовое обеспечение государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи

2.1. Уровень финансовой обеспеченности государственных гарантий в 1997-1998 гг.

Требуемые затраты на оказание медицинских услуг в объемах, достаточных для обеспечения государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, составляли в 1997 г. 3,68% ВВП, а в 1998 г. — 3,85%. Эти оценки получены на основе рассчитанных в Минздраве РФ величин необходимых текущих затрат на предоставление сложившихся объемов медицинской помощи при сохранении ее структуры (то есть без изменений в соотношении стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи). Указанные затраты можно рассматривать в качестве оценок стоимости обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения, но с двумя важными оговорками. Во-первых, при выполнении расчетов не учитывались расходы на высокоспециализированную медицинскую помощь, которые осуществляются за счет ассигнований из федерального бюджета. Во-вторых, указанные величины не включают затрат на амортизацию и приобретение нового медицинского оборудования.

Таким образом, полученные величины являются оценками необходимых текущих расходов за счет бюджетных средств субъектов РФ и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование. Суммы расходов на здравоохранение из бюджетов субъектов РФ и взносов на ОМС работающего населения составили в 1997 г. 3,27% ВВП, а в 1998 г. — 2,93% ВВП. В результате уровень финансового обеспечения государственных гарантий снизился с 89% в 1997 г. до 75% в 1998 г.

При этом идет процесс фактического замещения бесплатных медицинских услуг платными и развитие системы теневой оплаты. По данным социологического обследования населения, проведенного в январе 1998 г. в 14 субъектах РФ Институтом социальных исследований (в рамках проекта Бостонского университета), величину расходов населения на лекарственное обеспечение и медицинскую помощь в 1997 г. можно оценить в размере не менее 2,73% ВВП,

в т. ч. затраты на приобретение лекарственных средств в розничной продаже — 1,46% и расходы на оплату медицинской помощи — 1,27%³. При этом теневая оплата населением медицинских услуг (оплата «в руки») составила меньшую часть — всего 0,34% ВВП. Большая часть расходов населения на медицинскую помощь (0,93% ВВП) имела характер полуофициальных соплатежей. Эта оплата официально взималась с пациентов медицинскими учреждениями (согласно ответам респондентов, деньги вносились в кассу медицинских учреждений) за медицинскую помощь, которую они по закону должны предоставлять бесплатно.

Таблица 2. Показатели медицинского обслуживания населения

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Число больничных учреждений (тыс.), – в них коек (на 1000 населения)	12,5	12,8	12,7	12,6	12,6	12,3	12,1	12,0	11,5	11,2
	13,5	13,8	13,5	13,1	12,9	12,7	12,6	12,4	12,1	11,9
Средняя продолжительность пребывания в больничном учреждении (в днях)	17,0	16,6	16,7	17,0	16,8	18,0	16,8	17,0	16,7	–
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. – на 10000 населения	620,7	667,3	632,2	637,2	641,6	636,8	653,4	669,2	673,7	682,0
	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. – на 10000 тыс. населения	1756,7	1844,0	1717,3	1709,1	1674,2	1613,2	1628,4	1648,6	1626,0	1615,0
	122,4	124,5	115,8	115,3	113,1	109,7	110,0	112,7	111,5	111,1

Источник: Госкомстат РФ.

В 1998 г. правительство сделало важный шаг, направленный на уточнение существующих гарантий. Постановлением Правительства РФ № 1096 от 11.09.1998 г. впервые была принята Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Она не предусматривает каких-либо изменений в перечне видов медицинской помощи, которые должны предоставляться населению бесплатно.

³ Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С., *Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства*, «Вопросы экономики», № 10, 1998, с. 112.

Но для того, чтобы сбалансировать ресурсные возможности государства с этими гарантиями, предполагается провести серьезную трансформацию структуры оказания медицинской помощи в пользу менее ресурсоемких ее видов. В последнее десятилетие уже идет процесс сокращения числа больничных коек (таблица 2). Принятая программа ориентирует на дальнейшее движение по этому пути и на сокращение больничных мест, использование которых имеет низкую затратную эффективность. Программа предусматривает 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. Удельный вес расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь, который составляет

в среднем по стране 27%, должен возрасти до 35-40%. Затраты на предоставление медицинских услуг в объемах, определенных программой государственных гарантий, равняются 3,05% ВВП в 1999 г. Это почти на четверть меньше необходимых расходов при сохранении сложившейся структуры медицинского обслуживания.

2.2. Возможные варианты нахождения баланса между государственными гарантиями по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью и финансовыми средствами, обеспечивающими их выполнение

В целях анализа соотношения стоимости государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью и финансовых возможностей государства нами были рассмотрены два сценария возможных поступлений средств на финансирование здравоохранения в 1999 г. В обоих вариантах предполагалось, что ставка взносов работодателей на медицинское страхование работающих остается неизменной (3,6% от фонда оплаты труда).

Расчеты проводились, исходя из величины номинального ВВП в 1998 г. 2684,5 руб. и предполагаемого снижения реального ВВП за 1998-1999 гг. на 10%.

Оценка источников финансирования на 1999 г. велась по двум сценариям.

1. **Оптимистический сценарий:** сохранение в 1999 г. собираемости страховых взносов и налогов в территориальные бюджеты на уровне 1997 г.;
2. **Пессимистический сценарий:** падение собираемости страховых взносов в 1999 г. по сравнению с 1997 г. на 7% и снижение собираемости

налоговых поступлений (в денежном выражении) в территориальные бюджеты на 25%.

Расчеты поступлений страховых взносов на 1999 г. по **первому сценарию** были проведены, исходя из предположения о расширении базы начисления страховых взносов в соответствии с проектом Федерального закона «О социальном налоге», представленном в Правительство РФ в июле 1998 г. Согласно указанному законопроекту, в качестве базы взимания социального налога выступают валовые доходы физических лиц, полученные от предприятий, организаций и учреждений. Данный показатель определяется по данным формы № 5-НБМ Госналогслужбы «Отчет о базе налогообложения по основным видам налогов». Согласно отчету Госналогслужбы, фактическая величина этого показателя в 1997 г. составила 725 трлн. руб.

Для получения прогнозной оценки этого показателя на 1999 г. в ценах 1998 г. его фактическая величина за 1997 г. была скорректирована на минимально ожидаемое снижение ВВП за 1998-1999 гг. (10%), и умножена на дефлятор ВВП в 1998 г. (1,1) что дает цифру 717,8 млрд. руб. При этом предполагалось, что доля заработной платы в ВВП останется неизменной. Для расчета поступлений страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды ОМС в первом сценарии использовались данные Госналогслужбы о фактической собираемости подоходного налога с доходов физических лиц, полученных от предприятий, организаций и учреждений в 1997 г. (82%). При сохранении данного уровня собираемости размер взносов работодателей на ОМС при тарифе 3,6% составит 21,9 млрд. руб.

Представленные расчеты полностью соответствуют условиям перехода к обложению подоходным и социальным налогом доходов физических лиц, полученных от предприятий, организаций и учреждений, по единой плоской ставке в размере 35%. В этом случае налогооблагаемая база для подоходного и социального налога автоматически возрастает дополнительно примерно на 40%. Таким образом, взносы в систему ОМС по ставке 3,6% при базе, принятой для расчетов в таблице 4, эквивалентны взносам по ставке 2,6% при переходе к единой плоской ставке подоходного и социального налога.

Расчеты ассигнований на здравоохранение из бюджетов субъектов РФ по первому сценарию были проведены на основе предположения о том, что годовые темпы инфляции в 1999 г. и в последующие годы не превысят 50-60%. В этом случае можно ожидать сохранения собираемости налогов в территориальные бюджеты на уровне 1997 г. При предположении о сохранении

доли расходов на здравоохранение в этих бюджетах на уровне 1997 г. величина этих расходов может быть оценена в размере 53,8 млрд. руб. в ценах 1998 г. Таким образом, суммарный объем поступающих в систему здравоохранения средств составит 75,7 млрд. руб.

Второй сценарий предполагает, что годовые темпы инфляции в 1999 г. превысят 100%. В этом случае можно ожидать резкого и необратимого падения собираемости страховых взносов (на 7%) и налоговых поступлений в территориальные бюджеты (на 25%). Общая сумма поступлений средств на здравоохранение при этом может составить 57,3 млрд. руб., включая 19,3 млрд. руб. страховых взносов и 38,0 млрд. руб. ассигнований из территориальных бюджетов.

Таблица 3. Объемы и медицинской помощи по программе государственных гарантий в 1999 г. и возможности их сокращения

Виды медицинской помощи	Существующая программа			Сокращенная программа	
	утвержденные объемы на 1000 жителей	тариф, руб.	необходимое финансовое покрытие, млрд. руб.	планируемые объемы на 1000 жителей*	необходимое финансовое покрытие, млрд. руб.
Скорая помощь, число вызовов	340	146,90	7,30	314	6,74
Стационарная помощь, число койко-дней	2901,5	95,09	40,31	2466,3	34,26
Амбулаторно-поликлиническая, число посещений врача	9198	13,03	17,51	8520	16,22
Дневные стационары, число койко-дней	660	19,00	1,83	1095,2	3,04
Затраты на содержание системы здравоохранения			10,71		9,64
Итого			77,66		69,90

* Планируемые объемы — сокращение стационарной помощи по БП в части плановой госпитализации на 50%.

Стоимость выполнения программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, утвержденной Правительством в 1998 г., по расчетам Министерства здравоохранения составляет в 1999 г. 77,66 млрд. руб. в ценах на 01.08.1998 г. (таблица 3). В обоих сценариях возможные поступления средств в систему здравоохранения не позволяют выполнить принятую Правительством программу государственных гарантий в

полном объеме (таблица 4). При этом в первом случае дефицит составит лишь 1,96 млрд. руб. (или около 2,6% от стоимости выполнения программы государственных гарантий), во втором — 20,36 млрд. руб. (или более 35% от потребности).

Таким образом, необходимость сокращения программы государственных гарантий становится все более очевидной. С нашей точки зрения, наименее болезненным вариантом ее сокращения при сохранении принципов равной доступности и бесплатности медицинской помощи для всех граждан России является уменьшение объемов стационарной помощи, оказываемой при плановой госпитализации (это составляет примерно 30% общего объема стационарной медицинской помощи), на 50%. Это приведет к увеличению сроков ожидания при плановой госпитализации. При этом в программе государственных гарантий предусматривается почти двукратное увеличение объемов помощи, оказываемой в дневных стационарах и стационарах на дому, что может значительно смягчить возможный негативный эффект предлагаемых мер. Подобные меры позволят сэкономить 7,76 млрд. руб. (10%), сократив стоимость программы государственных гарантий до 69,9 млрд. руб. (таблица 3).

Таблица 4. Варианты финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи населению в ценах на 01.08.98 г., млрд. руб.*

	Существующая программа		Сокращенная программа**	
	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
Стоимость выполнения программы госгарантий	77,66	77,66	69,90	69,90
Доходы	75,70	57,30	75,70	57,30
Средства бюджетов субъектов Федерации	53,80	38,00	53,80	38,00
Взносы работодателей (тариф — 3,6%)	21,90	19,30	21,90	19,30
Дефицит средств	-1,96	-20,36	5,8	-12,60
% к доходам	-2,59	-35,53	7,66	-21,99
Дефицит в расчете на 1 человека, руб.	13,42	139,36	-36,70	86,24

* Варианты 1 и 3 соответствуют первому (оптимистическому) сценарию поступления общественных финансовых средств в систему здравоохранения. Варианты 2 и 4 соответствуют второму (пессимистическому) сценарию.

** Сокращение стоимости программы государственных гарантий: объем стационарной помощи на плановую госпитализацию сокращен в 2 раза: с 30% до 15% от общего объема госпитализации.

Сопоставляя стоимость выполнения сокращенной программы государственных гарантий и рассмотренные выше варианты возможных

поступлений в систему здравоохранения, можно увидеть, что, в случае резкого падения средств бюджетов субъектов РФ, дефицит сохранится и составит 12,6 млрд. руб. (или 18% от потребности).

В этом случае возникает необходимость нахождения дополнительных источников финансирования для покрытия стоимости выполнения программы государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи. Предлагается следующие варианты:

- введение платежей граждан в том или ином виде;
- создание единой системы обязательного медико-социального страхования и перераспределение собираемых в ее рамках взносов в пользу обязательного медицинского страхования за счет сокращения расходов на социальное страхование.

2.2.1. Введение платежей граждан

Для покрытия расходов на финансирование сокращенного варианта программы государственных гарантий средний подушевой взнос граждан за счет их личных средств должен был бы составить около 86 рублей в год.

Нами предлагается следующий вариант введения платежей в качестве средства балансирования обязательств государства и его финансовых возможностей. Предоставление бесплатно практически всех видов медицинской помощи рассматривается с точки зрения социальной защиты государством исключительно малоимущих слоев населения. Поэтому предлагается ввести платежи за медицинскую помощь, оказываемую гражданам, чей среднедушевой доход превышает установленный прожиточный минимум. При этом платежи целесообразно вводить только при оказании стационарной помощи, в то время как оказание скорой и амбулаторно-поликлинической помощи предполагается оказывать бесплатно и этой группе населения.

Расчеты исходят из следующих основных предположений:

- 50% населения будет находиться за пределами черты бедности (среднедушевой доход будет ниже установленного прожиточного минимума),
- беднейшая группа населения будет потреблять 65-70% стационарной помощи, включая лечение в дневных стационарах⁴.

⁴ В связи с отсутствием точных данных по потреблению медицинских услуг различными группами населения, определяемыми по уровню дохода, применяемые в расчетах допущения основаны на экспертных оценках.

Расчеты выполняются следующим образом. Рассчитывается объем стационарной помощи, который будет предоставлен группе населения с уровнем среднедушевого дохода выше прожиточного минимума. Эти величины определяются путем произведения числа койко-дней лечения в стационарах в расчете на 1000 жителей, предусматриваемых в сокращенном варианте программы госгарантий (2466,3) на прогнозируемую среднегодовую численность населения в 1999 г. (146,1 млн. чел.) и на принятую долю объема помощи, приходящуюся на средне- и высокодоходные группы населения (0,3).

Аналогичным образом определяется объем медицинской помощи в дневных стационарах для рассматриваемой части населения: определяется сумма средств по указанным видам помощи, которая должна быть покрыта за счет личных средств граждан. Сумма средств определяется как разница между дефицитом на покрытие полной программы государственных гарантий для всех групп населения и стоимостью выполнения программы, включающей в себя бесплатное предоставление всех видов медицинских услуг для беднейшей группы населения и скорой и амбулаторно-поликлинической помощи для более состоятельной группы населения.

Рассчитывается стоимость одного койко-дня пребывания в стационаре и в дневном стационаре, которую граждане более состоятельной группы должны оплачивать за счет личных средств. Стоимость определяется как частное от деления суммы средств, определенной на предыдущем этапе, на объем услуг, оказываемых этой группе населения. При этом соотношение стоимости оказания помощи в стационаре и в дневном стационаре остается таким же, как в существующей программе государственных гарантий (5 к 1).

При подобном предположении каждый человек из средне- и высокодоходной групп населения будет вынужден оплачивать по 107 руб. за каждый день пребывания в стационаре и 21,4 руб. в день за лечение в дневном стационаре. Это составит 113% от стоимости оказания соответствующих услуг, предусмотренной в программе государственных гарантий.

2.2.2. Создание единой системы обязательного медико-социального страхования и перераспределение собираемых в ее рамках взносов в пользу обязательного медицинского страхования

При пессимистическом сценарии общественного финансирования здравоохранения (вариант 4 в таблице 4) дефицит на выполнение программы государственных гарантий составит 12,6 млрд. руб. Для покрытия дефицита за

счет увеличения взносов на обязательное медицинское страхование потребует поднять тариф взносов с 3,6% до 5,95% от фонда оплаты труда.

Дальнейшие расчеты основываются на предположении об объединении систем социального и обязательного медицинского страхования и снижении размера совокупного тарифа взносов на медицинское и социальное страхование с нынешних 9% (в том числе 3,6% на медицинское и 5,4% на социальное страхование) до 7%. При таком варианте балансирования программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения с финансовым обеспечением на долю социального страхования придется всего 1,05% из 7% вышеуказанного тарифа. Этому соответствует общая сумма располагаемых средств для расходов на цели социального страхования в размере 5,6 млрд. руб.

На что может хватить этих средств? Если исключить из перечня расходов социального страхования все направления, кроме оплаты пособий по временной нетрудоспособности, то имея 5,6 млрд. руб. в 1999 г., можно будет реализовать следующую схему оплаты больничных листов. Первые три дня больничного листа оплачиваются за счет средств работодателя; последующие дни больничного листа — за счет средств социального страхования. Всем работающим, имеющим заработную плату ниже 300 рублей в месяц, пособие по временной нетрудоспособности начиная с четвертого дня выплачивается из средств фонда обязательного медико-социального страхования в размере 100% от среднего заработка в расчете на количество дней нетрудоспособности. Оставшейся группе работающих (с уровнем среднемесячной заработной платы выше 300 руб.) выплачиваются единые пособия по временной нетрудоспособности из фонда обязательного медико-социального страхования из расчета 300 руб. в месяц.

В случае, если годовые темпы инфляции в 1999 г. превысят 100%, дефицит финансовых средств для обеспечения государственных гарантий в области здравоохранения не может быть устранен в обозримой перспективе за счет восстановления собираемости налогов и обязательных страховых взносов. Как свидетельствует опыт других стран с переходной экономикой, переживших рецидивы высокой инфляции, собираемость налогов стабилизируется на пониженном уровне даже после возврата к более низким темпам инфляции.

Дефицит не может быть устранен и за счет возобновления экономического роста, поскольку, согласно пятилетнему макроэкономическому прогнозу, к 2003 г. рост реального ВВП с низшей точки экономического спада составит

лишь 2-4% против 20%, которые необходимы для полного устранения дефицита финансирования здравоохранения при заданной собираемости налогов.

Таким образом, достижение сбалансированности государственного финансирования здравоохранения в случае развития событий по высокоинфляционному сценарию предполагает осуществление следующих мер:

– сокращение стоимостных объемов предоставления медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на величину до 10% в реальном выражении;

– пересмотр обязательств государства:

- либо введение соплатежей средне- и высокодоходных категорий групп населения за стационарную медицинскую помощь, оказываемую по программе государственных гарантий, на сумму до 13 млрд. руб. в ценах 1998 г.,

- либо значительное перераспределение обязательных страховых взносов на социальное и медицинское страхование в пользу медицинского (направление на эти цели почти 6% из 7% совокупного тарифа) и соответствующий кардинальный пересмотр схемы выплаты пособий по временной нетрудоспособности с частичным возложением этой функции на работодателей и отказом от всех иных направлений использования средств социального страхования.

3. Роль страховщиков в системе обязательного медицинского страхования

Деятельность страховых медицинских компаний в системе ОМС подвергается сильной критике. По оценке Федерального фонда ОМС, не более трети страховых компаний в системе ОМС действует активно⁵. Остальные являются пассивными посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями: они фактически лишь перечисляют последним финансовые средства, получаемые от фонда ОМС, оставляя себе посреднические проценты на ведение дел, и не занимаются контролем за расходованием средств, за качеством

⁵ Семенов В., *Нужны жесткие гарантии*, «Медицинский вестник», № 18, 1997, с. 4.

медицинских услуг, защитой прав пациентов. По мнению оппонентов реформы, расходы на содержание как страховых компаний, так и фондов ОМС, слишком велики, а полезность их деятельности сомнительна. Затраты на содержание территориальных фондов ОМС и их филиалов составляли 2,8% их расходов в течение 1994-1997 гг.;⁶ затраты на ведение дела страховых медицинских организаций — 3,5% от суммы поступлений из фондов ОМС в 1997 г.⁷

Начиная с 1995 г. в Государственную думу несколько раз вносились законодательные предложения об исключении страховых медицинских организаций из системы ОМС, а также о ликвидации автономности фондов ОМС и их административном подчинении органам управления здравоохранением. В некоторых субъектах РФ перешли к практическим действиям, не взирая на противоречия

с федеральным законодательством. Так, в 1996 г. в Республике Марий Эл по инициативе правительства республиканский фонд ОМС исключил страховые медицинские организации из системы финансирования ОМС.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденная постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997г. № 1387, предусматривает сохранение двух возможных схем финансирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Первая схема: финансирование через страховые медицинские организации, выполняющие функции страховщиков. Вторая схема: финансирование медицинских организаций территориальными фондами ОМС. Применение второй схемы признано допустимым для финансирования предоставления медицинской помощи гражданам, проживающим в районах с малой плотностью населения, где по этой причине объективно затруднена деятельность негосударственных страховых организаций и их конкуренция друг с другом. Но эта позиция пока не закреплена в законодательстве, а принятие концепции не приостановило дискуссий об оправданности сохранения негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС.

Таблица 5. Структура системы обязательного медицинского страхования*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
--	------	------	------	------	------	------

⁶ *Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: Системе обязательного медицинского страхования — 5 лет*, Москва, 1998, с. 11.

⁷ *Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 1997 году*, с. 24.

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	384

* Данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

С 1997 г. началось сокращение числа страховых компаний, действующих в системе ОМС. За два года их число уменьшилось на 29%. В 1997 г. страховые компании покидали систему ОМС главным образом вследствие административно принимаемых решений. 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 Москве такая аккредитация была проведена в конце 1996 г., и из 25 страховых компаний было оставлено всего 8. Причем решение о сокращении числа страховых компаний, участвующих в ОМС, до 6-8 было принято до начала аккредитации⁸, проведение которой стало инструментом реализации административного решения. В Ханты-Мансийске аккредитация страховщиков была проведена в сентябре 1997 г.; из пятнадцати компаний было оставлено четыре⁹. В Курской области негосударственные страховые компании были выведены из системы ОМС простым решением губернатора областной администрации¹⁰. В 1998 г. главным фактором прекращения участия страховых компаний в ОМС стали последствия финансового кризиса.

Осенью 1998 г. ряд субъектов РФ выступил с законодательными предложениями о внесении изменений в федеральный закон о медицинском страховании. От Воронежской области 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,

⁸ Кузнецов П., Челидзе Н., *ОМС: итоги и перспективы*, «Медицинское страхование», № 16, 1998.

⁹ Чемезов О., *Ценю ответственность и чувство меры*, «Медицинский вестник», № 23, 1997, с. 3.

¹⁰ Порядин В., *Медицинское страхование без прикрас*, «Медицинский вестник», № 24, 1997, с. 6.

территориальные фонды ОМС должны быть основным страховщиком в системе ОМС, а страховые компании могут выступать страховщиками только по договору с фондами. Вышеуказанные предложения были поддержаны многими субъектами РФ. Законодательное собрание Ленинградской области даже приняло специальное обращение к Государственной Думе с предложением исключить страховые медицинские организации из системы ОМС.

Между тем в Государственной Думе уже более двух лет лежит законопроект, внесенный Правительством еще в 1996 г. Законопроект исключает негосударственные страховые организации из числа субъектов ОМС. Единственными страховщиками становятся территориальные фонды ОМС, которые, если захотят, могут привлекать страховые компании в качестве агентов для выполнения тех или иных функций. Одновременно создаются юридические возможности административного подчинения фондов ОМС органам управления здравоохранением. Все это время рассмотрение данного законопроекта тормозилось лоббистской деятельностью страховых компаний. В период, когда в составе правительства были представлены либеральные экономисты, данный законопроект так и не был отозван. Сейчас баланс сил начал меняться не в пользу страховых компаний. В феврале 1999 г. Комитет по здравоохранению Государственной Думы принял решение вынести названный законопроект на обсуждение Государственной Думы. Вероятность его принятия весьма высока.

Вопрос об оправданности сохранения негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС приобрел, таким образом, особую актуальность.

Проблемы внедрения модели общественного финансирования здравоохранения с конкуренцией покупателей медицинской помощи и условия работоспособности такой модели, ее позитивного влияния на эффективность здравоохранения исследованы достаточно хорошо¹¹. Предметом анализа выступала также и модель общественного финансирования здравоохранения с разделением покупателей и производителей медицинских услуг, но при отсутствии конкуренции между покупателями (модель финансирования с

¹¹ См., например: 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*, in: *World Health Organization Book on European health care reforms*, World Health Organization, 1997; Шейман И., *Реформа управления и финансирования здравоохранения*, Москва: Русь, Издатцентр, 1998.

монопсонией.) Было показано, что 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 здравоохранения¹². Но внимание при этом было сконцентрировано на влиянии таких нововведений на эффективность деятельности производителей медицинских услуг.

Рассмотрим институциональные условия эффективной деятельности самих покупателей медицинских услуг в системе общественного финансирования здравоохранения.

Ориентация страховщиков на повышение эффективности использования ресурсов в системе ОМС зависит от двух движущих сил: конкурентного давления

и давления государства. Давление государства — это установление требований к результативности и эффективности деятельности покупателя медицинских услуг и принуждение к их исполнению.

Сила конкурентного давления определяется следующими факторами:

– числом покупателей, участвующих в системе общественного финансирования здравоохранения;

– уровнем информированности населения о деятельности разных покупателей-страховщиков и уровнем издержек, которых требует получение нужной информации и переход к другому страховщику;

– наличием санкций против картельных соглашений и практикой применения этих санкций.

Условиями позитивного влияния конкуренции покупателей на эффективность использования ресурсов являются¹³:

– целенаправленная политика государства по стимулированию конкуренции покупателей;

– достаточный уровень административной способности покупателей для выбора наиболее эффективных звеньев и вариантов оказания медицинской помощи;

– обеспечение права больных на выбор медицинской организации и врача;

– финансовая ответственность покупателей за эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения.

¹² *Changes in Health Systems in Europe: towards new Contracts between Providers, Payers and Governments?* Paris: Edition ENSP, 1995; Savas B., Sheiman I., *Op. cit.*

¹³ Шейман И., *Указ. соч.*, с. 67-68.

Наличие конкуренции между покупателями создает более благоприятные условия для повышения эффективности использования ресурсов, но не является достаточным условием для этого. При слабости или отсутствии конкуренции между покупателями, но сильном давлении государства, деятельность покупателей может быть эффективной. Давление со стороны государства будет достаточным фактором для ориентации страховщика на осуществление эффективной деятельности при следующих условиях:

- наличие четко определенных требований к структуре, объему, качеству и стоимости медицинской помощи, которая должна предоставляться населению, и соблюдение которых должен обеспечить покупатель;

- соблюдение государством условий финансирования покупателя, 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);

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

- невысокие издержки контроля за соблюдением установленных требований;

- наличие ощутимых санкций за невыполнение установленных требований и неотвратимость их применения в случае идентификации нарушений;

- достаточная информированность и квалификация покупателя для принятия обоснованных решений по выбору более рациональных вариантов организации медицинской помощи и для отстаивания своих решений во взаимоотношениях с медицинскими организациями.

В какой мере реальные условия деятельности страховых медицинских организаций и фондов ОМС в России соответствуют теоретическим предпосылкам их эффективной деятельности?

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.

Главная проблема заключается в несбалансированности программ ОМС и их финансового обеспечения. Эта проблема имеет два измерения:

– общая несбалансированность: недостаточность взносов работодателей на ОМС и бюджетных ассигнований на здравоохранение для финансирования государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения (составной частью этих гарантий является программа ОМС);

– недостаточность средств, аккумулируемых в фондах ОМС, невыполнение обязательств государства по перечислению в фонды ОМС платежей за неработающее население в размерах, достаточных для покрытия расходов на оказание им медицинской помощи в соответствии с программой ОМС.

В результате средства, перечисляемые страховщикам, не обеспечивают полного покрытия расходов по предоставлению гарантируемой медицинской помощи. Нередко значения подушевых нормативов, по которым фонды ОМС перечисляют средства страховым медицинским организациям, меняются несколько раз в году, что лишает смысла усилия по экономии средств. Поэтому и нельзя рассчитывать, что экономические условия деятельности страховщиков будут заставлять их действовать эффективно.

Кроме того, установленные в ряде регионов методы финансирования страховщиков в принципе не могут стимулировать их к экономически эффективной деятельности. Доходы многих страховых медицинских организаций складываются как фиксированный процент отчислений на ведение дела от объема передаваемых им средств ОМС. Региональные и местные органы власти во многих случаях заставляют страховщиков заключать договора с конкретными медицинскими учреждениями, стремясь сохранить их на своей территории вне зависимости от эффективности их работы.

Неочевидность позитивных эффектов от деятельности страховщиков порождает стремление органов власти сократить их число и снизить расходы на их содержание. На это направлены уже упоминавшиеся процедуры аккредитации медицинских страховых организаций, которые были введены в некоторых регионах. Проведение аккредитации означало административную оценку эффективности деятельности страховых организаций и административный отбор «наиболее эффективных». При этом условия

аккредитации оставляли возможность принятия субъективных решений лицами, ее проводящими. Подобная аккредитация предстает как средство формального институционального закрепления сложившихся социальных сетей и повышения их устойчивости за счет сужения круга участников.

В таких условиях наивно рассчитывать на то, что деятельность страховщиков будет способствовать росту эффективности использования общественных ресурсов. Для страховщиков естественнее бороться за общий размер средств, передаваемых им для оплаты медицинской помощи, живя на комиссионные (расходы на ведение дела) и на легитимные и нелегитимные доходы от коммерческого использования средств, находящихся в их временном распоряжении.

Вместе с тем в деятельности российских страховщиков есть примеры институциональных инноваций, создающих условия для более эффективного использования ресурсов в системе ОМС. К числу таких эффективных институциональных нововведений можно отнести следующие.

1. Создание автоматизированных систем учета объемов медицинских услуг и автоматизированных систем лекарственного обеспечения.

2. Введение вексельного обращения. Страховые медицинские компании инициировали создание схемы вексельного обращения в системе ОМС Ханты-Мансийского автономного округа¹⁴.

3. Внедрение пластиковых магнитных карт для автоматизированного учета медицинской помощи, предоставляемой каждому застрахованному и осуществления соответствующих взаиморасчетов между страховыми компаниями и медицинскими организациями.

4. Инициация введения институтов, определяющих требования к результативности 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.

¹⁴ Порядин В., *Указ. соч.*, с. 6.

5. 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 Росно¹⁵. 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 Москвы на 1997 г.¹⁶ Страховые компании, участвующие в эксперименте, получили 4% комиссионных от величины фактически переданных им бюджетных средств (переданные им средства не включали вышеназванную экономию, которая осталась в городском бюджете).

Но эти примеры являются исключениями. Если не стимулировать конкуренцию и, главное, если не усиливать давление государства на страховщиков, развивая необходимую для этого нормативно-правовую базу и обеспечивая выполнение устанавливаемых требований, то страховщики действительно оказываются лишними посредниками в системе общественного финансирования здравоохранения. Между тем для внедрения и соблюдения соответствующих требований нужны серьезные усилия государства. Желания прикладывать такие усилия пока не видно. Наоборот, вступая в противоречие с положениями правительственной концепции развития здравоохранения, региональные органы власти проводят политику вытеснения страховых компаний из системы ОМС.

¹⁵ Зурабов М., *Пять лет на страховом поле московского региона*, «Экономика здравоохранения», № 8/9 (21), 1997, с. 42-43.

¹⁶ Матвиенко В. *Объединив усилия, мы выживем*, «Медицинский вестник» № 1, 1999, с. 1.

4. Заключение. Рекомендации для политики

Обеспечение сбалансированности требований к объемам и структуре медицинской помощи, предусмотренных программой соответствующих государственных гарантий, с финансовыми ресурсами и соблюдение государством обязательств по финансированию программы являются центральными направлениями решения экономических проблем российского здравоохранения. Для обеспечения такой сбалансированности необходим пересмотр государственных гарантий в области здравоохранения и социального страхования.

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.

Дальнейшее развитие системы ОМС требует реализации следующих мер.

1. Преодоление двоевластия в финансировании медицинской помощи, предусмотренной программами ОМС: превращение фондов ОМС во всех субъектах РФ в единственных держателей средств, предназначенных для финансирования программ ОМС. Для решения этой задачи необходимо, как минимум, 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, как максимум — ввести соответствующие целевые трансферты из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ в фонды ОМС, либо закрепить за фондами ОМС фиксированную часть общих налоговых поступлений;

2. Введение общегосударственных требований к объему и качеству медицинских услуг, которые должны быть предоставлены пациентам при различных типах заболеваний (медицинских протоколов), со степенью детализации, достаточной для однозначной оценки затрат, необходимых для лечения соответствующих заболеваний.

3. Обеспечение сбалансированности требований к объемам и структуре медицинской помощи, предусмотренных программой соответствующих государственных гарантий, с финансовыми ресурсами и соблюдение государством обязательств по финансированию программы. Тогда можно требовать эффективного использования ресурсов от других участников системы. Кроме того, без решения проблемы сбалансированности нереально рассчитывать на развитие конкуренции между страховщиками.

4. Повсеместное введение подушевого финансирования страховых медицинских организаций из фондов ОМС и разрешение страховщикам оставлять в качестве доходов определенную часть разницы между объемом получаемых ими ресурсов и произведенными затратами на обеспечение медицинской помощи в соответствии с программой ОМС. Это обеспечит их экономическую заинтересованность в экономии средств за счет более рациональной организации медицинской помощи.

5. Усиление требований к деятельности страховых медицинских организаций.

6. Поддержка участия страховых компаний в управлении организацией предоставления медицинской помощи застрахованным.

7. Обеспечение прозрачности расходования средств ОМС фондами ОМС, страховыми компаниями, медицинскими организациями: введение федеральных требований к публикуемым отчетам, к порядку предоставления информации гражданам и средствам массовой информации и т. п.

Рассмотрим подробнее возможности усиления требований к страховым медицинским организациям. Добиться этого можно двумя разными путями. Один путь — введение процедуры аккредитации страховщиков. Федеральный фонд ОМС подготовил в 1997 г. предложения о повсеместном введении процедуры аккредитации страховых медицинских организаций. Интересно отметить, что в обосновании этих предложений ключевую роль играл принцип доверия. Суть аккредитации формулировалась как определение организаций, вызывающих доверие со стороны государства в лице органов, производящих такую аккредитацию. Оценивая эти предложения, нужно принять во внимание, что в наших условиях, при слабости институционального потенциала государства в целом, введение подобных процедур аккредитации без четких, однозначных

правил оценивания деятельности страховщиков приведет к усилению клановых структур.

Такая аккредитация будет либо препятствовать конкуренции, либо породить ситуацию конкуренции за доверие фонда ОМС, проводящего аккредитацию. Причем это будет доверием не ради реализации государственных интересов, а доверием ради личных интересов чиновников.

Альтернативный подход состоит в расширении лицензионных условий деятельности страховщиков в системе ОМС. Общий принцип введения таких дополняющих, уточняющих требований: они должны быть легко контролируемы. То есть издержки контроля за их соблюдением должны быть невысокими. Пусть даже это будет достигаться за счет ограничения пространства маневра страховщиков.

Установление лицензионных условий, определяемых из функций эффективности, соблюдение которых будет означать осуществление эффективной деятельности в вышеуказанном смысле.

Возможное содержание расширенных лицензионных требований:

- минимальная численность застрахованных;
- обязательное наличие медико-экономических стандартов лечения, согласованных с ЛПУ и позволяющих производить экономическое оценивание предоставляемой медицинской помощи;
- обязанность предоставить на утверждение лицензирующему органу операционный план, который должен содержать:
 - перечень медицинских организаций, с которыми будут заключаться договоры на оказание медицинской 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, включенными 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 ОМС, порядке подачи жалоб и обращения с жалобами в другие организации,
- описание порядка подачи и рассмотрения жалоб застрахованных; предельные сроки рассмотрения жалоб пациентов;
- после получения лицензии страховая медицинская организация должна представить тому же органу ежегодный отчет, в котором дается перечень внесенных в операционный план изменений и сравниваются результаты деятельности СМО с запланированными показателями;
- минимальный размер резервного фонда;
- прозрачность, публикация отчетов, предоставление информации о результатах своей деятельности.

Реализация всех перечисленных нововведений потребует значительных затрат, необходимые институциональные издержки высоки. Но если этого не сделать, то деятельность страховщиков не будет эффективной, все упреки будут справедливы, и тогда с экономической точки зрения правильнее упростить существующую модель ОМС.

Однако мы считаем, что перечисленные выше требования могут быть реализованы при наличии политической воли со стороны государства на повышение эффективности использования общественных ресурсов и действенности государственного регулирования. В первую очередь следует обеспечить расширение лицензионных условий. Это представляется наиболее актуальным и более осуществимым, чем обеспечение реальной сбалансированности государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению и их финансового обеспечения.

Кроме того, в рамках краткосрочного периода можно воспользоваться неравномерностью уровня необходимых институциональных издержек и уровня развитости потенциала эффективности моделей, а также институционального потенциала государственной власти в разных регионах. Следует принять во внимание фактор региональной дифференциации таких затрат. В одних регионах затраты на дополнительное институциональное обеспечение деятельности страховщиков в системе ОМС могут быть перекрыты эффектом, который будет получен от их деятельности в новых институциональных рамках. В других регионах необходимые затраты могут оказаться слишком высокими, и потому правильнее будет упростить используемую модель ОМС. Нужно

предусмотреть возможность дальнейших инноваций в отдельных регионах при условии, что это не движение назад, к административно-командной системе управления здравоохранением. Для остальных — установить четкие критерии, при которых возможно использовать более простую модель организации ОМС.

-
- 148 Урбан Гурски, Украинский межбанковский рынок. Предварительные результаты исследований (также на английском языке)
-
- 149 Jarosław Neneman, *The Reform of Indirect Taxation in Hungary, the Czech Republic, Poland and Romania*
-
- 150 Małgorzata Antczak, Rafał Antczak, *The Case of Gradualist Approach to Foreign Trade Liberalization in Transition Economies*
-
- 151 Wojciech Maliszewski, *Medium Term Fiscal Projection for Selected Countries in Transition*
-
- 152 Rafał Antczak, *Monetary Expansion in Transition Economies and Their Influence on Inflation Performance*
-
- 153 Роман Могилевский, Ограничения денежной политики и перспективы финансирования дефицита государственного бюджета Кыргызской Республики
-
- 154 Krzysztof Rybiński, Thomas Linne, *The Emerging Financial System of Poland: Institutional Constraints and External Links*
-
- 155 Jacek Cukrowski, Jarosław Janecski, *Financing Budget Deficits by Seigniorage Revenues: the Case of Poland 1990-1997*
-
- 157 Марек Ярочиньски, Спрос на деньги и монетизация в экономике стран, проходящих процесс трансформации
-
- 158 Украина: от хрупкой стабилизации к финансовому кризису, под редакцией Марека Домбровского (также на английском языке)
-
- 159 Марек Домбровски, Урбан Гурски, Марек Ярочиньски, *Инфляционные последствия девальвационного кризиса в России и на Украине: первые наблюдения* (также на английском языке)
-
- 160 Witold Orłowski, *Perspektywy polityki dezinflacyjnej w Polsce*
-
- 161 Magda Tomczyńska, *Comparative Analyses of Direct Tax Systems in Selected Central European Countries: Czech Republic, Hungary, Poland and Romania*
-
- 162 Joanna Siwińska, *Public Debt Structure and Dynamics in the Czech Republic, Hungary, Poland and Romania*
-
- 163 Губад Ибадоглу, Эльбек Алибеков, *Приватизация в Азербайджане*
-
- 164 Ираклий Гварамадзе, Казимеж Клёц, Ирина Синицина, *Грузия в поворотном пункте: экономические события 1998 и начала 1999 года*, под редакцией Марека Домбровского
-

