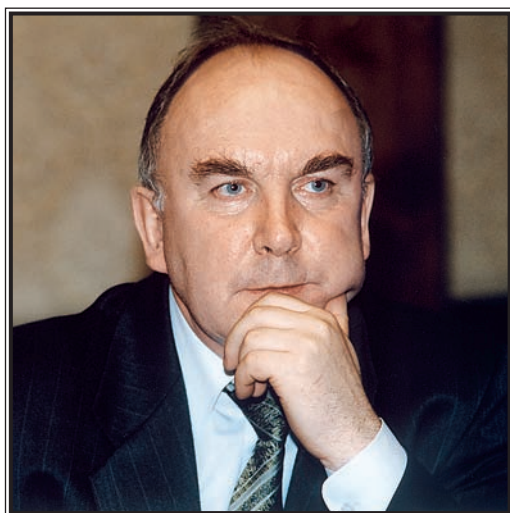


ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЙ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Владимир Иванович Стародубов

Система здравоохранения характеризуется наличием комплекса глубоких экономических проблем, которые воспроизводятся на протяжении последних десяти лет:

- финансовая необеспеченность государственных гарантий медицинской помощи населению;
- незавершенность введения системы обязательного медицинского страхования;
- существенное территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан Российской Федерации на получение медицинской помощи;
- отсутствие экономических механизмов, побуждающих участников системы здравоохранения к росту эффективности использования общественных ресурсов.

Размеры государственного финансирования здравоохранения, сократившиеся более чем на треть в 90-е годы, стали увеличиваться с 2000 года, но не достигли уровня пятнадцатилетней давности.

Произошел разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. Финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на самих граждан и работодателей. Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги устойчиво растут высокими темпами. Нарастание платности медицинской помощи усиливается, несмотря на рост государственного финансирования в последние годы.

Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи.

Проблема усугубляется тем, что подходы к финансированию государственных гарантий оказания медицинской помощи населению не позволяют четко определить зависимость оплаты

и качества помощи, которая должна бесплатно предоставляться гражданам. Ссылки на недостаточность государственного финансирования здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обеспечения используются медицинскими работниками и руководителями здравоохранения в качестве оправдания снижения качества медицинских услуг и предоставления за плату услуг, которые реально должны быть оказаны для граждан бесплатно. Поэтому без конкретизации государственных гарантий медицинской помощи, разграничения медицинской помощи на бесплатные и платные медицинские услуги уже нельзя рассчитывать на то, что проблему разрыва между гарантиями и их финансовым обеспечением можно решить лишь путем увеличения размеров государственного финансирования здравоохранения.

Существующая система обязательного медицинского страхования (ОМС) имеет целый ряд серьезных изъянов, преодоление которых требует изменений самой модели ее существования.

Главным изъяном является несбалансированность программ ОМС с размерами страховых платежей. Система ОМС аккумулирует лишь 41,9% совокупного объема государственного финансирования здравоохранения.

Эта проблема порождена прежде всего невыполнением субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме. Правда, в последние годы обозначилась тенденция увеличения размеров взносов за неработающее население, но это кардинально не меняет ситуации.

Сложившаяся модель ОМС не оказала существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Не оправдались первоначальные ожидания появления конкуренции между страховщиками, стимулирующей их активность в защите прав застрахованных и оптимизации размещения заказов среди медицинских организаций. Население практически не может выбрать страховщика, а сами страховщики не несут финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи и поэтому не заинтересованы в выборе более эффективных вариантов организации предоставления медицинской помощи застрахованным.

Эти проблемы во многом обусловлены низкой управляемостью системы ОМС. По существу, эта система распалась на множество фрагментов с построением каждым субъектом Российской Федерации собственной модели ОМС.

Таким образом, серьезной проблемой обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи является значительная дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения по регионам. Разница между регионами с наибольшими расходами на душу населения (Таймырский автономный округ – 8900 рублей) и наименьшими (Республика Дагестан – 590 рублей) достигала 15-кратного размера.

Вариация размеров платежей на ОМС в расчете на одного работающего (часть единого социального налога) составила 12 раз (5620 рублей в Ямало-Ненецком автономном округе и 481,8 рубля в Республике Дагестан). Взносы на ОМС неработающего населения в расчете на одного неработающего колебались от 3899 рублей в Таймырском автономном округе до 9 рублей в Саратовской области.

Такие различия свидетельствуют о неэффективности существующих механизмов выравнивания финансовых условий реализации программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

Существующие экономические механизмы в системе здравоохранения не создают у ее участников стимулов к повышению эффективности использования общественных ресурсов. Центральной проблемой организации финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения является двойственность источников и методов их финансирования за предоставление населению медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС. Такие виды помощи должны были оплачиваться только за счет средств ОМС, но на практике продолжают финансироваться как из системы ОМС, так и из бюджета. Государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения получают примерно от 50 до 60% средств в виде бюджетного финансирования содержания учреждения, от 30 до 50% – из системы ОМС в виде оплаты оказанной медицинской помощи и от 5 до 15% – в виде доходов от оказания платных медицинских услуг



населению. Согласно федеральным рекомендациям, бюджетные и страховые средства должны использоваться для покрытия разных статей расходов. На практике же нередко отдельные статьи расходов лечебно-профилактических учреждений покрываются одновременно из двух указанных источников финансирования. Это создает у учреждений заинтересованность в затратном хозяйствовании, а не в более эффективном использовании ресурсов.

Модернизация системы здравоохранения неизбежна. Главное в модернизации российского здравоохранения – системность преобразований и постепенность их осуществления. Конечной целью является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

Реформирование систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования в Российской Федерации неосуществимо без прогрессивных экономических методов управления, включая анализ эффективности использования имеющихся ресурсов.

В сложных условиях проведения реформы в здравоохранении первостепенное значение приобретают принципы программно-целевого планирования и финансирования отрасли:

- соответствие выполняемых полномочий (функций) их финансовому наполнению на каждом уровне управления;
- обеспечение непрерывности и преемственности полномочий;
- оптимизация бюджетных расходов;
- бюджетирование, ориентированное на результат;
- реструктуризация подведомственных учреждений в целях эффективного использования имеющихся ресурсов.

Реализация этих принципов возможна лишь при увеличении расходов на здравоохранение в среднесрочной перспективе из государственных источников финансирования до 4,7% от ВВП. В 2004 году этот показатель составлял около 2,8%. В 2003 году расходы на здравоохранение были равны 2,9% от ВВП. Согласно рекомендациям ВОЗ расходы на здравоохранение должны быть не менее 5–6% от ВВП.

Увеличение расходов на здравоохранение позволит обеспечить:

- преодоление отставания средней заработной платы работников здравоохранения от средней по стране (необходимо увеличить расходы на оплату труда в 2,4 раза, что позволит повысить реальную заработную плату в 1,6 раза);
- соблюдение государственных гарантий бесплатного лекарственного обеспечения граждан. Соотношение расходов граждан и государства на приобретение лекарств должно измениться с 2:1 в 2004 году на 1:2, вследствие чего потребуются увеличение государственных затрат на приобретение медикаментов в 2,8 раза, а в реальном исчислении – в 1,8 раза. В результате можно будет осуществить бесплатное лекарственное обеспечение пациентов в стационарах и значительное улучшение лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях;
- замену изношенного медицинского оборудования, ремонт зданий и сооружений, первостепенное приобретение необходимого оснащения первичного звена оказания медицинской помощи (в первую очередь для общей врачебной практики) за счет увеличения инвестиционных затрат в реальном исчислении в 2,4 раза;
- увеличение расходов на лечебное питание больных в стационаре в реальном исчислении в 2,9 раза (с 34 рублей в 2004 году до 100 рублей на одного больного в день в сопоставимых ценах).

Данный вариант оптимизационного прогноза предусматривает увеличение затрат на один койко-день стационарного лечения одного больного в среднем с 363,6 рубля в 2003 году до 1182 рублей (в странах Европы этот показатель составляет 250–300 долларов США, в Прибалтийских государствах – 45–50 долларов США в день соответственно).

В перспективе основными механизмами экономического планирования и финансирования бесплатной медицинской помощи населению России должны стать:



- сочетание социальной солидарности и справедливости при формировании финансового обеспечения государственных гарантий с адресной направленностью расходования финансовых средств при оказании медицинской помощи конкретному гражданину;
- одноканальное финансирование медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, по страховому принципу оплаты всех расходов (по полному тарифу);
- развитие межбюджетных взаимоотношений с целью выравнивания финансовых условий в муниципальных образованиях, субъектах Российской Федерации для обеспечения полного тарифа на выполнение государственных обязательств в сфере здравоохранения;
- переход от затратного (сметного) принципа формирования доходов и финансирования медицинских организаций из государственных источников к бюджетированию, ориентированному на результат (объем, ассортимент и качество медицинских услуг по видам медицинской помощи).

К сожалению, в федеральном бюджете на 2005 год финансовое обеспечение поставленных целей не предусматривается. Расходы федерального бюджета по разделу 09 «Здравоохранение и спорт» определены в сумме 82,5 млрд. рублей, что составляет 109,3% к соответствующим расходам федерального бюджета на 2004 год. При этом доля расходов федерального бюджета на здравоохранение сокращается как по отношению к ВВП (с 0,49% в 2004 году до 0,44% в 2005 году), так и по отношению к общим расходам федерального бюджета (с 2,8 до 2,7%).

Действующая бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения должна быть преобразована в систему финансирования, основанную на страховом принципе, то есть двухканальная система поступления финансовых средств в медицинскую организацию уступает место одноканальной системе. Это позволит более эффективно планировать и контролировать имеющиеся средства, оплачивать реальные результаты деятельности медицинских организаций, а не их содержание. Данной цели служит конкретизация программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как на уровне Российской Федерации, так и на уровне субъектов Российской Федерации, которые будут практически совпадать с программами обязательного медицинского страхования. Программы будут охватывать большую часть видов медицинской помощи, предоставляемых населению. Соответственно система ОМС должна аккумулировать не менее двух третей государственного финансирования здравоохранения. Напрямую из бюджетов должны будут финансироваться высокотехнологичные виды медицинской помощи, лечение заболеваний, имеющих особую социальную значимость (туберкулез, ВИЧ-СПИД, психические заболевания и пр.), санитарно-эпидемиологический надзор и контроль и др.

В целях повышения управляемости системы ОМС, усиления государственного контроля за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования и обеспечения более эффективного выравнивания финансовых условий реализации государственных гарантий медицинской помощи необходимо подчинить территориальные фонды ОМС Федеральному фонду обязательного медицинского страхования.

Вместе с тем предлагаемые структурные изменения сохраняют за органами власти субъектов Российской Федерации механизмы контроля за деятельностью территориальных фондов ОМС. Орган законодательной власти субъекта Российской Федерации утверждает бюджет территориального фонда ОМС, подушевые нормативы финансирования здравоохранения и тарифы на оплату медицинских услуг в системе ОМС.

С целью осуществления общественного контроля за деятельностью системы ОМС целесообразно ввести институты социального партнерства в управление системой ОМС. Органы государственной власти Российской Федерации, общероссийские объединения профессиональных союзов и объединения работодателей формируют наблюдательный совет на уровне Федерального фонда ОМС. Органы власти субъекта Российской Федерации, территориальные



объединения профессиональных союзов и объединений работодателей формируют наблюдательные советы на уровне территориальных фондов ОМС.

Необходимо законодательно установить требования и механизмы обеспечения сбалансированности программ ОМС с финансовыми ресурсами.

Страховые взносы субъекта Российской Федерации на ОМС неработающего населения должны устанавливаться в размере, не меньшем, чем размер, обеспечивающий сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы ОМС, и ее стоимости.

Стоимость базовой программы ОМС в субъекте Российской Федерации должна определяться после утверждения тарифов на оплату медицинских услуг, которые не должны быть меньше величин, рассчитанных в соответствии с методикой определения минимальных тарифов на гарантированную медицинскую помощь, утверждаемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим управление здравоохранением, что должно поднять планку требований к ресурсному обеспечению оказания медицинской помощи и на этой основе – преодолеть стремление регионов искусственно занижать размер взносов на ОМС неработающего населения.

За счет средств Федерального фонда ОМС, в том числе субсидий и субвенций из федерального бюджета, должно производиться выравнивание условий финансирования базовой программы ОМС в субъектах Российской Федерации. За счет субсидий из Федерального фонда ОМС финансовые ресурсы ОМС будут перемещаться в пользу регионов, не способных собрать достаточные средства для обеспечения стоимости базовой программы ОМС в силу объективных социально-экономических причин. Размер субсидий рассчитывается с учетом уровней бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации и устанавливается в составе расходов бюджета Федерального фонда ОМС Российской Федерации.

Страховые медицинские организации должны стать информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных. Для этого необходимо существенно изменить правила участия страховщиков в системе обязательного медицинского страхования.

Участие страховых медицинских организаций в системе ОМС необходимо в качестве средства создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций друг с другом за застрахованных.

Необходимо ввести систему разделения финансовых рисков между территориальными фондами ОМС и страховщиками, последние будут брать на себя часть рисков, связанных с отклонениями фактических расходов на оказание медицинской помощи застрахованным от плановых.

Крайне важно обеспечить реальные возможности участия страховщиков в планировании и проведении организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению (участие в разработке программ ОМС, программ структурных преобразований и др.).

Изменение правил участия страховщиков в системе ОМС призвано обеспечить их заинтересованность не только в контроле качества и клинико-экономической обоснованности медицинской помощи, оказываемой застрахованным, но и в планировании и согласовании с медицинскими организациями наиболее рациональных форм оказания медицинской помощи и воздействии на процессы структурных сдвигов в здравоохранении.

Чтобы сделать договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями реальным фактором стимулирования структурных сдвигов, необходимо обеспечить включение в тариф оплаты медицинских услуг всех видов затрат, связанных с их оказанием, включая нормативные расходы на коммунальные услуги и амортизацию оборудования.

Экономическая заинтересованность в оптимизации издержек на оказание медицинской помощи, обусловленная системой разделения рисков между территориальным фондом ОМС и страховщиками, должна дополняться мерами, обеспечивающими реальную возможность страховщиков участвовать в организации и планировании медицинской помощи застрахованным.



Необходимо исключить сметное финансирование медицинских организаций, поскольку это стимулирует затратный тип хозяйствования медицинских организаций. Широко применяемые в настоящее время в системе ОМС ретроспективные методы оплаты за фактические объемы помощи слабо ориентируют медицинские организации на повышение структурной эффективности их деятельности. Они должны уступить место предварительным методам оплаты, при которых страховщик берет на себя ответственность за оплату согласованных объемов медицинской помощи. Медицинская организация, в свою очередь, берет ответственность за оказание запланированных объемов и делит финансовые риски со страховщиками при их превышении.

Финансирование работы медицинских учреждений должно происходить на основе договоров, заключаемых ими со страховщиками.

Следует отказаться от действующих валовых методов оплаты за фактически оказанные услуги участковых врачей и врачей общей практики, особенно от оплаты фактического числа посещений. Как показывает отечественный и зарубежный опыт, они слабо ориентируют на повышение ответственности за здоровье населения (больше больных людей, выше доход) и способствуют усилению затратных механизмов в здравоохранении.

Для повышения вклада звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) целесообразно сделать акцент на использовании следующих методов оплаты.

Метод частичного фондодержания: группа врачей общей практики и участковых врачей получают подушевой норматив финансирования, в состав которого входят расходы на услуги узких специалистов и скорую медицинскую помощь. Страховщик по поручению фондодержателя осуществляет расчеты с другими звеньями оказания медицинской помощи, формирует остаточный доход звена ПМСП, делит с ним финансовые риски, осуществляет комплекс мер по контролю за обоснованностью направлений застрахованных и качеством медицинской помощи. Премирование звена ПМСП за достижение установленных показателей их вклада в реструктуризацию и качество работы осуществляется на основе набора показателей и объективных методов оценки результатов деятельности.

Консультации и исследования в амбулаторных условиях могут оплачиваться за фактические объемы оказанных услуг с использованием различных вариантов установления общих лимитов соответствующих затрат.

Оплату стационарной помощи целесообразно производить за законченные случаи лечения в пределах заранее согласованных со страховщиками и врачами ПМСП объемов стационарной помощи. Сверхплановые объемы оплачивать лишь в размере переменных затрат (лекарства и питание). Уже имеющийся экспериментальный опыт использования таких методов свидетельствует об их существенном вкладе в перемещение объемов стационарной помощи на амбулаторный этап.

Для учреждений здравоохранения, прежде всего учреждений федерального подчинения, оказывающих специализированную высокотехнологичную помощь, необходимо формировать государственный заказ на согласованные объемы медицинской помощи. Использование нового принципа финансирования позволит привести в соответствие плановый размер государственных средств с фактическим объемом медицинских услуг, с учетом показателей их качества.

В качестве способа ослабления разрыва между обязательствами и финансовыми возможностями государства необходимо опираться на развитие форм добровольного медицинского страхования (ДМС).

В существующей системе финансирования здравоохранения имеется проблема дублирования финансирования обязательного и добровольного медицинского страхования со стороны страхователей по добровольному страхованию.

Развитие форм ДМС будет способствовать легализации практики включения в программы ДМС медицинских услуг и лекарственного обеспечения, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования, допущению использования в счет оплаты взносов по ДМС части средств, уплачиваемых за соответствующих застрахованных в систему ОМС. Это будет содействовать снижению стоимости программ ДМС соответственно увеличению их доступности для граждан и расширению круга лиц, получающих медицинское обслуживание, финансируемое за счет легального сочетания общественных и частных интересов.



Основной формой государственных и муниципальных организаций здравоохранения является в настоящее время форма бюджетного учреждения. Для значительной части бюджетных учреждений, и прежде всего для тех, кто участвует в системе обязательного медицинского страхования и получает из нее средства в соответствии с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, тот чрезвычайно ограниченный объем прав, которыми располагают учреждения в осуществлении своей хозяйственной деятельности, не соответствует требованиям к ее эффективной организации.

Организационно-правовая форма бюджетного учреждения становится несовместимой со страховой моделью и задачами реструктуризации здравоохранения. Избыточные ограничения оборачиваются ослаблением мотивации к адекватному учету нужд застрахованных и эффективному использованию ресурсного потенциала учреждений. Поэтому существует реальная необходимость иметь в государственном секторе не только административно контролируемые бюджетные учреждения, но и государственные организации, законодательно наделенные более широкими правами самостоятельного хозяйствования и, соответственно, имеющие более высокую степень ответственности за экономическое обеспечение и результаты своей деятельности.

Этой задаче отвечает принятие законов о введении форм автономного учреждения и автономной государственной (муниципальной) некоммерческой организации, которые должны дополнить существующую форму бюджетного учреждения. Одни из ныне действующих бюджетных учреждений здравоохранения останутся в прежней форме, другие будут преобразованы в новые формы. Принятие решений о целесообразности преобразования учреждений в новые формы должно осуществляться с учетом экономических условий их деятельности (структуры доходов и расходов, наличия реальной или потенциальной конкуренции, готовности управленческого потенциала и др.).

Преобразование лечебно-профилактических учреждений в новые формы в сочетании с мерами по модернизации системы ОМС создаст у медицинских организаций стимулы к повышению эффективности использования имеющихся ресурсов.

Экономические стимулы к реструктуризации системы здравоохранения могут быть запущены только при реальной возможности реализации договорных отношений между всеми субъектами ОМС, прежде всего между страховщиками и медицинскими организациями. Чтобы сделать договорные отношения реальным фактором стимулирования структурных сдвигов, необходимо обеспечить возмещение страховщиками всех расходов по оказанию медицинской помощи и переход на «полный тариф».

Для ускорения процесса реструктуризации здравоохранения особенно важно обеспечить концентрацию подавляющей части бюджетных средств в территориальных фондах ОМС в виде взносов на ОМС неработающего населения.

При складывающемся новом разделении полномочий различных уровней исполнительной власти в отношении оказания различных видов медицинской помощи переход на страховой принцип финансирования даст возможность преодолеть «искусственные перегородки» между отдельными видами медицинской помощи. Экономия, возникающая в одном секторе здравоохранения, будет свободно перемещаться в другой. Принцип «деньги следуют за пациентом» станет доминирующим.

При осуществлении всех намеченных преобразований в систему здравоохранения ожидается привлечение дополнительных финансовых источников. За счет совмещения средств ОМС и ДМС – в размере более 18 млрд. рублей в 2006 году, введения стоимости страхового года в систему обязательного медицинского страхования – в размере более 1,5 млрд. рублей.

Концентрация средств в фондах ОМС позволит реализовать подушевой принцип распределения средств по отдельным административным территориям. Это даст определенную экономию в медицинских организациях, возникающую от сокращения излишних мощностей, то есть устранил действующую практику искусственного поддержания этих мощностей из-за опасений потери финансирования.

Перечисленные направления и формы реструктуризации могут быть осуществлены только при условии преодоления узкокорпоративных интересов руководителей учреждений и медицинских работников, а также сложившихся стереотипов потребления населением медицинских услуг.

Реализация приоритетных направлений системы здравоохранения и сопутствующих мероприятий требует принятия новых федеральных законов, регулирующих как систему обязательного медицинского страхования, так и саму систему здравоохранения в целом, новых



организационно-правовых форм организации социальной сферы, необходимы поправки в Бюджетный, Налоговый и Гражданский кодексы Российской Федерации, а также другие законодательные и нормативные правовые акты.

Для наиболее полной реализации намеченных преобразований представляется необходимым принять ряд федеральных законов:

1. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».
2. Федеральный закон «О государственных гарантиях медицинской помощи».
3. Федеральные законы «Об автономном учреждении», «Об автономной государственной (муниципальной) некоммерческой организации» и соответствующие изменения в Бюджетный и Гражданский кодексы Российской Федерации и иные другие.
4. Федеральный закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.
5. Федеральный закон о частной медицинской деятельности.

Кроме того, необходимо для реализации процессов модернизации системы здравоохранения разработать нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации и ведомственные нормативные правовые акты.

Принятие предлагаемых законопроектов и внесение поправок в действующую законодательную правовую базу позволят обеспечить реализацию приоритетных направлений развития здравоохранения и внедрение механизмов сбалансированного и реального осуществления прав, обязанностей и ответственности граждан и всех участников системы здравоохранения с целью предоставления доступной и эффективной медицинской помощи на необходимом качественном уровне.