

*Рената Николаевна ДЕВКИНА —
ассистент кафедры
банковского и страхового дела
финансового факультета*

УДК 336.233.2

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В УСЛОВИЯХ РЫНКА

АННОТАЦИЯ. Жесткая ограниченность ресурсов российской системы здравоохранения требует их экономичного расходования и привлечения дополнительных средств. Не менее важны повышение результативности лечения, применение современных медицинских технологий, защита интересов пациента. Попыткой решить эти задачи стало формирование системы обязательного медицинского страхования (ОМС), потенциальные возможности которой, к сожалению, до конца не реализованы.

The scarcity of the Russian health system monetary resources demands their economic expenditure as well as the attraction of additional sources. Other items of utmost importance are the effectiveness of medical treatment, the implementation of modern technologies and patient rights.

The formation of a system of obligatory medical insurance (OMI) is an attempt at solving of these problems.

Экономические реформы, проводимые в нашей стране, привели к тому, что рыночные отношения внедряются во все сферы народного хозяйства, в том числе и в систему здравоохранения. С одной стороны, никто не отменял конституционно закрепленное право граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи, с другой — это право в условиях финансово-экономического кризиса становилось все более трудно достижимой задачей.

Известно, что в большинстве развитых стран мира медицинское обслуживание превратилось в мощную индустрию здоровья, в которую общество вкладывает крупные национальные ресурсы. Только за последнюю четверть века в экономически развитых странах доля расходов от валового внутреннего продукта на развитие здравоохранения возросла с 4 до 8 %, а в США даже превысила 12%. В России расходы на здравоохранение не превышали 3-4% от величины ВВП, что не позволяло даже в период относительно стабильной экономики организовать качественное медицинское обслуживание населения [3].

Здравоохранение в разных странах действует в различных формах, определяемых, прежде всего, порядком его финансирования. В зависимости от источников финансирования затрат на оказание медицинской помощи можно выделить три модели организации системы здравоохранения. Первая модель основана на полном бюджетном финансировании всех затрат, когда практически единственной формой существования здравоохранения является государственное обеспечение. Вторая модель — это платная или частная медицина, финансируемая за счет средств отдельных лиц, предпринимателей, хозяйствующих субъектов. Третья модель предусматривает оплату затрат на оказание медицинской помощи за счет специально созданного страхового фонда. При этом последние две модели чаще всего сочетаются, дополняя друг друга, и государственная политика определяет преимущественную долю тех или иных источников, направляемых в сферу здравоохранения. Например, в Великобритании основу финансирования здравоохранения составляют средства го-



сударственного бюджета, за счет которого покрывается 87 % расходов на медицинскую помощь населению, но помимо этого существует и частная медицина. Преимущественно на базе частных медицинских учреждений развивается здравоохранение в США, Германии.

При этом хотелось бы отметить, что независимо от модели организации и финансирования здравоохранения есть ряд направлений в медицине, расходы по которым полностью или частично покрываются за счет средств бюджета. Это, прежде всего, проведение научных исследований и разработок в области медицины. Затем финансирование медицинского обслуживания пенсионеров, малоимущих и различных категорий государственных служащих. Например, в США созданы государственные программы медицинской помощи для лиц с низким социальным доходом и безработных — «Медикэйд», и для пожилых лиц — «Медикер». В системе «Медикэйд» основные расходы возлагаются на штаты и местные органы, федеральное правительство возмещает им половину расходов на госпитализацию и амбулаторную помощь. Система «Медикер», созданная для пенсионеров старше 65 лет, финансируется за счет налогов на предпринимателей и на работающих.

Основными недостатками бюджетного (остаточного) метода финансирования здравоохранения в нашей стране были: размытость, безадресность и неэффективность использования и без того малых средств, направляемых на здравоохранение, что в условиях рынка не допустимо. Данный механизм финансирования и оплаты труда в национальном хозяйстве «продуцировал» больных и не заинтересовывал работодателей, медиков и население в сохранении здоровья и здоровом образе жизни. Не все граждане имели доступ к квалифицированной и качественной медицинской помощи.

Реальным шагом на пути реформирования здравоохранения стал переход к страховой медицине, как способу финансирования отрасли, принципиально отличающемуся от прежнего бюджетного. В качестве дополнительных источников было решено привлечь, прежде всего, средства предприятий, учреждений и организаций. Для достижения адресности направляемых на нужды здравоохранения средств был применен страховой метод концентрации этих средств и их распределения. При этом финансирование затрат на медицинское обслуживание населения было решено осуществлять через систему медицинского страхования.

При этом основу стало составлять обязательное медицинское страхование (ОМС), способное обеспечить медицинской помощью каждого гражданина на одинаковом уровне. Добровольное медицинское страхование является только дополнением к обязательному медицинскому страхованию.

Фактически медицинское страхование в России стало активно внедряться в 1993 г. с внесением поправок в закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 1991 г. В итоге, анализируя почти 8 лет реализации закона и развития бюджетно-страховой медицины, можно сказать, что в стране сложилась система обязательного медицинского страхования с ее адресным финансово-экономическим механизмом, что позволило в сложных условиях перехода к рынку сформировать независимый от бюджетной конъюнктуры стабильный источник финансирования медицинской помощи. Таким образом, на современном этапе в РФ, выделяются следующие источники финансирования организаций здравоохранения, оказывающих лечебные услуги:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства, направляемые на ОМС;
- средства, направляемые на добровольное медицинское страхование (ДМС);
- иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

При этом возникшая на макроэкономическом уровне еще при бюджетной системе здравоохранения проблема финансового дефицита не только не разрешилась, но



и усугубилась. Этому в значительной степени способствовало то, что предлагаемая базовая программа обязательного медицинского страхования, включающая перечень бесплатных медицинских услуг, не имеет финансовой оценки, тариф платежей в фонды ОМС не имеет расчетного обоснования (в том числе актуарного). К тому же надо добавить, что нет попыток сбалансировать расходы и доходы системы ОМС: не повышаются тарифы ОМС, не согласуется объем услуг по базовой программе с реальными доходами ОМС. До сих пор сохраняется отношение к здравоохранению как к непроизводственной сфере, финансирующейся по остаточному принципу, т. е. исходя из финансовых возможностей, когда за основу расчета берутся не реальные затраты, а объем собранных средств.

Другое неправильное решение — это то, что базовая программа ОМС устанавливается центром (Федерацией), а выполняется в регионах. Нет привязки ее объема к возможностям регионов (регионы вправе только увеличить объем услуг в своих территориальных программах ОМС) и нет централизованного ее финансирования — это означает одно: программа ОМС в принципе невыполнима во многих регионах.

В результате за последние годы в России увеличился объем платных услуг в лечебных учреждениях, произошло ухудшение состояния здоровья населения. Выход из сложившейся ситуации видится в следующем: во-первых, нельзя отказываться вообще и от платной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Она должна быть обязательным составным элементом их деятельности, так как в общем объеме оказываемых медицинских услуг населению составляет не менее половины.

Во-вторых, в настоящее время 30 % всех расходов на здравоохранение оплачивается из фондов ОМС, оставшиеся 20% — это бюджетные средства, отличающиеся несвоевременным и не в полном объеме выделением (около 70% потребностей) [1]. Очевидна необходимость увеличения выплат на ОМС и изменения принципов составления территориальных программ ОМС, которые должны быть адаптированы к условиям региона (площадь, население, экологическая обстановка, развитие промышленной и аграрной сферы, состав контингентов лиц, финансируемых за счет местных бюджетов, и характеристика здравоохранения территории). Изучение перечисленных параметров позволит исчислить стоимость обязательного медицинского страхования и, в случае необходимости, определить объем дотации из Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В-третьих, частично финансовые проблемы порождены четко не определенными в законодательстве отношениями ОМС и местных бюджетов по поводу платежей на неработающее население. Сегодня размер платежа за одного неработающего в среднем составляет 1/3 взноса на одного работающего, т. е. основная нагрузка по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования ложится на предприятия и организации. Здесь налицо другой системный просчет: не удалось разработать процедуру выдачи полиса, в рамках которой регулярно подтверждались бы обязательства местного бюджета по страховым платежам на неработающее население и связь этих обязательств с возможным объемом «бесплатных» медицинских услуг.

И, в-четвертых, несмотря на то, что созданная система ОМС за время своего существования показала свою актуальность и возможность улучшить качество медицинского обслуживания для каждого гражданина, не прекращаются попытки ее ликвидации. Наибольшее неприятие со стороны противников ОМС вызывают страховые организации, которые являются достаточно независимыми, постоянно напоминают о необходимости соблюдения интересов медицинских учреждений и пациентов. В связи с этим в Государственную Думу был внесен очередной проект Закона



«О внесении изменений в Закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». Главная поправка заключается в следующем: страховые компании должны быть исключены из системы обязательного медицинского страхования.

К чему же реально это может привести ?

- К разрушению действующей системы обязательного медицинского страхования и потребует разработки новой нормативной базы, новой системы взаимодействия субъектов здравоохранения.

Таким образом, придется признать напрасными все затраты государства (на формирование системы ОМС, выдачу полисов, защиту прав застрахованных, обучение персонала медицинских учреждений) и приступить к организации системы заново, что неизбежно повлечет как дополнительные единовременные затраты, так и рост текущих затрат.

- К возникновению «монополии» фондов ОМС на рынке обязательного медицинского страхования, причем доступ к информации о качестве выполняемой фондами работы, обоснованности расходования средств, финансовом состоянии будет фактически закрыт для других участников системы.

- К возврату централизованного распределения «бюджетных» средств в системе здравоохранения, так как фонды обязательного медицинского страхования, которыми предполагается заменить страховщиков, не являются страховыми организациями, их деятельность не имеет ничего общего со страхованием. Таким образом, при передаче функций страховых организаций в фонды ОМС произойдет возврат к прежней неэффективной системе финансирования медицинской помощи, только вместо финансовых подразделений органов управления здравоохранением окажутся фонды обязательного медицинского «страхования».

- В условиях дефицита и нестабильности финансирования здравоохранения страховщик, осуществляющий одновременно ОМС и ДМС, может подобрать удобную для клиента и выгодную для медицинского учреждения форму организации и оплаты лечения. Оптимальное сочетание возможностей систем обязательного и добровольного медицинского страхования — прерогатива страховой организации. Фонд ОМС данные функции выполнять не сможет.

Прежде чем говорить о полной ликвидации системы обязательного медицинского страхования, следует вспомнить о том, что такое государственное управление, бюджетное финансирование здравоохранения. Поэтому сейчас самое главное — сохранить достигнутое, не разрушая действующую систему финансового обеспечения здравоохранения. Ведь система обязательного медицинского страхования, основанная на персональном учете всей информации, способствует более эффективному использованию имеющихся финансовых ресурсов ОМС, и при условии полной реализации ее потенциальных возможностей может быть создана система оказания медицинской помощи, максимально обеспечивающая государственные гарантии населению в условиях дефицита финансовых средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабашова Н. Я., Дятченко О. Т., Мерабишвили В. М. Состояние страховой медицины в России // Вопросы онкологии. 2000. Т. 46. № 1. С. 7-17.
2. Кравченко Н. А., Поляков И. В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. С. 392.
3. Стародубов В. И., Таранов А. М., Гончаренко В. Л. и др. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях. М.: Федеральный фонд ОМС, 1999. С. 320.