

вопрос о знаниях и умениях, необходимых для жизни в условиях «цивилизованной» предпринимательской деятельности людей, профессионально подготовленных для нее.

Помощь в решении проблем становления предпринимательских профессий со стороны социологической науки состоит не только в проведении эмпирических исследований, характеризующих состояние и тенденции изменения данного профессионального и социального слоя. Необходимо выявить и исследовать механизмы, оптимизирующие формирование цивилизованного предпринимательства в России, чему способствует анализ его проблем с позиций института профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма // Вебер М. Избранные произведения. Пер. с нем. М.: Прогресс, 1990. 344 с.
2. Данишевская Г. А. Самостоятельные работники в Великобритании // СоцИс. 1992. № 9. С. 124-133.
3. Заславская Т. И. Бизнес-слой российского общества: сущность, структура, статус // СоцИс. 1995. № 3. С. 3-11.
4. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. Пер. с англ. М.: Дело, 1992. 702 с.
5. Модель И. М., Модель Б. С. Предприниматель: культура богатства. Екатеринбург: УрО РАН, 1996. 192 с.
6. Перепелкин О. В. Российский предприниматель: штрихи к социальному портрету. // СоцИс. 1995. № 2. С. 35-40.
7. Радаев В. В. Экономическая социология. Курс лекций: Учебное пособие. М.: Аспект Пресс, 1997. 368 с.
8. Сборник статистических материалов. М.: Финансы и статистика, 1989. 318 с.
9. Смольков В. Г. Предпринимательство как особый вид деятельности. // СоцИс. 1994. № 2. С. 15-22.
10. Столярова И. Е. Профессиональная направленность студентов вузов: опыт всесоюзного опроса // СоцИс. 1992. № 3. С. 77-84.

*Сергей Геннадьевич СИМОНОВ —
заведующий кафедрой экономической
теории Тюменского государственного
нефтегазового университета,
доктор социологических наук, профессор*
*Владимир Петрович ЗВЯГИН —
директор Урайского межрайонного
филиала Ханты—Мансийского окружного
фонда обязательного медицинского
страхования*

УДК 369.22 (571.12)

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

АННОТАЦИЯ. В статье рассмотрены сущность, формирование и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Ханты-Мансийском автономном округе. Приведены результаты социологического мониторинга населения региона.

The article covers the essence, formation and the development prospects for compulsory medical insurance in Khanti-Mansi autonomous okrug. The results of sociological monitoring of the population in the area are given.

Обязательное медицинское страхование — главное направление развития системы охраны здоровья населения Российской Федерации в новых экономических условиях. Радикальные экономические реформы в сфере охраны здоровья населения базируются на принципах обязательного медицинского страхования, на изменении источников финансирования, на переносе части расходов на здравоохранение из государственного бюджета на себестоимость продукции и услуг, тем самым устраняя остаточный принцип финансирования здравоохранения.

Начавшиеся 10 лет назад процессы обновления общества затронули социальную сферу, в том числе и здравоохранение. Внедрение рыночных отношений, переход к новым методам управления и хозяйствования предусматривались Законом «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятым еще в 1991 году. Реализация его положений по обязательному медицинскому страхованию началась два года спустя.

Система обязательного медицинского страхования развивается в России уже более шести лет и является частью государственной системы социального страхования, то есть, по сути, это особая организационно-правовая форма социальной защиты граждан, необходимость в которой давно назрела. В условиях перехода экономики страны к рыночным отношениям обязательное медицинское страхование призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения.

Все граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие постоянно на территории РФ, подлежат обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии с Законом Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в основе обязательного медицинского страхования лежат следующие основные организационно-экономические и правовые принципы:

— **Всеобщий и обязательный характер.** Все граждане, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода, имеют право на бесплатное получение медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС. Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, распространяются на всех взрослых граждан с момента заключения с ними трудового договора по месту работы, неработающих взрослых граждан, состоящих в установленном порядке на учете в качестве безработных в центрах занятости, а также детей.

— **Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи.** Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС, имеющие в своих регионах филиалы, как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. В основные функции фондов обязательного медицинского страхования входят аккумуляция страховых платежей (по учету и контролю страховых взносов, взысканию штрафных санкций, фонды ОМС приравнены к налоговым органам), финансирование страховых медицинских организаций и учреждений здравоохранения, организация контроля за целевым и рациональным использованием средств ОМС.

— *Общественная солидарность и социальная справедливость.* Все граждане имеют равные права на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования. Страховые платежи на ОМС перечисляются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью по принципу «здоровый платит за больного». Объемы предоставляемых услуг не зависят от абсолютного размера взносов на обязательное медицинское страхование. Граждане с различным уровнем дохода и с различным объемом начисления на заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу ОМС (по принципу «богатый платит за бедного»).

О необходимости внедрения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации говорит тот факт, что система здравоохранения в 1970-80-е годы, как и вся социальная сфера, финансировалась по остаточному принципу. Не было средств на проведение капитальных ремонтов лечебных учреждений, не говоря уже о строительстве новых зданий больниц и поликлиник, катастрофически не хватало средств на приобретение лекарственных средств как для больниц, так и для аптек, чтобы закупать медикаменты для отпуска льготной категории населения, медицинское оборудование безнадежно устаревало, у граждан не было права выбора врача (как правило, в поликлинике граждане могли обратиться только к участковому терапевту), больные не получали той качественной медицинской помощи, которую им обязаны были оказать врачи, а также не могли предъявить свои претензии к качеству лечения. Да и к кому они могли обратиться с жалобами — к главному врачу той же больницы, где проводилось лечение? В управление здравоохранения, которое финансирует данную больницу? Как правило, рассмотрение подобных заявлений никогда не доходило до логического конца, не говоря уже о каком-либо возмещении ущерба.

Принятый закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» призван в корне изменить отношение как лечебного персонала, так и пациентов к проблемам здравоохранения.

Поскольку российская модель обязательного медицинского страхования бюджетно-страховая, законом планировалось направлять средства ОМС на здравоохранение сверх бюджетного финансирования, на дополнительное его развитие и стимулирование медицинских работников. За шесть лет системой обязательного медицинского страхования в лечебные учреждения России было направлено более 100 миллиардов денонмированных рублей. Другими словами, средства, собранные по ОМС, составили примерно 30% от общих расходов на здравоохранение. Но такие пропорции сложились в среднем. В некоторых так называемых депрессивных регионах обязательное медицинское страхование является практически единственным источником финансирования здравоохранения. Поскольку местные бюджеты пусты, то из них не выделяются средства на ремонт лечебных учреждений, закупку медицинского оборудования, даже средства на оплату труда месяцами не перечисляются.

Средства, которые аккумулирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования, направляются согласно подушевым нормативам в филиалы территориального фонда. При таком распределении реализуется государственная политика равных возможностей получения медицинской помощи каждым жителем страны.

Как это ни парадоксально, но одним из факторов, препятствующих введению обязательного медицинского страхования на этапе его внедрения в 1993—95 годах, явилась стойкая оппозиция медицинских работников, а точнее, нежелание ведомства здравоохранения отказываться от единоличного контроля за качеством медицинской помощи, чтобы этот контроль стал вневедомственным. Те территории, которые начали по-настоящему работать с экспертами страховых компаний, почувствовали это. В средствах массовой информации тех лет даже было заявлено о возможной забастовке медицинских работников против введения медицинского страхования. А когда разобрались, в основе оказалось нежелание раскрыть всему миру низкое качество медицинской помощи, которое может повлечь за собой разделение на профессионалов и непрофессионалов, и армию безработных из последних. При этом опять забыли о населении, продолжаем его губить, о чем говорят цифры: только по Санкт-Петербургу у 50% умерших людей не был при жизни поставлен диагноз, приведший к смерти. Половина всех смертей молодых женщин при родах и абортах связана с низкой квалификацией врачей. Прекрасно осознавая эту ситуацию, медицинские ведомства старались не исправить ее, а скрыть.

Проблемам качества оказываемой населению медицинской помощи посвящены многие всероссийские семинары работников здравоохранения. Отдельные подходы к решению этой проблемы неоднократно обсуждались в столице, Новгороде, Чебоксарах, Нижневартковске, Ярославле и в ряде других территорий. Совместными усилиями целенаправленно формируется групповое мышление, преследующее провозглашенную Всемирной организацией здравоохранения благую цель — обеспечить здоровье всех жителей Земли.

К сожалению, здоровье россиян с каждым годом ухудшается. Заболеваемость по многим нозологиям неуклонно возрастает. В 1998 году уровень временной нетрудоспособности составил 860 дней на 100 работающих, рост ее наблюдался в 55 регионах. Год от года отрасли все сложнее обеспечить рядовому гражданину продекларированное право равного доступа к качественным медицинским услугам. Причина — в выраженном кризисе финансирования здравоохранения и в глубинных проблемах организации медицинской помощи и контроля за ее качеством на всех уровнях.

Основа основ — законодательно-нормативная база управления качеством оказания медицинской помощи — устарела, и не отражает современных реалий. Совместный приказ Министерства здравоохранения и Федерального фонда ОМС № 363/77 архаичен. За последние годы увидели свет новые Гражданский и Уголовный кодексы, изменилось процессуальное законодательство. В итоге нормативная база вошла в противоречие с законом и требует пересмотра.

Между Минздравом Российской Федерации, Федеральным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, лечебно-профилактическими учреждениями нет должной согласованности в представлениях о качестве медицинской помощи. Десять российских территорий вообще не проводят экспертизу качества в системе обязательного медицинского страхования. Это касается республик Марий Эл, Карачаево-Черкесской, Кабардино-Балкарской, Коми-Пермяцкого, Эвенкийского, Таймырского, Корякского автономных округов. Смоленской и Кировской области. До сих пор не разработана методика оценки качества медицинской помощи на федеральном уровне.

Многие территории разработали собственные стандарты по экспертизе качества предоставляемой медицинской помощи. В Ханты-Мансийском автономном округе также есть собственные стандарты, апробированные в различных страховых медицинских компаниях и лечебных учреждениях. Однако назрела необходимость разработки федеральных стандартов качества медицинской помощи, причем это должна быть иерархическая система, посредством которой можно наладить эффективное управление отраслью. Кроме ведомственной и вневедомственной системы контроля качества нужен институт независимой медицинской экспертизы и, конечно, создание некоего центра по качеству медицинской помощи (возможно, на базе одного из отделов Минздрава), который будет призван координировать работу и устанавливать федеральные стандарты.

Средства обязательного медицинского страхования формируются в основном из двух источников: страховых взносов (платежей) работодателей, начисляемых на фонд заработной платы работников, и средств местных администраций, перечисляемых за неработающее население (пенсионеров, инвалидов, детей, учащихся, зарегистрированных в установленном порядке безработных граждан).

Фактически платежи за работающее и неработающее население поступают только из одного источника — платежей работодателей, пени и штрафов за просрочку платежей. Администрации территорий, в связи с отсутствием средств в бюджетах и рядом других причин, освобождаются от перечисления страховых взносов на неработающее население. В связи с этим у авторов сформировалось убеждение о необходимости внедрения нового методологического подхода к формированию средств за застрахованное неработающее население.

В настоящее время страховщиками за неработающее население являются администрации городов, районов, поселковых советов и так далее. У каждой территории свои экономические, социальные, демографические и другие условия, при которых осуществляется местное самоуправление, свои главы администраций, зачастую непрофессионалы, выбранные населением на основе местнических сиюминутных амбиций. В результате многие главы администраций используют бюджетные средства на цели, обещанные населению в ходе предвыборных кампаний, не считаясь с реалиями, а бывает, что средства направляются не по назначению, в результате чего страдает социальная сфера, в частности здравоохранение.

Но большинство этих же территорий являются дотационными, и при утверждении бюджета на следующий год они включают в статью расходов страховые платежи на неработающее население, и комитет по финансам администрации Ханты-Мансийского округа, согласно Закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», утверждает представленные цифры расходов, согласно статистическому отчету по количеству неработающего населения на данной территории. Причем утвержденные средства могут входить в состав субвенций, ежегодно предоставляемых округом для дотационных регионов.

Подобная ситуация характерна не только для Ханты-Мансийского автономного округа, но и для других регионов, в частности Тюменской области.

Итак, наши предложения сводятся к следующему: страховщиком для неработающего населения должен являться глава администрации (губернатор) автономного образования, области, края, но никак не глава администрации города, района, поссовета. Администрация, к примеру, Ханты-Ман-

сийского округа заключает договор страхования с какой-либо одной страховой медицинской компанией, работающей в системе обязательного медицинского страхования и имеющей филиалы во всех населенных пунктах округа, на *все неработающее население округа*. Средства в виде страховых платежей будут перечисляться из одного источника — комитета по финансам окружной администрации — напрямую в Ханты-Мансийский территориальный фонда ОМС, минуя филиалы, а затем перераспределяться по территориям согласно подушевым нормативам. Данные страховые платежи будут перечисляться за счет выделяемых депрессивным регионам субвенций. Закон при этом не будет нарушен.

При такой модели страхования неработающего населения резко возрастут поступления страховых платежей и появится реальная возможность укрепления материально-технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений, приобретения качественного медицинского оборудования, расходных материалов и медикаментов, появится возможность осуществления доплаты к основной заработной плате медицинских работников, работающих в системе ОМС, направления средств по целевым программам и формирования резервов превентивных мероприятий на случай эпидемических ситуаций. В решении проблем перспектив развития ОМС в регионе видное место занимает разработка социологического мониторинга.

Авторами данной статьи проведен ряд социологических исследований на территории Ханты-Мансийского округа, городов Тюмени, Урая, Кондинского района. Различные виды анкет были предложены разным категориям населения: студентам вузов, медицинским работникам, пенсионерам, а также проведены интервью с гражданами, обратившимися на прием в поликлиники. Опрашиваемым были предложены вопросы, связанные с самооценкой состояния здоровья, системой обязательного медицинского страхования, качеством медицинских услуг как на территории проживания, так и за ее пределами, свободой выбора лечащего врача, с дополнительной оплатой предоставленных медицинских услуг. Также опрошены были врачи, эксперты лечебно-профилактических учреждений г. Урая и Кондинского района по оценке состояния медицинского обслуживания и хода реформирования системы здравоохранения. Некоторые данные социологического мониторинга предлагаются вниманию читателя.

Результаты самооценки населением состояния здоровья, безусловно, носят субъективный характер и не могут являться основанием для научных выводов о состоянии здоровья. Самооценка собственного здоровья зависит от многих факторов. Нельзя не учитывать индивидуальных психологических особенностей, таких как мнительность человека, самочувствие на момент опроса, степень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания, информированность о результатах проведенных медицинских анализов, состояние здоровья близких родственников и окружающих людей.

Мнительный человек при каждом симптоме того или иного заболевания склонен расценивать свое состояние как неудовлетворительное, любую легкую простуду рассматривает как катастрофу. И, наоборот, оптимист, пережив кардиохирургическую операцию, оценивает свое состояние здоровья как хорошее.

Если человек в момент опроса чувствует себя хорошо, то все болезни, случившиеся с ним в прошлом, забываются, и он оценивает свое состояние здоровья как хорошее. Но когда человек чувствует недомогание, даже если

он находится в прекрасной физической форме и раньше ничем, кроме острых респираторных заболеваний, не болел, резко увеличивается шанс неудовлетворительной самооценки собственного здоровья.

**Самооценка состояния здоровья населения в зависимости от возраста и пола
(в % к общему числу опрошенных)**

Пол и возраст	Самооценка здоровья			
	хорошее	удовлетворительное	неудовлетворительное	затруднились ответить
Мужчины: 18-34 лет	39	44	15	2
35-49	12	60	18	10
50-64	14	45	30	11
старше 65	12	38	39	11
Женщины: 18-34 лет	32	39	18	11
35-49	9	51	26	14
50-64	19	50	21	10
старше 65	15	42	37	6
Все население:	19	46,5	25,5	9,4

Результаты этих данных позволяют утверждать, что мужчины в расцвете работоспособного возраста с большим оптимизмом, чем женщины, оценивают свое состояние здоровья. Эти данные подтверждают субъективность самооценок, так как реально состояние здоровья женщин в трудоспособном возрасте не хуже состояния здоровья мужчин.

Женщины старше 50 лет оценивают состояние своего здоровья гораздо выше, чем мужчины аналогичной возрастной категории, и это подтверждается данными по Российской Федерации: в среднем продолжительность жизни женщин больше, чем продолжительность жизни мужчин, на 13 лет.

Чем старше возрастная группа, тем ниже уровень самооценки состояния здоровья. По самооценке «неудовлетворительно» процент каждые 15 лет увеличивается примерно в равной пропорции, исключение составляет возрастная категория женщин от 50 до 64 лет, что можно отнести к субъективным факторам.

По данным, приведенным в таблице, оценили собственное здоровье как хорошее 19% респондентов, как удовлетворительное — 46,5%, как неудовлетворительное — 25,5%, не смогли дать самооценку 9,4% опрошенных. Данные социологического мониторинга с учетом демографических особенностей позволяют сделать вывод об ухудшении состояния здоровья населения по сравнению с 1995 годом, когда самооценку здоровья «хорошее» дали 23% от общего числа респондентов, «удовлетворительное» — 63%, «неудовлетворительное» — 12%. Как видим по таблице, процент удовлетворительных оценок снизился, а неудовлетворительных — возрос.

На вопрос: «Как часто Вы обращаетесь за получением медицинских услуг в лечебно-профилактические учреждения?» — ответы распределились следующим образом: ежемесячно — 10,5%, один раз в полгода — 25,2%, один раз в год — 23,7%, не каждый год — 33%, не помню, когда обращался в последний раз — 7,5%.

При сопоставлении частоты обращений за получением медицинской помощи с самооценками состояния здоровья напрашивается вывод, характеризующий зависимость частоты обращений от состояния здоровья.

**Зависимость частоты обращений за медицинскими услугами
от самооценки состояния здоровья (в % от общего числа опрошенных)**

Частота обращений в лечебно- профилактические учреждения	Самооценка здоровья			
	хорошее	удовлетвори- тельное	неудовлетвори- тельное	затруднились ответить
Ежемесячно	3	5	24	10
Один раз в полгода	14	32	34	21
Один раз в год	26	28	16	25
Не каждый год	52	26	17	37
Не помню, когда обращался в последний раз	5	9	9	7
Итого: все население:	19	46,5	25,5	9.4

Следует обратить внимание, что при неудовлетворительной самооценке здоровья 16% опрошенных граждан обращаются за оказанием медицинской помощи не более одного раза в год. Это говорит о том, что респонденты преувеличивают оценку собственного состояния здоровья как неудовлетворительного или же действительно имеют серьезные заболевания, но не обращаются за оказанием медицинской помощи по причине недоверия к врачебному персоналу.

В ходе социологического мониторинга за период с 1995 по 1998 год установлено, что резко ухудшилось материальное положение медицинского персонала. Ситуация особенно обострилась после августовского кризиса 1998 года. По данным опроса, около половины медицинского персонала высшего и среднего звена получают от пациентов дополнительный доход как за предоставляемые медицинские услуги, так и за услуги по уходу в условиях стационара. Фактически можно констатировать факт нелегального рынка платных услуг. Поэтому необходимо изменить систему оплаты труда медицинского персонала, работающего в системе обязательного медицинского страхования. Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» устанавливает, что средства ОМС являются дополнительными к бюджетному финансированию, но в условиях экономического кризиса практически все администрации территорий при защите бюджетов учитывают предполагаемые поступления средств обязательного медицинского страхования в целом.

Если не решить данную проблему, в самой системе ОМС может сформироваться неформальная система оплаты труда, которая способна привести к полной социальной незащищенности большинства населения.

**Самооценка медицинского персонала о своем материальном положении
(в% к общему числу опрошенных)**

Самооценка материального положения	Врачебный персонал		Среднее звено медработников	
	на 01.01.1996г	на 01.01.1999	на 01.01.1996г	на 01.01.1999
Живу в полном достатке	2	2	-	-
Живу вполне сносно	24	20	2	1
От зарплаты до зарплаты	49	44	60	52
Бедственное положение	25	34	38	47

За три минувших года произошли существенные изменения в самооценке материального благосостояния медицинского персонала, причем изменения коснулись как врачей, так и средний медперсонал.

Если в первые годы внедрения системы обязательного медицинского страхования многие руководители учреждений здравоохранения выражали сомнение в своей достаточной компетентности относительно системы, то теперь эта проблема стоит не так остро. За шесть лет внедрения системы ОМС проводилось достаточное количество семинаров, конференций, курсов повышения квалификации. Но это факт не означает полной информированности. Многие главные врачи районных, поселковых больниц и даже городских лечебно-профилактических учреждений затрудняются в ответах на вопросы, касающиеся прав граждан — потребителей медицинских услуг, прав и обязанностей страховых медицинских компаний, функций территориальных фондов ОМС и их филиалов, объема программы обязательного медицинского страхования, и т. д.

Опыт работы в системе ОМС снял многие вопросы в рамках реальной практики. Теперь некоторые и лечебно-профилактические учреждения, и страховые медицинские компании под системой ОМС понимают то, что реально сложилось за эти годы, а не то, что предполагалось. Лишь в тех регионах, где организационно-финансовая модель максимально приближена к законодательной (в частности Тюменская область), дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования предопределено. Но в социально-политических и экономических условиях нашей страны, когда приближаются сроки выборов депутатов в Государственную думу, поведение отдельных депутатов и фракций в Государственной думе может быть непредсказуемым. Уже несколько раз выносились на обсуждение вопросы о ликвидации фондов обязательного медицинского страхования, о передаче полномочий по сбору страховых платежей налоговой инспекции, о слиянии фонда социального страхования с фондом обязательного медицинского страхования и создании единого «фонда медико-социального страхования», и другие. Подобное лоббирование некоторыми депутатами данных проблем приведет в конечном результате к свертыванию реформ в системе здравоохранения. Поэтому правомочно поставить вопрос и обезопасить развитие системы обязательного медицинского страхования путем разработки и принятия закона автономных образований: Тюменской области, Ханты-Мансийского автономного округа, Ямало-Ненецкого автономного округа «О территориальном фонде обязательного медицинского страхования», утвердив этим региональную политику в сфере реформирования системы здравоохранения.

Переход к системе обязательного медицинского страхования в России еще полностью не закончен. Сроки завершения перехода и качество зависят от социально-политической и экономической ситуации в стране. Необходимо значительно усовершенствовать законодательную базу, улучшить организационную и методическую работу органов управления здравоохранением и фондов ОМС, повысить материальную заинтересованность медицинского персонала, усилить пропаганду развития реформ в здравоохранении.