

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Е.А. Пехтерева

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ОПЫТ ДРУГИХ СТРАН

В настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами в области обеспечения здоровья населения, имеющими глобальный характер.

В широком смысле система здравоохранения объединяет следующие понятия:

- все виды деятельности, главная цель которых состоит в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья;
- меры, непосредственно направленные на обеспечение здоровья и лечение болезни, т.е. система оказания медицинских услуг;
- более широкие меры, направленные на поддержание здоровья, например здоровый образ жизни, охрана окружающей среды;
- некоторые виды деятельности и услуги, которые не имеют первоначальной целью обеспечение здоровья, но оказывают на него существенное косвенное влияние, например образование или жилье.

Таким образом, понимание того, что представляет собой система здравоохранения, может быть различным. Однако чаще всего речь идет о медицинской помощи. Как бы ни рассматривалась система здравоохранения – более узко или более широко, оказание медицинской помощи составляет ее основу. Традиционно Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20%,

отдавая решающую роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и т.д. Однако в последнее время появились исследования, которые показывают, что роль медицинской помощи, ее возможности в связи с развитием новых технологий больше. В связи с этим появилось понятие «смертность, которую можно избежать» (*avoidable mortality*). Это очень важно, так как обеспечение доступа к медицинской помощи – своевременно и качественно – это задача, которая поддается управлению со стороны государства, в то время как другие включают сферу личной жизни человека, на которую влиять гораздо сложнее. Обеспечение доступа к медицинской помощи вместе с развитием системы здравоохранения стало задачей не только социальной, но и политической.

Принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение:

- права на охрану здоровья;
- возможности гражданам получить достойную медицинскую помощь качественно и своевременно (17).

Системы здравоохранения в зарубежных странах

Существует множество классификаций систем здравоохранения, однако, как правило, эксперты сводят их к трем классическим моделям:

- 1) модель Бисмарка (немецкая),
- 2) модель Бевериджа (английская),
- 3) модель Семашко (советская).

В настоящее время системы здравоохранения развитых стран строго не укладываются ни в одну из этих моделей. Современные системы здравоохранения стали, по сути, настолько гибридными, что порой трудно сказать, какая модель взята за основу.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в свою очередь выделяет три вида моделей систем здравоохранения: государственную (бюджетную), социально-страховую и рыночную (частную). В разных странах могут встречаться признаки как одной, так и другой систем здравоохранения.

Характерными особенностями государственной модели являются: бесплатность медицинских услуг, их финансирование из государственного бюджета, государственная монополия на поставку медицинских услуг и управление системой здравоохранения. Недостаток этой модели – ее неэффективность: она дорого обходится государству и в конечном итоге требует повышения на-

логов. С учетом тенденции старения населения, развития медицинской науки и внедрения новых, иногда очень дорогостоящих способов лечения возрастает необходимость увеличения расходов на здравоохранение практически во всех странах. Государственная система не в состоянии полностью нести все расходы. Кроме того, государственная система здравоохранения сопряжена с ограниченностью выбора лечащих врачей и лечебно-поликлинических учреждений (ЛПУ) для пациентов; большими очередями; неравенством в получении медицинской помощи в зависимости от социального положения и места проживания; ограничением нововведений и бюрократизмом (5).

Государственная модель существовала в СССР и странах бывшего Восточного блока до 1991 г. Она была разработана первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко. Модель была нацелена на профилактику заболеваний и доступность медицинских услуг населению. Система Семашко – советская модель здравоохранения, хотя и подвергается сегодня справедливой критике, в свое время была действительно передовой. Только централизованная государственная медицина могла эффективно справиться с массовыми эпидемиями, охватившими страну после 1917 г. За 1926–1972 гг. средняя продолжительность жизни в СССР увеличилась на 26 лет. Показательно, что в 1978 г. ВОЗ на конференции в Алма-Ате рекомендовала изучать опыт модели Семашко и использовать отдельные ее элементы другим странам. В настоящее время по модели Семашко действует система здравоохранения на Кубе.

Системе Семашко оказалась близка по характеру так называемая система Бевериджа. Она названа именем лорда Уильяма Бевериджа, который во время Второй мировой войны по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции Великобритании. С 1945 г. там начала формироваться система социальной защиты, включающая предоставление государственных гарантий для населения, установление обязанности работодателя обеспечить социальное страхование наемных работников с их частичным участием, а также предусматривающая обязанности работника по дополнительному личному страхованию. Обеспечивались базовые условия жизнедеятельности – государственное (бесплатное) здравоохранение, равные возможности семьям в воспитании детей (пособия на детей) и т.п.

Оплата работы врачей в соответствии с системой Бевериджа формировалась в зависимости от количества зарегистрированных

пациентов, их пола, возраста и социального статуса. Для престарелых, детей до четырех лет, женщин фертильного возраста и жителей бедных районов предусматривались более высокие выплаты. Подушевая оплата включала и средства для стационарного лечения, что позволяло избежать необоснованной госпитализации, когда лечение в домашних условиях эффективнее и дешевле. Основной принцип оплаты – деньги следуют за пациентом – оставлял пациентам право свободного выбора врача, а сумма гонорара зависела от числа пациентов (5).

Считается, что английская система стимулирует врача общей практики своевременно проводить профилактическую работу: это дешевле, чем бороться с последствиями развившейся болезни.

Однако расчет Бевериджа на то, что бесплатная государственная медицина позволит не только лучше лечить пациентов, но и приведет к снижению расходов на здравоохранение, не оправдался. Расходы, наоборот, увеличились в несколько раз. Требования пациентов к здравоохранению возросли, как только стало очевидным, что за лечение пациенту не нужно платить. Врачей стали вызывать на дом, порой без малейшей необходимости. Врачи начали формировать спрос и предложение в абсолютно нерегулируемых условиях: нередко у людей со здоровыми зубами оказывались «запломбированными» 20 зубов, людям с нормальным зрением выписывали очки, а аппендицит начали вырезать повсеместно в профилактических целях.

Все это вынудило правительство Великобритании реформировать систему здравоохранения и ввести регулирующие меры: во-первых, были узаконены так называемые соплатежи, обязывающие пациента оплачивать часть лечения, во-вторых, каждому пациенту назначался лечащий врач общей практики. Это позволило ограничить доступ пациентов к более дорогим узким специалистам и сократить количество госпитализаций, если в этом не было острой необходимости.

Говоря о британском здравоохранении, необходимо упомянуть его основных реформаторов – Маргарет Тэтчер и Тони Блэра. М. Тэтчер провозгласила новую концепцию развития национальной службы здравоохранения и разрешила объединяться на добровольной основе нескольким врачам общей практики в фондодержателей. Большая группа врачей получала от государства годовой бюджет, включающий средства на лечение и профилактику заболеваний, требующих дорогостоящего стационарного лечения и услуг узких специалистов. Теперь единичный случай тяжелого

заболевания не мог разорить группу фондодержателей, так как их общий бюджет снижал риск банкротства. Такой порядок позволяет Англии расходовать в 1,5–2 раза меньше средств при сопоставимом качестве медицинского обслуживания по сравнению с другими развитыми странами. Тони Блэр, убедившись в эффективности этой меры, сделал объединение врачей в крупные группы фондодержателей обязательным.

В современном мире модификации «бевериджской» модели получили распространение в Швеции, Дании, Ирландии, Италии и некоторых других странах. Они взяли за основу регулируемое государственное (бюджетное) здравоохранение, дополнили его элементами страхования здоровья из других источников финансирования: собственных вкладов пациентов и платежей работодателей. Однако бюджетная основа косвенно формируется и из средств, поступающих от сбора налогов. Под чисто государственное обеспечение попадают низкооплачиваемые слои населения, безработные, инвалиды и пенсионеры.

В Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах, Швейцарии и других странах Центральной и Восточной Европы получила распространение так называемая «бисмаркская» модель, при которой ключевую роль играет финансовое участие предпринимателей, выплачивающих обязательные взносы в установленные законом страховые фонды (5; 12).

В истории систем здравоохранения немецкая модель, созданная канцлером Отто фон Бисмарком в 1881 г., стала первой. Она была призвана сохранять здоровье простых рабочих, которые в Германии того времени рассматривались как потенциальные военнослужащие. Были созданы фонды социального страхования, из которых оплачивались расходы на лечение, выдавались пособия по безработице, пенсии и т.п. Постепенно сформировались так называемые больничные кассы. Две трети взносов поступали в них от самих работников и треть от работодателей. Позднее кассы превратились в страховые компании, а взносы работодателей стали основными (12).

Внедренный вначале гонорарный принцип оплаты услуг врачей был заменен на более прогрессивный метод оплаты за услуги в баллах. Первый метод стимулировал назначение излишних и дорогостоящих процедур, второй позволял регулировать расходы на здравоохранение посредством суммы, выплачиваемой врачам за количество заработанных баллов, исходя из результатов лечения.

Эта модель до сих пор служит основой в здравоохранении Германии и многих стран мира (5).

Что касается США, то там система здравоохранения серьезно отличается от всех остальных. В США не существует единой национальной системы медицинского страхования. Конституция США предусматривает государственное обеспечение медицинской помощью только социально незащищенных слоев населения.

Финансирование здравоохранения в США осуществляется за счет нескольких источников: частных расходов (добровольное медицинское страхование – ДМС и личные средства граждан) и средств, подконтрольных государству, идущих на программы государственных гарантий охраны здоровья (федеральный и региональные бюджеты), а также обязательных отчислений предприятий на программы типа Медикэр и Медикейд. Преимуществами американской системы считаются широкий спектр предоставляемых услуг, гарантии специализированной помощи, должное внимание к пациенту, высокое качество условий госпитализации.

Однако несмотря на то что расходы на медицину в США финансируются преимущественно из частных источников, эта модель обладает, по мнению специалистов, сравнительно низкой эффективностью. Расходы на здравоохранение в США стремительно растут и составляют в настоящее время около 15% ВВП (6). При этом средняя продолжительность жизни американцев (77,8 года) ниже, чем у жителей большинства развитых стран (для сравнения: 80,6 – в Швеции и Швейцарии; 80,2 – в Канаде). Кроме того, высокая стоимость полисов ДМС (70% страховых взносов вносит работодатель и 30% – сам работник) приводит к недоступности медицинской помощи для некоторых слоев населения. В настоящее время в США базовая медицинская страховка недоступна для 30 млн. американцев по причине ее высокой стоимости (4). Подробнее об американском здравоохранении см. следующую статью.

В медицинском страховании Канады доминирует система сберегательных счетов медицинского страхования (СССМС), которые формируются из отчислений работодателей и принадлежат работнику. Незрасходованные на лечение средства накапливаются на счете его владельца, что позволяет снижать расходы как работодателя, так и работника в среднем на 20%. Работники могут инвестировать накопленные таким образом средства, а проценты используют для оплаты более дорогих медицинских услуг. Это дает, с одной стороны, возможность капитализации средств рынка медицинских услуг, с другой – эта система дает потребителям

медицинских услуг уверенность в том, что эти отчисления – их собственность. Однако если пациенту понадобится очень дорогостоящее лечение, для его оплаты накопительного счета может не хватить. Государство может произвести дополнительные страховые платежи – от полного до частичного покрытия в зависимости от возраста и состояния здоровья пациента. Эта модель страхования считается экономной, так как заинтересованное участие пациента устраняет излишние затраты.

Канада расходует на здравоохранение 9,5% от ВВП, что в среднем составляет 2500 долл. на человека. Как показал опрос, большинство канадцев рассматривают идею СССМС как рациональную (72%) и как возможность выбирать услуги, соответствующие потребностям (67%), а также как средство повышения ответственности медицинских работников (55%) (12).

Япония в последние годы добилась бесспорных успехов в улучшении здоровья населения. Страховая медицина начала развиваться с 1972 г., и страхование приобрело общенациональный характер. Оно построено по территориальному принципу и охватывает мелких собственников, членов их семей, инвалидов и безработных. Услуги, предоставляемые этим категориям населения, на 70–90% оплачивает государство. Стоимость лечения строго контролируют врачи-консультанты, органы соцобеспечения и Министерство здравоохранения. Предприятия, государство и сами застрахованные формируют три потока страховых средств. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается с четвертого дня заболевания в сумме 60% от заработка. В среднем на здравоохранение Япония тратит 6,6% от ВВП, при этом акцент делается на профилактику заболеваний.

В соответствии с источником финансирования систем здравоохранения их классифицируют следующим образом:

- системы здравоохранения, финансирование которых преимущественно основано на общем налогообложении. Подобная система существует в Скандинавских странах, Ирландии, Великобритании и странах Южной Европы (Греция, Испания, Италия, Португалия). В этих странах признается роль государственного сектора как основного источника финансирования, что позволяет обеспечить всеобщий доступ населения к службам здравоохранения. Сторону потребителей медицинских услуг представляют органы охраны общественного здоровья;
- системы здравоохранения, основным источником финансирования которых является социальное страхование. При таких

системах (Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Франция, Швейцария) государство осуществляет строгий контроль либо с целью сдерживания расходов (например, путем установления максимальных страховых взносов), либо обеспечения большей степени равенства и солидарности. Роль потребителей медицинских услуг выполняют страховые компании;

- системы здравоохранения, основанные на социальном страховании, основным источником финансирования которых является налог, взимаемый с работодателей в качестве Единого социального налога (большинство стран Центральной и Восточной Европы, СНГ) (12);

- система здравоохранения, финансируемая преимущественно из частных источников (США).

Рано или поздно все страны сталкиваются с проблемами ограничения расходов на здравоохранение и повышения эффективности использования выделяемых на эти цели средств, но особенно это актуально для стран Восточной Европы и СНГ, недавно отказавшихся от государственной системы финансирования здравоохранения.

Как показала практика, государственная медицина не всегда способна обеспечить необходимое качество медицинской помощи вследствие недостаточного бюджетного финансирования и неэффективного распределения имеющихся средств. Частная медицина доступна не всем. Поэтому система, основанная на медицинском страховании, признана оптимальной формой организации оказания медицинской помощи.

В идеале страховая медицина должна обеспечивать за счет своих источников качественную медицинскую помощь любому застрахованному лицу. В этом заключается социальная функция страховой медицины. Так как периодичность платежей не соответствует периодичности обращения за медицинской помощью, реализуется так называемый накопительный принцип страхования; кроме того, установленная законодательством одинаковая для всех ставка отчислений на нужды страховой медицины формирует денежные средства, затрачиваемые на лечение, в том числе социально незащищенных граждан, тем самым обеспечивая равные объем и качество медицинской и лекарственной помощи любому застрахованному (10).

Сам пациент нередко лишен возможности выбора медицинского учреждения, врача и цен, особенно в экстренных случаях, угрожающих жизни и здоровью. В такой ситуации помогает стра-

ховой фонд (компания) как регулятор отношений врача и пациента. Страховой фонд заинтересован в предоставлении:

- медицинской помощи по минимальным ценам, поскольку страховая премия уже получена и ее должно хватить и на лечение, и на прибыль страховщика;
- качественной помощи, иначе рецидивы заболевания потребуют новых, порой еще больших расходов;
- своевременных профилактических мероприятий, как менее затратных по сравнению с лечением хронических форм заболевания.

Этими принципами обеспечивается более высокое качество лечения при умеренных финансовых затратах. Еще одна важная сторона во взаимоотношениях страховой компании и застрахованного гражданина – работодатели. Дело не только в том, что им нужны здоровые, эффективно работающие сотрудники. Наиболее продвинутые работодатели с помощью пакета социальных услуг удерживают сотрудников в компании сильнее и надежнее, чем за счет увеличения зарплаты. Тем более что страховые отчисления как расходы предприятия не облагаются налогом. Так или иначе, страховой фонд – это посредник, который экономит 20–30% средств за счет рационального использования их, оставляя на свое развитие при надлежащем контроле 1–5%.

Реформирование российского здравоохранения

В России система медицинского страхования появилась в начале XX в., когда была осознана необходимость эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения. Это стало стимулом к формированию системы медицинского страхования населения; в стране была создана сеть республиканских, губернских, уездных и окружных фондов медицинской помощи застрахованным. Данная система существовала в нашей стране до революции 1917 г. и была ликвидирована в связи с внедрением государственной системы здравоохранения.

В СССР развитие медицины носило исключительно экстенсивный характер, когда основными показателями развития медицины были число врачей и медсестер и количество больничных коек. В результате по количеству больничных коек и врачей наша страна резко вырвалась вперед, оставив далеко позади другие страны (в США количество мест в стационарах в 1985 г. было в четыре раза меньше, чем в СССР). Именно бессмысленная гонка за «койко-место» вместо инвестиций в методы диагностики и лече-

ния стала основной причиной проблем советской системы здравоохранения, считают специалисты (12).

Экстенсивное строительство больниц и раздутые штаты врачей привели к нерациональному расходованию средств, что не могло не сказаться на качестве медицинского обслуживания. Многие больницы, особенно районные и сельские, не только не имели необходимого оборудования и медикаментов, но четверть из них – даже централизованного водоснабжения. Медицина перестала быть престижной профессией – 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата медиков не превышала 70% от средне-статистической. Зарплата врача зависела от специализации, квалификации и ученой степени, но не от результатов деятельности. Престижным было получить место в больнице, в то время как места врачей поликлиник, участковых и скорой помощи доставались менее подготовленным специалистам. Больницы максимально раздували коечный фонд и держали их заполненными как можно дольше, поскольку от показателя «койко-день» зависели государственные выплаты больницам. Пациенты обслуживались по территориальному принципу: по месту прописки или работы. При этом они не имели права выбора врача, поликлиники или больницы.

С начала 90-х годов российская система здравоохранения реформируется. В частности, масштабным изменениям подверглись принципы и структура финансирования. Произошел переход от административного регулирования финансирования здравоохранения к регулированию его нормами гражданского права.

С точки зрения экономики и социального обеспечения российская система здравоохранения перестала быть полностью государственной и приобрела черты страховой медицины.

По некоторым оценкам, за период с 1991 по 1998 г. расходы государства на здравоохранение сократились в сопоставимом выражении на 33% (7). Между тем государственные гарантии предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи не менялись. Взносы работодателей отчасти сгладили значительное снижение бюджетных ассигнований в 90-е годы. После 2000 г. расходы на здравоохранение начали постепенно расти. Однако несмотря на то, что с 2001 г. расходы на здравоохранение в России выросли почти в четыре раза (в 2010 г. отечественная медицина получила 430 млрд. руб. из бюджета), бюджетных средств все равно недостаточно для содержания существующей сети медицинских учреждений.

Следует отметить, что на фоне европейских стандартов финансирования здравоохранения Россия выглядит очень скромно.

В списке 53 стран, которые входят в Европейский региональный комитет ВОЗ, Россия находится на одном из последних мест по доле государственных расходов на охрану здоровья в ВВП. Так, по данным ВОЗ, государственные затраты на здравоохранение в России составляют всего 3,4% от ВВП, тогда как в среднем по ЕС этот показатель составляет 6,9% ВВП. Так, в Австрии этот показатель составляет 7,8% ВВП, во Франции – 8,8, а в Чехии – 5,8% ВВП. Меньше России на здравоохранение тратят, в частности, Таджикистан, Азербайджан, Армения и Узбекистан.

Еще более тревожными для России являются показатели государственных затрат на здравоохранение в расчете на душу населения. Если в России эти затраты составляют всего – 570 долл. в год, то в среднем по ЕС на здравоохранение выделяется почти в четыре раза больше – 2224 долл. в год на человека. В Австрии на охрану здоровья каждого жителя тратится 2900 долл., во Франции – 3000, в Чехии – 1420 долл. (Здесь речь идет не о номинальном обменном курсе, а о сопоставимых данных по паритету покупательной способности национальной валюты.) (4).

Введение медицинского страхования в России с самого начала рассматривалось прежде всего как средство получения гарантированных источников финансирования и увеличения финансовых потоков в здравоохранение.

Введение медицинского страхования, кроме дополнительного финансирования здравоохранения, преследовало вторую важную цель – повышение эффективности системы здравоохранения. Достичь этого предполагалось путем:

- организационного разделения тех, кто предоставляет медицинские услуги, и тех, кто их оплачивает;
 - стимулирования конкуренции между производителями услуг за получение финансовых средств;
 - развития конкуренции за привлечение средств населения между покупателями медицинских услуг, выступающими посредниками между населением и медицинскими учреждениями (7).
- Разумная конкуренция всегда способствует повышению качества услуг. ВОЗ рекомендует использовать ее принципы в здравоохранении, так как оптимальная конкуренция приводит к тому, что страховщики прилагают максимальные усилия для предоставления лучшей медицинской помощи по минимальной цене. Излишняя конкуренция, наоборот, приводит к большим затратам, поскольку необходимы расходы на рекламу, порой в ущерб качеству;

– обеспечения права пациентов на выбор врача, медицинского учреждения и посредника.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах – обязательном и добровольном. Обязательное медицинское страхование (ОМС) является видом государственного социального страхования, в которое включено также пенсионное обеспечение (за счет средств, аккумулируемых Пенсионным фондом РФ), социальное страхование (из средств, поступающих в Фонд социального страхования РФ), социальное обеспечение (из средств Государственного фонда занятости населения РФ).

Согласно Закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», оно представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС (16, ст. 3). Таким образом, в России действуют базовая и территориальные программы ОМС, в рамках которых определяется, какая именно медицинская помощь, в каких именно учреждениях здравоохранения и при каких заболеваниях оказывается гражданам, проживающим постоянно или преимущественно на данной территории, за счет средств ОМС, а также проведение каких именно мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение, осуществляется за счет указанных средств. Базовая программа ОМС разрабатывается Министерством здравоохранения РФ и утверждается Правительством РФ. Территориальные программы ОМС утверждаются органами государственного управления субъектов РФ на основе базовой программы.

Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определен круг участников системы ОМС, обеспечивающих ее работоспособность.

По новому закону страховщиком по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации базовой программы ОМС является Федеральный фонд, некоммерческая организация, созданная для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования (16, ст. 12). Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы (16, ст. 13). Страховые медицинские организа-

ции осуществляют полномочия страховщика в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (16, ст.14).

Важнейшую роль в системе ОМС играют страхователи – любые предприятия, учреждения, организации, а также государство в лице местных органов власти, уплачивающие взносы на ОМС. С 1 января 2001 г. взносы в фонды ОМС уплачиваются в составе единого социального налога (взноса), порядок исчисления и уплаты которого установлен главой 24 Налогового кодекса РФ. В 2011 г. страховой взнос был повышен до 34%, и бизнес-сообщество негативно отреагировало на данную меру. Сейчас, по словам В. Путина, правительству предстоит найти решение для снижения страховых взносов (15).

На сегодняшний момент обязательные взносы в фонды ОМС составляют 3,6% от фонда оплаты труда, из которых 3,4% уплачиваются в территориальный Фонд ОМС, а 0,2% – в Федеральный фонд ОМС. За неработающих граждан взносы в фонды ОМС осуществляет государство.

Взносы поступают в Федеральный или Территориальный фонд ОМС. Это самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, предназначенные для аккумулирования финансовых средств на ОМС, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания целевых финансовых ресурсов. Аккумулированные взносы идут на оплату установленного страховой программой объема медицинской помощи.

Следующий участник системы ОМС – страховые медицинские организации, имеющие лицензию на право ведения медицинской страховой деятельности и включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. По новому закону в данный реестр медицинская страховая компания включается на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд ОМС (16, п.10, ст. 14). Ранее для работы в системе ОМС медицинская страховая компания должна была получать специальную лицензию.

Страховая медицинская организация заключает договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по ОМС, осуществляет деятельность по ОМС на некоммерческой основе, выдает страховые полисы, а также контролирует объем, сроки и качество медицинской помощи и защи-

шает интересы застрахованных. В систему ОМС включены также медицинские учреждения любой формы собственности, лицензированные на осуществление деятельности и по программам ОМС, а также имеющие аккредитацию, т.е. подтверждение соответствия установленным профессиональным стандартам.

Самые важные и многочисленные участники системы ОМС – застрахованные лица – граждане России, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня дохода, а также иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, которые имеют право на бесплатное (для них) получение медицинских услуг, включенных в государственную программу обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование в России может быть дополнено добровольным медицинским страхованием (ДМС) (10).

Первоначальная концепция реформирования здравоохранения предполагала введение модели ОМС с конкуренцией частных страховщиков в роли покупателей медицинских услуг. Принятый в 1993 г. Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» устанавливал, что страховщиками в системе ОМС являются страховые медицинские организации. Верховный Совет РФ разрешил затем временно выполнять функции страховщиков филиалам территориальных фондов ОМС.

Что касается страховых медицинских компаний в системе ОМС, то их деятельность постоянно подвергается критике. По оценке Федерального фонда ОМС, не более трети страховых компаний в системе ОМС действуют активно. Остальные лишь перечисляют медицинским учреждениям финансовые средства, получаемые от фонда ОМС, оставляя посреднические проценты на ведение дел, и не занимаются контролем за расходованием средств, за качеством медицинских услуг (7).

С 1 января 2011 г. вступил в силу новый Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», направленный на совершенствование системы обязательного медицинского страхования (16).

Одновременно начался двухлетний переход к консолидации средств в федеральном фонде ОМС с последующим перераспределением денег по регионам. Эти шаги, согласно планам правительства России, должны стать отправной точкой реформы системы ОМС, цель которой – обеспечение доступности гарантированной государством бесплатной медицинской помощи.

Главное в новом законе, неоднократно подчеркивала министр здравоохранения и социального развития Т. Голикова, – расширение прав российских граждан. Теперь сам застрахованный будет выбирать страховую компанию (СК), медицинское учреждение и лечащего врача (правда, с согласия последнего). По мнению авторов документа, расширение возможностей для держателей полисов ОМС наконец-то запустит механизм конкуренции – как на страховом рынке, так и на рынке предоставления медицинских услуг. Дальше, по мнению разработчиков закона, СК будут вынуждены совершенствовать сервисную составляющую и активнее защищать права пациентов, а медики – лечить больше и качественнее. Пациенту останется только выбирать лучших из лучших.

Все перечисленные выше права де-юре существовали и раньше. На практике же возможность выбора была сведена к минимуму: процедура смены страховщика работающим россиянином была слишком сложной, а порядок выбора «своего» врача не описан в подзаконных документах. Новый закон конкретизирует механизмы реализации прав, причем на уровне не подзаконных актов, которые могут нарушаться регионами, а федерального закона. Если пациент захочет сменить медучреждение, он должен написать заявление на имя главного врача. Однако, как показывает опыт, пациенты ведут себя довольно пассивно. Так, в процессе реформирования пенсионной системы с 2002 г. правом выбрать управляющую компанию воспользовались только 8% будущих пенсионеров. Кроме того, непонятно, по каким критериям ранжировать СК или лечебное учреждение, чтобы остановиться на лучшем. Вероятно, главным фактором станет территориальная близость поликлиники, а потому большинство застрахованных выберут те СК или поликлиники, в которых числятся. Но даже если количество активных граждан, пожелавших реализовать свои права, окажется значительным, им вряд ли будет предоставлен широкий выбор (6).

Специалисты также высказывают сомнение в том, что новый закон будет способствовать развитию конкурентной среды, которая заставит страховые компании (СК) и медицинские учреждения бороться за конечного потребителя услуг.

Сегодня в наиболее выигрышном положении оказываются СК, ранее успевшие поделить поликлиники и стационары. Серьезными игроками рынка ОМС являются крупные компании. Новый закон, считают специалисты, вообще защищает именно их интересы. К примеру, «молчуны», не определившиеся с выбором СК после

наступления совершеннолетия, автоматически присоединяются к одной из трех лидирующих в регионе СК.

Небольшие компании при этом разными способами вытесняются с рынка ОМС. Например, по экспертным действиям вводятся такие нормативные объемы, которые для небольших СК практически невыполнимы. Экспертизе необходимо подвергнуть 8% счетов за стационарную и 5% – за амбулаторную помощь. Норматив проверок – 1,5%. А экспертная проверка – это наем внешнего эксперта, который приходит в лечебное учреждение, берет историю болезни, изучает ее и делает заключение. Мелкие СК будут просто не в силах это сделать, уверены специалисты. Еще одно требование, не имеющее значения для крупных компаний и болезненное для маленьких СК: с января 2012 г. минимальный размер уставного капитала СК, работающей в ОМС, должен возрасти вдвое – с 30 до 60 млн. руб. По прогнозу Межрегионального союза медицинских страховщиков, это изменение правил приведет к сокращению числа СК в системе ОМС: если в 2010 г. в сфере ОМС работали порядка 100 организаций, то через год-два их останется не более 50 (6).

Некоторые специалисты считают, что при разработке реформы одной из целей было вытеснение СК из системы медицинского страхования. Предполагалось, что аккумулятором и распорядителем денежных средств станет Фонд ОМС. Данная инициатива правительства не прошла, но в выстраиваемой модели роль СК оказалась значительно редуцированной. Как заявлял глава компании «Ингосстрах» А. Григорьев, в конструкции нового законопроекта по ОМС страховщикам нет места – они тракуются как кассы. «Мы видим, что все в большей степени активность проявляет фонд ОМС. Следующий этап – полное устранение СК. Теоретически это возможно (во Франции так выстроена вся система). Но конкуренция это нанесет серьезный урон» (6).

Тем не менее несмотря на сложности и сомнения российская система здравоохранения развивается в рамках страховой медицины.

С мая 2011 г. населению будут выдаваться полисы единого образца, действующие на всей территории страны. Единая база застрахованных обеспечит достоверность и исключит дублирование информации. Принципиальная новация закона – предоставлять медицинские услуги в рамках ОМС могут не только государственные (муниципальные) медучреждения, а предприятия любой организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Главное,

чтобы они имели право (лицензию) на осуществление медицинской деятельности и были включены в реестр ОМС (11).

Одним из шагов развития страхования является лекарственное страхование. Так, власти Москвы заявили, что готовы рассматривать предложения о лекарственном страховании, которое представляет собой систему, согласно которой при покупке лекарств, прописанных врачом, пациент, имеющий полис ОМС, платит лишь часть его стоимости – остальное будет погашено за счет страховки. То есть государство берет на себя часть расходов населения на лекарственное обеспечение. Сейчас право на бесплатное лекарственное обеспечение имеют льготники (1).

Главная проблема здравоохранения в России, как и во всем мире, – совершенствование механизмов финансирования.

К 2013 г. российская медицина полностью перейдет на новую страховую модель. Необходимую для этого законодательную базу вскоре дополнит новый закон – «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (14).

По официальным данным, Россия расходует на здравоохранение 1,5 трлн. руб. в год, или 3,4% ВВП. Это только расходы государства, если же добавить то, что россияне тратят на дополнительное медицинское обеспечение, на лекарства, услуги частных клиник и взятки врачам, сумма вырастет значительно. По данным Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения, общие расходы на медицину в России достигают 5,4% ВВП. Это вдвое меньше, чем в Европе, и вдвое – чем в США.

Не менее красноречивы оценки в расчете на душу населения: на данный момент совокупные профильные расходы на одного человека в России – около 500 долл. в год. Для сравнения: в странах ЕС – 3200 долл. на человека, в США – 7300 долл., среднемировой показатель – более 800 долл. Впрочем, в группе стран BRIC Россия выглядит неплохо, ее опережает только Бразилия – 600 долл. на человека. Гораздо меньше тратится в Китае – 110 долл. – и совсем мало в Индии – 40 долл. (4).

Зато по уровню расходов «из кармана» (частные траты на медицину без дополнительного страхования) платная медицина обходится россиянам в 83% профильных частных расходов (примерно 170 долл. на человека). В странах ЕС на «карманные траты» приходится 63% частных расходов на медицину, в США – 22%. Из стран BRIC по этому показателю впереди Индия и Китай – 90 и 92% соответственно. В Бразилии – 59%.

Хотя и граждане, и государство тратят на медицину совсем немало, адекватный результат не получает ни отрасль, ни население. По данным международной исследовательской компании EPSI Rating, россияне недовольны своей медициной больше, чем жители Западной Европы. Индекс удовлетворенности потребителей системой здравоохранения в России, рассчитанный EPSI Rating, в 2010 г. был на 5,2% меньше по отношению к 2009 г. и оказался ниже уровня 2007 г. (4).

Власти сложившаяся система тоже не устраивает. Существующая схема финансирования, когда деньги за пациентов в медицинские учреждения поступают из бюджетов различных уровней, не позволяет достоверно просчитать, сколько стоит та или иная медицинская услуга. Контролировать все эти финансовые потоки также очень сложно. Существующая модель отрасли основана на Законе «О медицинском страховании граждан РФ», принятом еще в 1993 г. Он не регламентирует медицинские услуги, не разграничивает их четко на платные и бесплатные (по ОМС). До недавнего времени правительство ежегодно одобряло программу государственных гарантий медицинских услуг, которые население получает в рамках обязательного страхования. Это не перечень услуг, а подушевой норматив финансового обеспечения (на 2011 г. – 7633,4 руб. без учета расходов федерального бюджета). На основе этого субъекты Федерации ежегодно формируют свои территориальные программы (исключительно в рамках своего бюджета). Нормативов на страхование неработающего населения сейчас нет. Неработающие граждане получают медицинские услуги по ОМС так же, как и все остальные. А дефицитность или бездефицитность региональных бюджетов ОМС зависит от распределения средств властями регионов. Территориальный дефицит устраняется за счет федерального фонда ОМС (ФОМС). Сейчас этот дефицит составляет порядка 40% финансирования отрасли (4).

С точки зрения финансирования расходов в рамках реформы здравоохранения по новому Закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» планируется перейти от сложной схемы финансирования медицины к простой. С 2003 г. тариф ОМС покрывает лишь пять расходных статей лечебных учреждений: заработная плата сотрудников и начисления на нее, приобретение медикаментов, расходных материалов и питание пациентов. Содержание и ремонт помещений, закупка оборудования, переобучение персонала, информатизация процесса и т.д. для государственных организаций финансировались из бюджетов на-

прямую, возмещение же этих затрат частным клиникам, включившимся в систему ОМС, не предполагалось. В результате тариф ОМС по отдельным лечебным и диагностическим процедурам оказывался в разы ниже их стоимости. Реформа должна навести порядок в этих вопросах.

К 2013 г. отрасль будет переведена на новую страховую модель, которая устранил существующее перекрестное финансирование. Переходить на полный страховой тариф предполагается поэтапно, начиная с 2011 г. в течение двух лет, что позволит в результате реализовать одноканальную систему финансирования.

Большая часть нормативной базы для этого уже есть. Министерство здравоохранения и социального развития направило в правительство проект нового Закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Планируется, что он вступит в силу 1 января 2012 г., окончательно подготовив базу для одной из самых сложных реформ в российской истории. Этот документ устанавливает права и обязанности всех сторон, действующих в системе здравоохранения, определяет, какие услуги предоставляются в рамках ОМС бесплатно, а какие могут являться платными, а также закрепляет порядок и стандарты медицинской помощи. Фактически речь идет о конкретизации тех самых государственных гарантий, которые с 2013 г. будут покрываться за счет средств ОМС (14).

Для того чтобы денег хватило и чтобы страховые взносы не пришлось тратить на переоснащение больниц, государство направит в отрасль 460 млрд. руб. Предполагается, что этого будет достаточно, чтобы уровень сборов ФОМС покрывал расходы на здравоохранение.

Контролировать все финансовые потоки (ОМС) и качество предоставляемых в отрасли медицинских услуг будет Росздравнадзор, вес которого в системе государственного регулирования резко увеличится. Это же ведомство будет принимать решения о наличии или отсутствии страховых случаев в рамках нового Закона «О страховании пациентов от врачебной ошибки» (рабочее название), разрабатываемого сейчас Министерством здравоохранения и социального развития. Предполагается, что клиника будет материально ответственна в четырех случаях: летальный исход (2,5 млн. руб.), инвалидность первой (1,5 млн. руб.), второй (1 млн. руб.) и третьей группы (500 тыс. руб.). Ответственность будут нести не врачи, а именно медицинские организации, которых обяжут страховать профессиональную ответственность. Иными словами, если

здоровью пациента по вине врачей будет нанесен существенный ущерб, ему заплатят.

Некоторое время назад руководитель исследовательской программы Института Катона по проблемам здравоохранения и социального обеспечения Майкл Тэннер опубликовал сравнительное исследование моделей систем здравоохранения стран – членов ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития). Тэннер пришел к выводу о том, что вне зависимости от величины затрат той или иной страны на здравоохранение, рост расходов на медицину наблюдается практически везде, порождая дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных программ (4).

Решить проблему теоретически помогла бы стратегия ограничения расходов в комбинации с контролем финансовых потоков и лимитированным объемом услуг. В России увеличение расходов на медицину оказалось привязано к крайне непопулярному решению – росту страховых взносов (бывший ЕСН) с 26 до 34% (4).

Однако повысить эффективность российского здравоохранения, сделать систему экономически эффективной путем ограничения расходов практически невозможно. Существуют и неконтролируемые факторы: мировая тенденция роста стоимости медицинских услуг и старение населения России. Кроме того большинство специалистов полагают, что Россия по-прежнему тратит на здравоохранение слишком мало. Например, старший вице-президент Никомед Групп, генеральный директор в России и странах СНГ Йостейн Дэвидсен, считает, что уровень здравоохранения в России «это не тот уровень, который может позволить себе страна, учитывая стоимость нефти и газа». По его мнению, России «надо складывать деньги не в резервный фонд, а тратить их на развитие здравоохранения» (9).

В. Путин, выступая на Всероссийском форуме медицинских работников в апреле 2011 г., заявил, что в ближайшее время Россия доведет показатель расходов на здравоохранение до 5% ВВП. По его словам, 5% ВВП на здравоохранение – «также маловато». «Приоритет номер один – сохранение здоровья нации, и мы будем двигаться в этом направлении», – подчеркнул В. Путин. Среди источников расходов на здравоохранение премьер назвал софинансирование со стороны граждан, прямое финансирование из бюджета и увеличение страховых взносов. Премьер также сообщил, что в рамках национального проекта «Здоровье» из федерального бюджета до 2013 г. будет выделено 788 млрд. руб. В 2011 и 2012 гг. на исполнение региональных программ в здравоохранении, как

уже отмечалось, будет выделено около 460 млрд. руб. Предполагается, что регионы будут софинансировать программы развития в этой области (3). Правительство Москвы в свою очередь планирует создать дополнительную программу модернизации столичного здравоохранения, рассчитанную на пять лет. При этом на двухлетнюю региональную программу будет направлено около 114 млрд. руб. Из федерального бюджета на модернизацию здравоохранения Москвы в 2011–2012 гг. будет выделено более 48 млрд. руб. (2).

В 2011 г. в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2010 г. будет разработана Государственная программа «Развитие здравоохранения», основными направлениями реализации которой являются:

- модернизация системы здравоохранения;
- развитие инфраструктуры здравоохранения;
- реализация федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)»;
- реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье»;
- обеспечение деятельности учреждений здравоохранения;
- обеспечение качественными и безопасными лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения;
- формирование здорового образа жизни, в том числе мотивации отказа от вредных привычек;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения (8).

В результате мер правительства и модернизации здравоохранения Министерство здравоохранения и социального развития РФ планирует добиться:

- увеличения объемов амбулаторной помощи, роста числа посещений на 22,9%;
- перераспределения объемов медицинской помощи в сторону стационарозамещающих технологий (дневной стационар) с 0,49 до 0,61 пациенто-дней на одного человека;
- уменьшения средней длительности лечения в стационаре с 12,8 до 11,8 дней;
- повышения интенсивности работы койки с 325 до 335 дней в году;
- снижения общей смертности на 12,7%;
- снижения младенческой смертности на 7,5%;

- изменения структуры заболеваемости в пользу ранних стадий заболевания;
- обеспечения медпомощи на основе соблюдения стандартов;
- введения систем электронного документооборота;
- повышения доступности и качества медицинской помощи (11).

В целях повышения эффективности отечественной системы здравоохранения правительство в мае 2011 г. одобрило концепцию информатизации здравоохранения. На данную программу только из Федерального фонда ОМС в течение двух лет планируется направить 24 млрд. руб. Кроме того, регионы тоже планируют направить на эти цели порядка 10 млрд. руб.

Центральное место в этой концепции занимает создание федерального центра обработки данных. В нем будет набор федеральных приложений, таких как система ведения персонифицированного учета медицинской помощи, интегрированная электронная медицинская карта, кадровые регистры, паспорта учреждений. Здесь же предполагаются единая запись к врачу в электронном виде, система направления пациентов на исследования, плановое оказание медицинской помощи и так далее. Создание этих федеральных приложений позволит стать полноценной основой для обращения единого полиса обязательного медицинского страхования. К концу 2011 г. регионы должны будут обеспечить создание инфраструктуры доступа к информационным системам во всех учреждениях (13).

Выступая в Москве на Первой глобальной конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, В. Путин подчеркнул, что в период мирового финансового кризиса Россия последовательно увеличивала финансирование здравоохранения. Премьер назвал «глубоким заблуждением» тезис о том, что сокращение социальных программ приведет к более высокому экономическому росту». «Безусловно, экономика должна идти впереди», – признал российский премьер-министр, однако подчеркнул, что считает неправильным «задвигать одно за другое и говорить, что что-либо одно важнее другого» (2).

Глава российского правительства особенно подчеркнул, что с 2005 г. продолжительность жизни в России (69 лет) «выросла почти на четыре года, а смертность уменьшилась более чем на 11%». В. Путин также отметил, что необходимо выработать эффективный международный механизм координации действий медицинского сообщества, ученых и госструктур. В связи с этим Россия намерена усилить работу по развитию центров сотрудниче-

ства со Всемирной организацией здравоохранения. Россия при этом намеревается использовать потенциал крупнейших госкорпораций для внедрения наиболее передовых технологий в сферу охраны здоровья (2).

Список литературы

1. Власти Москвы не исключают возможность ввода лекарственного страхования. – Режим доступа: <http://www.selectum.ru/news/news/3.html>
2. *Путин В.* Надо избавить россиян от унизительных очередей к врачам: Лента новостей. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/politics/15/02/2011/544128.shtml>
3. *Путин В.* Расходы на здравоохранение вырастут до 5% ВВП: Лента новостей – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/13/04/2011/575519.shtml>
4. *Глушеникова М.* Клиническая недостаточность // Коммерсант. – М., 2011 – Режим доступа: <http://www.kommersant.ru/doc/1610699>
5. *Губина М.* Современные модели здравоохранения: Опыт развитых стран // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 5. – СПб., 2008. – Вып. 1. – С. 130–134.
6. *Денисенко Е.* Шаг назад // Эксперт. – 2011. – Режим доступа: <http://expert.ru/northwest/2011/04/shag-nazad/>
7. *Дмитриев М.* Экономические проблемы реформы здравоохранения в России. – Режим доступа: <http://duma.tomsk.ru/page/2911/>
8. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2011 год и на период до 2013 года. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget>
9. Западный фармацевт: России надо тратить больше средств на развитие здравоохранения // REGNUM: Информационное агентство. – 2011. – 18 мая. – Режим доступа: www.regnum.ru/news/medicine/1405831.html
10. *Зиновьева О.* Обязательное медицинское страхование – ОМС в России. – Режим доступа http://pozwonocnik.ru/articles/stati-s-poleznymi-sovetami-11/objazatelnoe-medicinskoe-strahovanie-oms-v?offset=10&_print_version=1
11. *Коваленко А.* Пластическая PR операция // Эксперт. – Режим доступа: <http://expert.ru/ural/2011/13/plasticheskaya-pr-operatsiya/>
12. Модели здравоохранения. – Режим доступа: http://bono-esse.ru/blizzard/ RPP/ M/m_02.html
13. На программу информатизации здравоохранения из бюджета Федерального фонда ОМС в 2011–2012 гг. планируется направить 24 млрд. руб. – Режим доступа: <http://www.rbcdaily.ru/market/partnernews/170025.shtml>
14. Проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Режим доступа: <http://zakonoproekt2011.minzdravsoc.ru/>

15. *Путин В.* отметил эффект от реализации нацпроекта «Здоровье»: Лента новостей. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/politics/28/04/2011/584283.shtml>
16. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – Режим доступа: <http://www.mnogozaonov.ru/laws/94/article15/>
17. *Чубарова Т.* Система здравоохранения России: Экономические проблемы развития. – Режим доступа: <http://socpolitika.ru/rus/conferences/9970/9998/10000/document10312.shtml>

← | --- **Отформатировано:**
интервал После: 0 пт