

С. Шишкин,

доктор экономических наук

(Институт экономики переходного периода)

ПРОБЛЕМНЫЕ УЗЛЫ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реформа финансирования здравоохранения характеризуется сложностью выбранной схемы организации обязательного медицинского страхования, незавершенностью ее введения, эклектичностью сочетания элементов старой и новой систем финансирования, территориальной дифференциацией переходных моделей, слабой координацией действий различных субъектов общественного финансирования здравоохранения, неудачей попытки внедрения конкурентной модели взаимодействия покупателей и производителей медицинских услуг.

Современное состояние системы финансирования здравоохранения характеризуется тремя узловыми проблемами:

- несбалансированностью государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения;
- неудовлетворительной координацией действий различных субъектов системы общественного финансирования здравоохранения;
- отсутствием очевидных позитивных результатов от деятельности в системе финансирования здравоохранения новых субъектов – страховых медицинских организаций и фондов обязательного медицинского страхования (ОМС).

Характер дальнейшей эволюции системы финансирования здравоохранения, и в частности системы медицинского страхования, будет определяться способом разрешения этих проблем.

ФИНАНСОВАЯ НЕОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в 1998 г. в сопоставимом выражении уменьшился по сравнению с 1991 г. на 33 %. И эту оценку следует признать оптимистической, по-

скольку она получена с использованием индексов-дефляторов ВВП. По оценке Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, рассчитанной с учетом динамики цен по различным видам расходов отрасли здравоохранения, объем его государственного финансирования сократился за тот же период на 76%. Государственного финансирования (бюджетных ассигнований и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование работающих) недостаточно для содержания имеющейся сети медицинских учреждений и тех объемов медицинской помощи, которые они предоставляют населению.

Требуемые затраты на предоставление сложившихся объемов медицинской помощи составляли в 1998 г. – 4,0 % ВВП. Эта оценка получена на основе финансовых нормативов, используемых Минздравом РФ. Сумма бюджетных расходов на здравоохранение, взносов на ОМС работающего населения и прочих доходов фондов ОМС (штрафов и пени за неуплату взносов и др.) составила в 1999 г. 3,3 % ВВП. В результате уровень финансового обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения равнялся 82%. Но приводя эту оценку, следует заметить, что вышеуказанные финансовые нормативы занижают затраты, необходимые на медикаменты, а также фиксируют существующий относительно низкий уровень заработной платы медицинских работников, которые в реальности получают часть доходов за счет теневых платежей пациентов. Кроме того, необходимые затраты на медицинское обслуживание населения рассчитывались исходя из предпосылки, что оплачиваться должны именно объемы помощи, а не содержание медицинских организаций. Поэтому приведенная выше величина дает завышенную оценку финансовой обеспеченности государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания.

В 1998 г. правительство сделало важный шаг, направленный на уточнение существующих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. В ноябре 1998 г. впервые была принята Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. В 1999 г. новый, скорректированный вариант программы был вновь утвержден правительством. Программа не предусматривает каких-либо изменений в перечне видов медицинской помощи, которые должны предоставляться населению бесплатно. Но для того, чтобы сбалансировать ресурсные возможности государства с этими гарантиями, предполагается провести серьезную трансформацию структуры оказания медицинской помощи в пользу менее ресурсоемких ее видов. В последнее десятилетие уже идет процесс сокращения числа больничных коек (Табл. 1). Принятая программа ориентирует на дальнейшее движение по этому пути и сокращение больничных мест, исполь-

зование которых имеет низкую затратную эффективность. Программа предусматривает уменьшить объем лечения в стационарных условиях и переместить его в сектор амбулаторно-поликлинического обслуживания, то есть проводить соответствующее лечение в дневных стационарах больниц и в поликлиниках.

Целесообразность разработки и утверждения такой программы не подлежит сомнению. Однако принятие программы не решает проблемы несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения. Финансовые нормативы, используемые в настоящее время для расчетов стоимости этой программы, не учитывают расходов по проведению требуемой широкомасштабной реструктуризации здравоохранения и, как уже говорилось, занижают затраты, необходимые на оплату труда и медикаментов. Стоимость программы государственных гарантий рассчитывалась на основе требуемых объемов медицинской помощи. На практике же бюджетные средства расходуются преимущественно на содержание медицинских организаций, и изменить действие этого принципа в пределах короткого времени будет весьма сложно. Предусмотренная программой реструктуризация системы медицинской помощи разворачивается очень медленно. Это означает, что средств на обеспечение предусмотренных программой объемов медицинской помощи понадобится больше на величину затрат на содержание тех учреждений, мощности которых не задействованы полностью на оказание планируемых объемов медицинской помощи. Проведенные в субъектах РФ расчеты показывают, что в абсолютном большинстве из них эта программа не обеспечивается имеющимися государственными средствами. Дефицит составляет 40-50%¹.

Расчет финансового обеспечения программы на перспективу представлен в таблице 2. За основу взят достаточно оптимистический прогноз динамики макроэкономических показателей в 2000-2010 гг.² Предполагается также, что темпы роста фонда оплаты труда будут превышать темпы роста ВВП. Оценка стоимости федеральной программы государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью произведена на основе данных Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рассчитанный вариант прогноза соответствует политике сохранения прежнего уровня государственного финансирования здравоохранения и отсутствия радикальных изменений в системе финансирования. Предполагается, что размеры бюджетного финансирования здравоохранения, исчисленные в процентном отношении к ВВП, останутся

¹ Щетинина М. Гарантии – это святое. Медицинский вестник, 1999, №19 (134), с. 1.

² Центр стратегических разработок. Материалы к семинару «Бюджетная политика» 27.03.2000, Москва (неопубликованные материалы).

Таблица 1

Показатели медицинского обслуживания населения России

	1985 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Число больничных учреждений (тыс.),	12,5	12,8	12,7	12,6	12,6	12,3	12,1	12,0	11,5	11,2
– в них коек (на 1000 населения)	13,5	13,8	13,5	13,1	12,9	12,7	12,6	12,4	12,1	11,9
Число амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс.)	19,4	21,5	20,9	20,7	20,9	21,6	21,1	22,0	21,7	22,0
Число врачей всех специальностей, всего, тыс. на 10000 населения	620,7 43,2	667,3 45,0	632,2 42,6	637,2 43,0	641,6 43,4	636,8 43,3	653,4 44,5	669,2 45,7	673,7 46,2	682,0 46,9
Численность среднего медицинского персонала. Всего, тыс. на 10000 тыс. населения	1756,7 122,4	1844,0 124,5	1717,3 115,8	1709,1 115,3	1674,2 113,1	1613,2 109,7	1628,4 110,0	1648,6 112,7	1626,0 111,5	1615,0 111,1

Источник: данные Госкомстата России.

Таблица 2

Финансовое обеспечение программы государственных гарантий в России

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Темпы прироста ВВП		5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
Темпы прироста фонда оплаты труда		10	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7
Программа гос. гарантий												
Темпы изменения объемов помощи:												
Скорой		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Амбулаторно-поликлинической		1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Стационарной		-5	-5	-5	-5	0	0	0	0	0	0	0
В стационарах одного дня		45	45	45	45	0	0	0	0	0	0	0
Стоимость программы, %ВВП	3,9	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,3
Расходы государства на здравоохранение, % ВВП:	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
Федеральный бюджет	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Региональные бюджеты	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Взносы на ОМС	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Прочие доходы ФОМС	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Финансовое обеспечение программы, %	79	84	86	86	86	84	84	86	89	91	94	94

на уровне 1999 г. Существующий тариф взноса на ОМС также не пересматривается. Структурные преобразования, предусмотренные программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, будут осуществлены в течение 2000-2003 гг. Несмотря на сокращение стоимости программы государственных гарантий, исчисленной в процентах к ВВП, уровень ее финансовой обеспеченности (отношение суммы бюджетных ассигнований и средств ОМС к стоимости программы) не достигнет 100% в следующем десятилетии. Поэтому для балансировки программы с ее финансовым обеспечением необходимо либо значительно увеличивать общественное финансирование здравоохранения, либо радикально пересматривать государственные гарантии.

В настоящее время недостаток государственного финансирования здравоохранения компенсируется неформальными платежами населения. Об этом свидетельствуют данные социологических опросов населения России о расходах на медицинские нужды, проведенных в январе 1998 г. и январе 1999 г. Институтом социальных исследований в рамках Проекта поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета в 14 субъектах РФ¹. Используя результаты опросов, величину расходов населения на лекарственное обеспечение и медицинскую помощь в 1997 г. можно оценить в размере, равном 4,1% ВВП, а в 1998 г. – 4,5% ВВП. Расходы государства на здравоохранение, выраженные в процентах к ВВП, сократились за тот же период с 3,6% до 3,1%. Таким образом, совокупные расходы государства и населения на здравоохранение почти не изменились (Табл. 3).

¹ В.Бойков, Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. Вопросы экономики, 1998, N 10, с.101-117.
Бойков В.Э., Фили Ф., Шейман И.М., Шишкин С.В. Участие населения в финансировании здравоохранения. Здравоохранение. 2000, № 2, сс. 32-46.

Таблица 3

Расходы на здравоохранение в России (в текущих ценах)

№		1997		1998	
		млрд руб.	% ВВП	млрд руб.	% ВВП
1	Расходы на здравоохранение в государственном бюджете	75,1	2,93	64,4	2,40
2	Взносы работодателей на обязательное медицинское страхование	18,3	0,71	20,0	0,75
3	Общие расходы государства (1 + 2)	93,4	3,64	84,4	3,14
4	Расходы населения на медицинские услуги	32,5	1,27	38,1	1,42
5	Расходы населения на приобретение лекарств в аптеках	71,7	2,80	83,1	3,10
6	Расходы населения на добровольное медицинское страхование	0,9	0,03	0,4	0,01
7	Общие расходы населения на медицинские нужды (4 + 5 + 6)	105,1	4,10	121,6	4,53
8	Всего (3 + 8)	198,5	7,75	206,0	7,67

Источник: данные Госкомстата России, оценки автора.

Важным результатом проведенных опросов стало крушение мифа о том, что население большую часть оплаты медицинской помощи осуществляет неформальным образом – «в руки» врачам и медицинским сестрам. Оплата населением медицинских услуг «в руки» составила меньшую часть – всего 23% от расходов населения на медицинскую помощь в 1998 г. Остальные 77 % своих расходов респонденты отнесли к категории официально производимой оплаты. Фактически же значительную часть этих расходов следует квалифицировать как полуофициальные или квазиформальные платежи: медицинские учреждения официально предлагали пациентам заплатить за лечение, которое по закону должно предоставляться бесплатно.

Данные указанного исследования позволяют сделать вывод, что система здравоохранения адаптируется к сокращающемуся государственному финансированию и его замещению средствами населения. В некоторых субъектах РФ уже предпринимаются попытки легализовать механизмы соплатежей, невзирая на очевидные их противоречия с федеральным законодательством. Так, в Пермской области приказом департамента здравоохранения областной администрации была введена фиксированная плата за каждое посещение врача и за каждый день пребывания в стационаре. Правда, после протеста со стороны областной прокуратуры этот приказ был отменен. Введение соплатежей населения пре-

дусматривает проект закона Калужской области «О государственных гарантиях предоставления медицинской помощи населению Калужской области». В Республике Карелия используется механизм перечисления медицинскому учреждению 80% пенсий тех пенсионеров, которые помещены в стационар для общего терапевтического лечения.

Все это свидетельствует о том, что задача пересмотра конституционных гарантий и легализации соплатежей населения за медицинскую помощь назрела. В сложившейся ситуации, когда за получение формально бесплатной медицинской помощи приходится платить, в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи, живущие вне крупных городов. Население с доходами ниже прожиточного минимума тратит на медицинское обслуживание и лекарства втрое больше, чем та часть населения, которая имеет наивысшие доходы. При этом бедные люди реже состоятельных посещают амбулаторно-поликлинические учреждения. У представителей малоимущих групп людей короче сроки пребывания в больницах, в сравнении с представителями высокодоходных групп.

Таким образом, сохранение разрыва между конституционными гарантиями предоставления населению бесплатной медицинской помощи и размерами их государственного финансирования ведет на практике к замещению государственных расходов на здравоохранение частными и усилению социальной несправедливости.

НЕДОСТАТОЧНАЯ КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ РАЗНЫХ СУБЪЕКТОВ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вследствие децентрализации государственного управления, произошедшей в Российской Федерации после распада СССР, была ликвидирована вертикаль административного подчинения органов управления здравоохранением, разрушена прежняя административная система управления здравоохранением. Государственная система здравоохранения оказалась разделенной на федеральную, региональные и муниципальные системы. При этом разграничение компетенции между федеральными, региональными и муниципальными органами власти было в силу политических условий поспешным, непродуманным и не вполне четким. В сочетании с непоследовательным и незавершенным внедрением системы ОМС это привело к появлению проблемы недостаточной координации деятельности различных субъектов финансирования и управления здравоохранением.

Решение задач реструктуризации и повышение эффективности использования ресурсного потенциала здравоохранения зависят как раз от

согласованности действий субъектов финансирования и управления здравоохранением разных уровней. Существуют серьезные проблемы и у федеральных органов (Министерство здравоохранения РФ, Федеральный фонд ОМС), и у региональных органов (органы здравоохранения, территориальные фонды ОМС) в обеспечении такой координации с нижестоящими уровнями. Ресурсы, которыми обладают и федеральные, и региональные органы, достаточны для продвижения в решении задачи реструктуризации, с применением для этого экономических методов управления, то есть на основе соглашений друг с другом и с другими субъектами системы финансирования здравоохранения. Но ресурсы, которыми обладает федеральный центр, плохо мобилизованы для целенаправленного управления процессом реструктуризации.

Региональный уровень управления и, в частности, региональный орган здравоохранения обладает большими возможностями управлять системой здравоохранения субъекта РФ в сравнении с возможностями Федерального Центра и Минздрава РФ управлять Национальной системой здравоохранения. Региональный орган здравоохранения имеет значительные возможности влиять на деятельность муниципальных систем здравоохранения в тех районах, которые получают трансферты из регионального бюджета. При этом управление осуществляется преимущественно административными методами. Но сама возможность их использования базируется на экономической зависимости муниципальных образований от региональной власти. Тем не менее, сфера применения административного регулирования сузилась, и это меры не срабатывают при решении задач глубокой реструктуризации муниципальных систем. Муниципальные власти противятся закрытию неэффективных ЛПУ и имеют возможность игнорировать желания региональных органов здравоохранения.

Для управляющих воздействий со стороны регионального центра на муниципальные системы здравоохранения, в том числе и в тех городах, которые не зависят от межбюджетных трансфертов, могут использоваться средства ОМС. Но для этого необходимо согласованное планирование региональным органом здравоохранения и территориальным фондом ОМС показателей финансирования объемов медицинской помощи, оказываемой муниципальными системами здравоохранения и входящими в их состав ЛПУ. За исключением нескольких субъектов РФ, такое согласованное планирование до недавнего времени нигде не осуществлялось.

Ситуация стала меняться после принятия в конце 1998 г. федеральной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Это стимулировало

развитие процедур планирования деятельности региональных и муниципальных систем здравоохранения, размеров их финансирования из разных источников и координации с этой целью действий различных органов. Но внедряемый механизм планирования недостаточно подкреплён нормативно-правовой базой, а территориальные программы государственных гарантий не включают ряд важных элементов (например таких, как показатели оказания межтерриториальной медицинской помощи и др.).

Следует отметить, что даже в тех субъектах РФ, где региональный орган здравоохранения разрабатывает совместно с муниципальными органами планы работы муниципальных систем, муниципальные заказы и осуществляет оценку эффективности использования ресурсов муниципальными системами, все это происходит посредством взаимодействия с каждым муниципальным органом власти по отдельности. Объектом анализа и планирования не выступают межтерриториальные потоки пациентов, взаимодействие муниципальных систем здравоохранения друг с другом. Типичной ситуацией является отсутствие анализа эффективности использования ресурсов в масштабах всего региона, анализа альтернативных вариантов организации медицинской помощи, потоков пациентов.

РОЛЬ СТРАХОВЩИКОВ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Особенностью российской системы ОМС стало наличие двух типов страховщиков: 1) страховых медицинских организаций и 2) филиалов территориальных фондов ОМС. Число филиалов территориальных фондов достигло 1170 в 1998 г. При этом в 38 субъектах Российской Федерации функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 20 – только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 31 – и те и другие.

С 1997 г. началось сокращение числа страховых компаний, действующих в системе ОМС. За два года их количество уменьшилось на 29%. В 1997 г. страховые компании покидали систему ОМС главным образом вследствие административно принимаемых решений. В некоторых регионах, как, например, в Москве и Ханты-Мансийском АО, ввели процедуру аккредитации страховых компаний в системе ОМС, результатом которой стало сокращение их числа и закрепление раздела страхового поля между оставшимися страховщиками¹. В других регионах, как, например, в Курской области, негосударственные страховые компании вы-

¹ Кузнецов П.П., Челидзе Н.П. ОМС: итоги и перспективы. Медицинское страхование, №16, 1998. Чемезов О. Ценю ответственность и чувство меры. Медицинский вестник. 1997. № 23. С. 3.

вели из системы ОМС простым решением губернатора областной администрации¹.

Таблица 4

Структура системы обязательного медицинского страхования в России*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Территориальные фонды ОМС	86	86	88	88	89	90
Филиалы территориальных фондов ОМС	1058	1103	1140	1108	1160	1193
Страховые медицинские организации	164	439	536	538	461	415

* данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, принятая Правительством РФ в ноябре 1997 г., предусматривала сохранение частных страховщиков в качестве основного покупателя медицинских услуг в системе ОМС. Согласно концепции, филиалы фондов ОМС могут выполнять функции страховщиков лишь в районах с малой плотностью населения, где по этой причине объективно затруднена деятельность страховых организаций. Однако принятие концепции не приостановило дискуссий об оправданности сохранения негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС.

Деятельность страховых медицинских компаний в системе ОМС подвергается сильной критике. Страховые компании по большей части являются пассивными посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями: они фактически лишь перечисляют последним финансовые средства, получаемые от территориального фонда ОМС, оставляя себе посреднические проценты на ведение дел, и не занимаются контролем за расходованием средств, за качеством медицинских услуг, защитой прав пациентов. По мнению оппонентов реформы, расходы на содержание как страховых компаний, так и фондов ОМС, слишком велики, а полезность их деятельности сомнительна. В 1998 г. затраты на содержание территориальных фондов ОМС и их филиалов составили 3% от их доходов, а затраты на ведение дела страховых медицинских организаций – 3,3% от доходов².

¹ Порядин В. Медицинское страхование без прикрас. Медицинский Вестник 1997 № 24. С.6

² Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование в 1998 году. М.: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, 1999.

Следует отметить, что в сравнении с другими государствами такой уровень административных расходов не слишком высок. В странах ОЕСД в 1990 г. административные расходы составляли в среднем около 5% затрат на здравоохранение, в США – около 15%, в Великобритании в 1992 г. – примерно 7% от средств региональных бюджетов здравоохранения¹.

Рост административных издержек – неизбежность при проведении реформ. Для результативности работы новой системы финансирования и организации здравоохранения необходима соответствующая инфраструктура: компьютерные сети, финансовая документация, отчетность, практика, отработанные методы бухгалтерского учета и контроля, подготовленные кадры. Когда стали это создавать – появились обвинения, что средства тратятся не на то, что надо, и лучше было бы их потратить, например, на медикаменты. Для успеха реформ необходим рост финансирования отрасли². Но на этом не акцентировалось внимания на подготовительном этапе реформы, а реакция на рост издержек стала особенно болезненной, поскольку в российской ситуации, когда финансирование сокращается, неизбежный из-за проведения реформы рост административных расходов выглядит как неоправданное отвлечение средств. Позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с контролем за качеством медицинской помощи и за рациональным использованием имеющихся ресурсов, не успели проявиться с достаточной определенностью и не уравнивают затрат на содержание этих организаций.

Практика российской реформы заставляет внимательно изучить следующий вопрос: какие организации, выступая в роли покупателя медицинских услуг – государственные органы управления здравоохранением, государственные учреждения (территориальные фонды ОМС), или негосударственные страховые организации и при каких условиях способны лучше (результативнее) выполнять требования государства к организации медицинского обслуживания населения и обеспечить большую эффективность использования общественных ресурсов. Чтобы ответить на этот вопрос, проведем сравнительный институциональный анализ трех моделей общественного финансирования медицинских услуг с разными типами покупателей.

¹ Maynard A., Bloor K. "Introducing a market to the United Kingdom National Health Service", *New England Journal of Medicine*, February 29, 1996.

² В Великобритании реформирование здравоохранения в начале 90-х годов было результативным во многом благодаря тому, что проводилось со значительным увеличением финансирования.

Рассмотрим следующие три модели:

1) модель бюджетного финансирования, в которой функции покупателей медицинских услуг выполняют органы исполнительной власти (органы управления здравоохранением);

2) модель обязательного медицинского страхования, в которой в роли покупателей медицинских услуг выступают фонды обязательного медицинского страхования, являющиеся государственными учреждениями, автономными по отношению к органам управления здравоохранением;

3) модель обязательного медицинского страхования, в которой покупателями медицинских услуг являются негосударственные страховые медицинские организации.

Предметом сравнительного анализа является институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под **институциональным потенциалом** в данном случае понимаются следующие характеристики моделей финансирования:

- типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг;
- степень самостоятельности покупателей в принятии решений о способах реализации возложенных на них функций;
- возможности обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности;
- возможности развития конкуренции между покупателями;
- возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг.

Под **институциональными издержками** в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

ПОКУПАТЕЛЬ В МОДЕЛИ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Главная особенность органа государственной власти, выступающего в роли покупателя медицинских услуг, состоит в том, что он распределяет средства, не неся прямой экономической ответственности за результаты своей деятельности. У государственного органа отсутствует возможность легального присвоения в качестве своего дохода той экономии государственных средств, которая может возникнуть вследствие более рационального использования ресурсов. Поэтому у государственного органа и его должностных лиц нет легальной экономической мотивации к результативной деятельности в качестве покупателя. Напротив,

не санкционируемая обществом личная экономическая мотивация чиновников побуждает их к рентоориентированному поведению и нарушению своих должностных обязанностей.

Легальной для чиновников является административная целерациональная мотивация к результативной деятельности. Они заинтересованы в выполнении установленных государством требований постольку, поскольку это способствует сохранению и расширению их властных полномочий, сохранению должности и карьерному росту. Так, стремление к расширению властных полномочий может побуждать чиновников к определенным институциональным нововведениям в системе финансирования и организации здравоохранения (например, введение процедур финансового планирования, усиливающих роль соответствующего органа и должностного лица в распределении государственных средств), но преобладающим при этом будет стремление к расширению сферы применения административных (командных) методов управления.

Чиновникам может быть присуща и ценностнорациональная мотивация – деятельность во имя общего блага, или ради получения профессионального удовлетворения, самореализации. Это может побуждать к повышению эффективности выполняемой ими деятельности. Но мотивы административной целесообразности, как правило, сильнее. А они чаще препятствуют, чем способствуют их активным действиям, направленным на повышение эффективности использования распределяемых ими ресурсов. Для создания такой мотивации у чиновников должна существовать устойчивая связь перспектив их должностного роста с экономической эффективностью их деятельности. Обеспечить такую связь в бюрократических системах очень сложно.

Деятельность чиновников, как правило, регламентируется в гораздо большей мере, чем деятельность страховых фондов и страховых компаний. Органы государственного управления имеют меньше возможностей маневрировать ресурсами, меньше самостоятельности в принятии решений о способах реализации возложенных на них функций. Бюрократическая система требует множества согласований для осуществления любого нестандартного действия.

В сравнении с другими моделями, бюджетная модель обладает относительно худшими возможностями для роста управленческого потенциала покупателей и для осуществления ими инновационной деятельности. Инертность административной системы управления служит серьезным препятствием увеличения эффективности использования ресурсов.

Вместе с тем данная модель обладает относительно лучшими возможностями обеспечить контроль за деятельностью покупателей со стороны других государственных органов при наименьших затратах.

В бюджетной системе финансирования существует борьба между различными бюджетополучателями при дележке бюджетного пирога. Но эта борьба происходит по правилам политических и бюрократических игр. Демонстрация роста эффективности использования ресурсов может повлечь для бюджетополучателя сокращение ассигнований в следующем бюджетном году. Борьба за бюджет внутри административной системы управления, как правило, не создает конкурентного давления на покупателей в сторону повышения экономической эффективности их деятельности.

Модель бюджетного финансирования является моделью с монопсонией покупателя: орган здравоохранения монопольно выполняет функции покупателя медицинских услуг для всего населения, проживающего на соответствующей территории. Это ограничивает возможную силу давления потребителей. Принципиальная слабость рассматриваемой модели по сравнению с другими состоит в том, что у потребителя здесь нет возможности выбора покупателя, призванного действовать в его интересах. Гражданин со своими жалобами должен обращаться в орган управления здравоохранением по месту жительства или по месту получения медицинской помощи, если он получил ее за пределами своей территории. Между тем органы управления здравоохранением склонны жертвовать интересами пациентов в пользу интересов медицинских учреждений. Возможности граждан оказывать давление на органы управления здравоохранением с целью защиты своих интересов определяются уровнем развития законодательства о правах пациента и степенью демократичности работы государственного аппарата.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТРАХОВЫЕ ФОНДЫ

Рассмотрим модель, где в роли покупателя медицинских услуг выступает фонд ОМС – государственное учреждение, являющееся самостоятельным субъектом хозяйствования. Как и предыдущая, это модель с монопсонией покупателя. За каждым фондом закрепляются определенные категории застрахованных (по территориальному, либо по отраслевому признаку).

В отличие от органа власти, государственное учреждение имеет право на осуществление экономической деятельности и на получение от нее доходов. В частности, российские фонды обязательного медицинского страхования, созданные в форме государственного учреждения, могут получать доходы от временного размещения на банковских депозитах свободных финансовых средств. Фонд ОМС может оставлять в своем распоряжении экономию средств, возникающую вследствие более эффективного их использования для предоставления медицинской помощи в объемах, предусмотренных программой ОМС. Легальная возможность

получать доходы от своей деятельности и частично использовать их для установления надбавок к заработной плате и для выплаты премий создает у фонда и его работников легальный экономический интерес к росту эффективности использования средств в системе ОМС.

У должностных лиц фонда ОМС, являющегося государственным учреждением, как и у чиновников органов власти, сохраняется административно-бюрократическая мотивация к деятельности, возможна ценностно-рациональная мотивация, но к ним добавляется экономический интерес. Правда, этот интерес слабее в сравнении с экономическим интересом негосударственных страховых организаций. Слабее потому, что порядок применения надбавок к заработной плате и выплаты премий работникам государственного учреждения регламентируется государством, причем максимальные размеры таких надбавок и премий могут ограничиваться.

В сравнении с государственными органами, фонды ОМС имеют больше возможностей привлекать работников высокой квалификации, предлагая им более высокую заработную плату и другие формы материального поощрения. Работа фондов ОМС в гораздо меньшей мере регламентируется государством. Фонды относительно автономны от государственного аппарата, имеют больше самостоятельности в принятии решений, чем органы управления здравоохранением, обязанные придерживаться жестких процедур согласования большинства принимаемых решений с другими органами власти.

Все это создает относительно лучшие институциональные предпосылки, в сравнении с органами управления, для ориентации деятельности фондов ОМС на рост эффективности использования ресурсов в системе ОМС.

У государства имеются возможности обеспечения сильного давления на фонды ОМС в сторону повышения эффективности их деятельности. Но обеспечение такого давления требует больших издержек.

В силу монопольного положения фондов в качестве покупателей медицинских услуг для закрепленных за ними категорий населения конкурентное давление на фонды отсутствует, а возможности давления потребителей почти такие же, как в модели бюджетного финансирования. Государственные фонды мало отличаются от органов власти в выполнении функции защиты прав пациентов. Государственные страховщики, в отличие от частных, быстрее сговариваются с органами управления или поддаются их давлению, и склонны жертвовать интересами пациентов в пользу интересов вышестоящих органов власти и интересов медицинских учреждений.

НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТРАХОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Частные страховые организации могут быть коммерческими и некоммерческими. Негосударственная некоммерческая организация, как и государственное учреждение, имеет возможность использовать получаемые доходы для увеличения оплаты труда своих менеджеров и работников. Причем экономический интерес здесь более выражен, так как порядок использования ее доходов для оплаты труда регулируется в меньшей мере, чем в случае государственного учреждения. Однако в сравнении с коммерческой организацией, экономическая мотивация здесь слабее, так как формально некоммерческая организация не имеет права распределять получаемую прибыль между ее собственниками, учредителями, работниками. Связь между ростом доходов некоммерческой организации и ростом доходов ее менеджеров или работников не может быть прямой.

Наиболее сильной мотивацией к экономически эффективной деятельности обладают негосударственные коммерческие организации (страховые медицинские компании). Здесь имеет место прямая или более определенная связь, закреплённая формальными институтами, между размерами доходов организации, ее владельцев и менеджеров и результатами ее экономической деятельности.

Частные страховые организации имеют более гибкие организационные структуры и процедуры принятия решений. Они имеют больше возможностей привлекать нужных им специалистов, реализовывать новые подходы к финансированию и организации медицинской помощи.

Но обратной стороной самостоятельности частных страховщиков и их сильной мотивации к активной деятельности, направленной на извлечение прибыли, являются большие возможности оппортунистического поведения, отклонения от установленных государством требований и общественных ожиданий.

Для предотвращения оппортунистического поведения частных страховщиков необходим более высокий уровень развитости институтов, определяющих требования государства к медицинской помощи и устанавливающих порядок ее финансирования. Иными словами, чтобы обеспечить необходимые институциональные условия для ориентации частных страховщиков на рост эффективности, нужна гораздо более развитая нормативно-правовая база, чем в других моделях.

Главным преимуществом рассматриваемой модели по сравнению с предыдущими является возможность создания сильного давления на страховщиков со стороны конкурентов и со стороны клиентов. Если гражданам обеспечена свобода выбора страховщиков, то это побуждает их улучшать управление и выбирать экономически эффективные варианты

организации медицинского обслуживания¹. Страховые организации, стремясь сохранить и расширить свое страховое поле, будут экономически заинтересованы в качественном обслуживании и защите прав пациентов.

В модели с частными страховщиками их деятельность может повышать эффективность использования общественных ресурсов даже без конкуренции и при слабости давления государства. Это возможно, если повышение эффективности использования ресурсов становится для страховщика необходимым условием экспансии его деятельности. При переходе от бюджетной системы финансирования здравоохранения к страховой системе такой экспансией выступает расширение сферы деятельности страховщиков: постепенное включение в систему обязательного медицинского страхования различных видов медицинской и лекарственной помощи, финансируемых ранее из бюджета. Позитивное влияние подобной экспансии на рост эффективности использования ресурсов может быть обусловлено следующими обстоятельствами:

Во-первых, привлечение страховщиком нового источника финансовых средств для своей деятельности может сопровождаться расширением пространства экономических соизмерений в сфере здравоохранения:

- развитием информационной базы для применения методов экономического оценивания медицинской помощи;
- определением стоимости услуг, ранее не являвшихся самостоятельным объектом экономического оценивания;
- внедрением новых методов экономического оценивания;
- внедрением конкурсных процедур заключения контрактов на оказание медицинской помощи и приобретение лекарственных средств.

Во-вторых, стремясь извлечь выгоду от привлечения новых источников финансирования, страховщик заинтересован в устранении по крайней мере части нерациональных трат и в присвоении получаемой от этого экономии. При этом он абсорбирует часть рентных доходов, присваиваемых ранее прежними распорядителями и получателями соответствующих финансовых средств. Если то, что страховщик присваивает себе в качестве собственного дохода, меньше величины экономии средств, обеспечиваемой им (иными словами, если перераспределительная выгода не полностью присваивается страховщиком, но частично возвращается государству), то такая экспансия страховщика оправдана с общественной точки зрения. Указанное превышение может возникнуть тогда, когда для обоснования передачи страховщику новых источников средств он должен внедрить более прозрачные механизмы финансиرو-

¹ OECD. Health Policy Studies No: 7, New directions in health care policy, Paris: OECD, 1995.

ния, чем ранее, и благодаря этому часть достигаемой экономии средств поступит в распоряжение государства.

Деятельность страховщика, направленная на включение в систему медицинского страхования новых видов медицинской и лекарственной помощи и сопровождающаяся указанными позитивными эффектами, предстает как деятельность по внедрению институтов, содействующих эффективному использованию ресурсов.

УСЛОВИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОСТИ ВЫБОРА НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРАХОВЩИКОВ

Подведем итог сравнению трех моделей. Анализ экономической целесообразности использования модели с тем или иным типом покупателей предполагает сопоставление институционального потенциала и институциональных издержек разных моделей. Для каждой последующей модели из трех рассмотренных характерны более высокий институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и более высокие издержки, связанные с функционированием самих покупателей (административные расходы) и с необходимостью иметь более развитые институты и затрачивать больше средств на обеспечение контроля за их соблюдением.

В третьей модели, в отличие от первых двух, возможно создание сильного давления на покупателей со стороны их конкурентов и клиентов. Это, в свою очередь, уменьшит потребности в расходах на обеспечение сильного давления государства на покупателей.

Если в третьей модели нет конкуренции, то эффективная деятельность страховщиков все равно возможна. Но для ее обеспечения необходимы значительные расходы на обеспечение сильного давления государства, принуждающего страховщиков к строгому выполнению установленных государством требований.

Сильное давление государства на страховщика означает:

- определение в нормативных актах и контрактах со страховщиками требований к структуре, объему, качеству и стоимости медицинских услуг с высокой степенью их конкретизации;
- установление четких правил информирования застрахованных об их правах, порядка рассмотрения их жалоб и т.п.;
- наличие требований к экономической эффективности деятельности страховщиков; таковыми могут, в частности, выступать требования обязательного представления страховщиками операционных планов, включающих экономическое обоснование выбора медицинских организаций, с которыми заключаются договора, и распределения между ними объемов медицинских услуг и потоков пациентов;

- возможность для государственных органов отслеживать отклонения в деятельности страховщиков от установленных требований;
- установление однозначной зависимости между размерами дохода страховщиков и результатами их деятельности, в том числе экономическим эффектом от более рационального использования страховых средств, находящихся в их распоряжении;
- неукоснительное соблюдение государством своих обязательств по отношению к страховщику (в частности, своевременное перечисление страховых платежей за неработающее население);
- наличие ощутимых санкций за невыполнение установленных требований и неотвратимость их применения в случае идентификации нарушений.

Деятельность страховщиков будет результативной, если издержки уклонения от требований государства будут для них слишком велики по сравнению с выгодами от такого уклонения.

Очевидно, что выполнение всех этих условий связано со значительными затратами финансовых и политических ресурсов. Если эти издержки слишком высоки и не могут быть осуществлены в полном объеме, то целесообразность внедрения третьей модели без достаточного институционального обеспечения является проблематичной.

Каковы следствия внедрения в систему общественного финансирования здравоохранения модели с частными страховщиками при отсутствии необходимых предпосылок? Появление новых субъектов в системе финансирования здравоохранения – частных страховщиков – происходит не взамен, а в дополнение к органам государственного управления здравоохранением. Соответственно административные издержки функционирования всей системы увеличиваются. Но при отсутствии или слабости конкурентного давления на страховщиков и слабости давления государства эффект от деятельности страховщиков оказывается неощутим в сравнении с дополнительными издержками.

Если требования государства к страховщикам декларативны, плохо специфицированы, если нет возможности отследить выполнение этих требований; если отсутствуют значимые для страховщика санкции за нарушение установленных требований, или эти санкции на практике не применяются, страховщик может обеспечивать высокую прибыльность собственной деятельности, не прикладывая усилий к росту эффективности использования общественных ресурсов. Более того, с появлением новых субъектов в системе финансирования, являющихся негосударственными коммерческими организациями, возникают новые возможности использования государственных средств для извлечения нелегитимных доходов страховщиками и взаимодействующими с ними чиновниками. А

неизбежно формирующиеся в таких условиях клановые связи препятствуют как развитию конкуренции, так и внедрению более развитых институтов регулирования деятельности страховщиков. Таким образом, эффект от введения и функционирования новой модели может оказаться отрицательным по сравнению с моделью бюджетного финансирования.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЩИКОВ

Реальные институциональные условия участия страховых медицинских организаций в системе ОМС далеки от тех, которые необходимы для их эффективной деятельности. Как на практике страховщики выполняют функции покупателей медицинских услуг? Что можно сказать о результативности их практической деятельности? Насколько оправдано широко распространенное среди работников отрасли представление о проблематичности позитивного вклада страховщиков в обеспечение функционирования системы медицинского обслуживания? Для ответов на эти вопросы воспользуемся результатами исследования деятельности территориальных фондов ОМС, их филиалов и страховых медицинских организаций, проведенного во второй половине 1999 г. рабочей группой Всемирного банка, в составе которой был и автор данной публикации, при поддержке Федерального фонда ОМС. Исследование проводилось методом анкетного опроса, на который ответили примерно 80% страховых организаций и территориальных фондов ОМС, и половина филиалов этих фондов.

Анализ прежде всего показал, что ресурсный потенциал страховых медицинских организаций заметно выше по сравнению с филиалами фондов ОМС, выполняющими функции страховщиков в системе ОМС. Страховые компании имеют относительно больше специалистов в расчете на тысячу застрахованных и более развитые автоматизированные системы. Проведенный опрос позволяет оценить результативность выполнения функций страховщиков страховыми медицинскими организациями в сравнении с филиалами территориальных фондов ОМС.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ

Анализируя выполнение страховщиками этой функции, следует принять во внимание, что конкретные механизмы участия страховых медицинских организаций (СМО) в организации предоставления медицинской помощи не раскрываются ни в типовых договорах, ни в иных актах Правительства РФ и Федерального фонда ОМС. Это породило гипотезу о том, что СМО имеют очень ограниченные возможности участия в ор-

ганизации предоставления медицинской помощи населению. Однако эта гипотеза не подтвердилась.

Подавляющее большинство страховщиков осуществляют контроль за оказанием стационарной медицинской помощи застрахованным. При этом чаще применяется контроль при направлении на госпитализацию, его осуществляют 66% СМО и 72% филиалов территориальных фондов ОМС (ТФОМС), реже – контроль после выписки больного, его практикуют 51% СМО и 56% филиалов ТФОМС.

84% СМО и 86 % филиалов ТФОМС осуществляют контроль за сроками госпитализации, 87% СМО и 92% филиалов ТФОМС – за обоснованностью исследований в стационаре, 82% СМО и 90% филиалов ТФОМС – за использованием лекарственных средств при оказании стационарной помощи застрахованным.

Из этих данных видно, что доля СМО, пассивных в осуществлении контроля за обоснованностью госпитализации, немногим выше, чем доля пассивных филиалов ТФОМС.

80% СМО и 84% филиалов ТФОМС, указали, что проводят анализ обоснованности объемов и структуры оплачиваемой стационарной медицинской помощи. Но лишь 52% СМО и 70% филиалов ТФОМС участвуют в планировании оказания медицинской помощи в регионе. При этом 81% СМО и 87 % филиалов ТФОМС считают планирование объемов медицинской помощи при заключении договоров с ЛПУ необходимым для более рационального использования ресурсов. Однако актуальным в настоящих условиях такое планирование признает меньшее число страховщиков: 60% СМО и 52% филиалов ТФОМС. Обращает на себя внимание, что число филиалов ТФОМС, указавших на актуальность планирования объемов медицинской помощи, меньше, чем число филиалов ТФОМС, осуществляющих такое планирование. Такое расхождение ответов наблюдается для страховщиков Республик Башкортостан, Бурятия, Хакасия, Краснодарского края, Мурманской, Нижегородской, Орловской областей. Это заставляет сделать вывод о формальном характере планирования, которое осуществляется в этих регионах.

55% СМО и 66% филиалов ТФОМС проводят анализ экономической и клинической эффективности различных вариантов предоставления медицинской помощи застрахованным. Эти показатели примерно соответствуют показателям участия страховщиков в планировании оказания медицинской помощи в регионе. Хотя вновь следует отметить, что число СМО, проводящих такой анализ, больше числа участвующих в планировании, а для филиалов ТФОМС дело обстоит обратным образом. Это подкрепляет вывод, что планирование, проводимое филиалами ТФОМС, в ряде случаев является формальным, не включает применения

более или менее серьезного анализа, а потенциал СМО, наоборот, в отдельных регионах недостаточно востребован.

50% СМО и 74% филиалов ТФОМС участвуют совместно с органами управления здравоохранением в организации более рациональных маршрутов пациентов.

49% СМО и 17% филиалов ТФОМС указали на использование иных форм планирования медицинской помощи в регионе.

Оплата медицинской помощи в соответствии с качеством и количеством оказываемых услуг

Все страховые медицинские компании и все филиалы ТФОМС осуществляют экспертизу правильности счетов медицинских учреждений. Индикатором результативности выполнения этой работы может служить характеристика методов проведения экспертизы правильности счетов, которые ЛПУ выставляют страховщикам. Страховщики применяют как автоматизированные, так и экспертные (визуальные) методы проведения медико-экономической экспертизы поступающих счетов. Существенных различий между СМО и филиалами ТФОМС по степени распространенности этих методов не наблюдается. Автоматизированная медико-экономическая экспертиза проводится в 66% СМО и в 61% филиалов ТФОМС, визуальная – в 77% СМО и в 78 % филиалов ТФОМС.

Контроль за объемом и качеством медицинских услуг, предоставляемых населению

Функция контроля качества медицинских услуг реализуется в деятельности страховщиков посредством проведения медицинской экспертизы услуг, предоставленных ЛПУ застрахованным в рамках реализации территориальных программ ОМС. Основными методами проведения страховщиками медицинской экспертизы являются экспертиза счетов, которые ЛПУ представляют страховщикам для оплаты, и экспертиза первичной медицинской документации ЛПУ. Причем подавляющее число страховщиков применяет одновременно оба этих метода. Среди страховых компаний 76% проводит медицинскую экспертизу счетов ЛПУ, и 87% – экспертизу первичной медицинской документации. Среди филиалов ТФОМС 79% проводит медицинскую экспертизу счетов ЛПУ, и 87% – экспертизу первичной медицинской документации. Таким образом, показатели использования разных методов медицинской экспертизы практически совпадают для двух групп страховщиков – СМО и филиалов ТФОМС. Интересно отметить, что большая доля страховщиков проводит экспертизу первичной медицинской документации, которая

является методом более детального контроля качества медицинской помощи в сравнении с методом экспертизы выставляемых счетов ЛПУ. Это свидетельствует в пользу вывода о высокой степени активности страховщиков в выполнении функции контроля качества медицинских услуг.

В ряде субъектов РФ применяются и иные методы проведения страховщиками медицинской экспертизы. Это экспертиза реестров оказанных медицинских услуг и реестров пролеченных больных, анализ отчетов ЛПУ, проверка историй болезни, опросы и анкетирование пролеченных больных, проведение очной медицинской экспертизы и освидетельствования пролеченных больных, и другие. Правда, иные формы медицинской экспертизы распространены незначительно, на их применение указали всего 5% СМО и 2% филиалов ТФОМС. Но нужно отметить, что и здесь более активны СМО. В сравнении с филиалами ТФОМС, доля СМО, применяющих иные методы медицинской экспертизы, вдвое выше, и они используют более широкий спектр таких методов.

Косвенным свидетельством внимания страховщиков к выполнению функции контроля качества медицинских услуг служит наличие в их составе специальных структурных подразделений, занимающихся медицинской экспертизой. Такие специализированные подразделения выделены в организационной структуре 28% СМО и 6% филиалов ТФОМС. У подавляющего большинства страховщиков они отсутствуют. В среднем в одном таком подразделении работает 5,6 сотрудников в СМО и 3,2 сотрудника в филиалах ТФОМС.

Защита интересов застрахованных

Индикатором внимания страховщиков к выполнению функции защиты интересов застрахованных служит наличие в их составе специальных структурных подразделений, занимающихся защитой прав застрахованных. Такие специализированные подразделения выделены в организационной структуре 40% СМО и 20% филиалов ТФОМС. У подавляющего большинства страховщиков они отсутствуют. В среднем в одном таком подразделении работает 3,7 сотрудника в СМО и 1,8 сотрудника в филиалах ТФОМС.

Судить о результативности выполнения страховщиками функций защиты прав застрахованных можно по показателям, характеризующим работу с жалобами застрахованных. Прежде всего обращает на себя внимание десятикратное различие между показателями количества обратившихся с жалобами в расчете на 10000 застрахованных для разных типов страховщиков. Для СМО этот показатель составил в среднем 29,6 обращений, а для филиалов ТФОМС – всего 2,8. Эти различия было бы

неправильно объяснять тем, что качество услуг, предоставление которых застрахованным организуют филиалы ТФОМС, выше, чем качество услуг, предоставление которых финансируется СМО, и потому у застрахованных больше жалоб, с которыми они обращаются в СМО. Более реалистичным является иное объяснение: застрахованные гораздо лучше информированы о своих правах обращаться с жалобами на качество полученного лечения в страховые медицинские организации, чем в филиалы ТФОМС, выполняющих функции страховщиков.

Поступающие жалобы рассматриваются страховщиками, и по части из них проводится дополнительная экспертиза. Нужно отметить, что в филиалах ТФОМС доля жалоб, по которым проводится экспертиза, вдвое выше, чем в СМО: 26% и 12% соответственно. Но поскольку в филиалы ТФОМС поступает меньшее число жалоб, то количество проведенных экспертиз жалоб в расчете на 10000 застрахованных выше в СМО и составляет 3,5 против 0,7 в филиалах ТФОМС.

Обоснованными были признаны 3,5% жалоб, поступивших в СМО. И этот показатель сильно колеблется по регионам. Интересно, что в регионах – лидерах по числу жалоб, процент признанных обоснованными был ниже среднего. Это свидетельствует как раз в пользу вывода о том, что большое количество жалоб говорит скорее об уровне информированности населения о своих правах и возможностях страховщиков, чем о более низком качестве медицинских услуг в этих регионах.

Почти три четверти (73,5%) из числа жалоб, признанных обоснованными, послужили основанием для исков ЛПУ, предъявленных как самими застрахованными (43,4%), так и СМО (30,1%). 7,6% жалоб, признанных страховщиками обоснованными, были предъявлены ЛПУ в форме судебных исковых заявлений, из которых 42,5% судом были удовлетворены.

При анализе аналогичных показателей деятельности филиалов ТФОМС обращает на себя внимание гораздо более высокая доля жалоб, признанных самими филиалами обоснованными: она составила 42,4% против 3,5% в СМО. Но из числа обоснованных жалоб лишь 11,1% стали основанием для исков ЛПУ, причем сами филиалы стали инициаторами предъявления исков ЛПУ со стороны ТФОМС в 1,5% случаев жалоб, признанных обоснованными. Всего лишь 3,0% жалоб, признанных страховщиками обоснованными, были предъявлены ЛПУ в форме судебных исковых заявлений, из которых 23,75% судом были удовлетворены.

Таким образом, в сравнении с СМО, филиалы ТФОМС проводят экспертизы по относительно большему количеству жалоб, большее количество жалоб признают обоснованными. Это обстоятельство является свидетельством в пользу того, что застрахованные имеют больше осно-

ваний для предъявления претензий по качеству медицинских услуг, предоставление которых организуют филиалы ТФОМС, чем в случаях, когда это делают СМО. При этом филиалы ТФОМС меньшее число жалоб доводят до исков ЛПУ, в том числе судебных исков, и в меньшем числе случаев добиваются удовлетворения судом этих исков.

Итак, сравнение СМО и филиалов ТФОМС по выполнению функции защиты прав застрахованных свидетельствует, что СМО более активны в реализации этой функции. Вместе с тем нельзя не обратить внимание на то, что большое число поступающих от застрахованных жалоб признается необоснованными. Это может свидетельствовать о недостаточности знаний застрахованных о своих правах в системе ОМС, что и порождает необоснованные жалобы.

Большая часть исков предъявляется ЛПУ во внесудебном порядке. В случаях судебного разбирательства большая часть исков не удовлетворяется. Это может быть объяснено двумя причинами: 1) неразвитостью законодательства о защите прав пациентов, юридической сложностью доказательства вины ЛПУ и врачей; 2) недостаточным уровнем профессионализма работников СМО, готовящих или помогающих готовить застрахованным иски, и защищающих их в суде.

Содействие институциональным инновациям

Важной характеристикой роли страховщиков в становлении и развитии системы ОМС является их участие во внедрении и поддержании институтов (правил, норм), создающих условия для результативного выполнения других рассмотренных выше функций. К числу таких институциональных инноваций следует прежде всего отнести внедрение автоматизированных систем учета страхователей, застрахованных, объемов медицинских услуг, лекарственного обеспечения и др. Согласно опросу, имеют автоматизированные системы учета 41% СМО и 15% филиалов ТФОМС. Все из указавших на наличие автоматизированных систем имеют такие системы для учета страхователей и застрахованных, 38% СМО и 10% филиалов ТФОМС имеют автоматизированные системы учета объемов медицинской помощи, и всего 18% СМО и 2% филиалов ТФОМС – системы учета лекарственных средств.

Характеристикой институциональной активности страховщиков являются показатели их участия в разработке нормативной документации ОМС на уровне субъектов РФ. ТФОМС обязаны участвовать в подготовке всех таких документов. Интерес представляет выяснение активности СМО в таких институциональных инновациях. Опрос показал, что 53% СМО участвовали в разработке документов, регулирующих поря-

док защиты прав застрахованных, и столько же – в разработке порядка вневедомственной экспертизы. 41% СМО принимали участие в разработке медико-экономических стандартов, 43% – тарифов на медицинские услуги, оказываемые в системе ОМС, 38% – порядка оплаты медицинских услуг, оказываемых ЛПУ, 18% – порядка финансирования лекарственного обеспечения населения в ЛПУ, 20% – в разработке других типов нормативных документов.

Анализ работы российских страховщиков, проведенный по материалам публикаций в средствах массовой информации, позволяет привести и другие интересные примеры институциональных инноваций, инициированных страховщиками:

А. Введение вексельного обращения. Страховые медицинские компании инициировали создание схемы вексельного обращения в системе ОМС Ханты-Мансийского автономного округа¹.

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

В. Инициация введения институтов, определяющих требования к результативности использования средств ОМС. Например, в Москве страховая медицинская компания Макс-М взяла на себя инициативу разработки проектов нормативных документов по введению медико-экономических стандартов, установивших состав и стоимость медицинской помощи, оказываемой и оплачиваемой при лечении различных видов заболеваний. Это позволило устранить мотивацию медицинских учреждений к неоправданному наращиванию объемов оказываемой помощи, предъявляемых к оплате страховщикам.

Г. Внедрение рыночных процедур распределения ресурсов. В качестве примера можно привести эксперимент, проведенный в Москве в 1997-1998 гг. по инициативе двух страховых медицинских компаний: Макс-М и Росно². Они добились передачи им функций финансирования лекарственного обеспечения тех групп населения, предоставление лекарств которым финансируется за счет государственного бюджета. Страховщиками была обнаружена подделка льготных рецептов в больших масштабах. Изменение формы рецептов и усиление контроля за их выписыванием позволило устранить возможность злоупотреблений. Страховщиками были внедрены тендерные процедуры закупки лекарст-

¹ Порядин В. Медицинское страхование без прикрас. Медицинский Вестник 1997 № 24. С.6

² Зурабов М.Ю. Пять лет на страховом поле московского региона. Экономика здравоохранения. 1997, № 8/9, сс. 42-43.

ваний для предъявления претензий по качеству медицинских услуг, предоставление которых организуют филиалы ТФОМС, чем в случаях, когда это делают СМО. При этом филиалы ТФОМС меньшее число жалоб доводят до исков ЛПУ, в том числе судебных исков, и в меньшем числе случаев добиваются удовлетворения судом этих исков.

Итак, сравнение СМО и филиалов ТФОМС по выполнению функции защиты прав застрахованных свидетельствует, что СМО более активны в реализации этой функции. Вместе с тем нельзя не обратить внимание на то, что большое число поступающих от застрахованных жалоб признается необоснованными. Это может свидетельствовать о недостаточности знаний застрахованных о своих правах в системе ОМС, что и порождает необоснованные жалобы.

Большая часть исков предъявляется ЛПУ во внесудебном порядке. В случаях судебного разбирательства большая часть исков не удовлетворяется. Это может быть объяснено двумя причинами: 1) неразвитостью законодательства о защите прав пациентов, юридической сложностью доказательства вины ЛПУ и врачей; 2) недостаточным уровнем профессионализма работников СМО, готовящих или помогающих готовить застрахованным иски, и защищающих их в суде.

Содействие институциональным инновациям

Важной характеристикой роли страховщиков в становлении и развитии системы ОМС является их участие во внедрении и поддержании институтов (правил, норм), создающих условия для результативного выполнения других рассмотренных выше функций. К числу таких институциональных инноваций следует прежде всего отнести внедрение автоматизированных систем учета страхователей, застрахованных, объемов медицинских услуг, лекарственного обеспечения и др. Согласно опросу, имеют автоматизированные системы учета 41% СМО и 15% филиалов ТФОМС. Все из указавших на наличие автоматизированных систем имеют такие системы для учета страхователей и застрахованных, 38% СМО и 10% филиалов ТФОМС имеют автоматизированные системы учета объемов медицинской помощи, и всего 18% СМО и 2% филиалов ТФОМС – системы учета лекарственных средств.

Характеристикой институциональной активности страховщиков являются показатели их участия в разработке нормативной документации ОМС на уровне субъектов РФ. ТФОМС обязаны участвовать в подготовке всех таких документов. Интерес представляет выяснение активности СМО в таких институциональных инновациях. Опрос показал, что 53% СМО участвовали в разработке документов, регулирующих поря-

док защиты прав застрахованных, и столько же – в разработке порядка вневедомственной экспертизы. 41% СМО принимали участие в разработке медико-экономических стандартов, 43% – тарифов на медицинские услуги, оказываемые в системе ОМС, 38% – порядка оплаты медицинских услуг, оказываемых ЛПУ, 18% – порядка финансирования лекарственного обеспечения населения в ЛПУ, 20% – в разработке других типов нормативных документов.

Анализ работы российских страховщиков, проведенный по материалам публикаций в средствах массовой информации, позволяет привести и другие интересные примеры институциональных инноваций, инициированных страховщиками:

А. Введение вексельного обращения. Страховые медицинские компании инициировали создание схемы вексельного обращения в системе ОМС Ханты-Мансийского автономного округа¹.

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

В. Инициация введения институтов, определяющих требования к результативности использования средств ОМС. Например, в Москве страховая медицинская компания Макс-М взяла на себя инициативу разработки проектов нормативных документов по введению медико-экономических стандартов, установивших состав и стоимость медицинской помощи, оказываемой и оплачиваемой при лечении различных видов заболеваний. Это позволило устранить мотивацию медицинских учреждений к неоправданному наращиванию объемов оказываемой помощи, предъявляемых к оплате страховщикам.

Г. Внедрение рыночных процедур распределения ресурсов. В качестве примера можно привести эксперимент, проведенный в Москве в 1997-1998 гг. по инициативе двух страховых медицинских компаний: Макс-М и Росно². Они добились передачи им функций финансирования лекарственного обеспечения тех групп населения, предоставление лекарств которым финансируется за счет государственного бюджета. Страховщиками была обнаружена подделка льготных рецептов в больших масштабах. Изменение формы рецептов и усиление контроля за их выписыванием позволило устранить возможность злоупотреблений. Страховщиками были внедрены тендерные процедуры закупки лекарст-

¹ Порядин В. Медицинское страхование без прикрас. Медицинский Вестник 1997 № 24. С.6

² Зурабов М.Ю. Пять лет на страховом поле московского региона. Экономика здравоохранения. 1997, № 8/9, сс. 42-43.

венных средств. По данным страховой компании Макс-М, это обеспечило экономию государственных средств на 4%. Гораздо больший размер экономии был обеспечен за счет внедрения тендерных процедур закупки лекарственных средств. Проведенный эксперимент обеспечил экономию затрат бюджета на приобретение лекарственных средств для ЛПУ и для льготных категорий граждан в размере 30% от первоначально запланированных расходов на эти цели в бюджете города Москвы на 1997 г. Страховые компании, участвующие в эксперименте, получили 4% комиссионных от величины фактически переданных им бюджетных средств (переданные им средства не включали вышеназванную экономию, которая осталась в городском бюджете).

Последний пример служит самым убедительным подтверждением выводов теоретического анализа, которые были представлены выше, о том, что деятельность частных страховщиков может повышать эффективность использования общественных ресурсов даже без конкуренции и при слабости давления государства, если это становится для страховщика необходимым условием экспансии его деятельности.

Следует отметить, что субъектами институциональных инноваций в области финансирования здравоохранения являются и фонды ОМС. В качестве примеров таковых можно указать следующие инновации:

А. Внедрение пластиковых карт для автоматизированного учета медицинской помощи, предоставляемой каждому застрахованному.

В. Создание компьютерно-информационных систем, осуществляющих автоматизированный учет и контроль поступления и расходования денежных средств в системе ОМС.

Г. Внедрение менее затратных методов финансирования медицинских учреждений по сравнению со сметным финансированием фактически оказываемых услуг. Фонды внедряют или стремятся внедрить новые, менее затратные методы финансирования вместо высокозатратного сметного финансирования

Д. Разработка тарифов оплаты медицинской помощи, уменьшающих плату за повторное лечение того же самого заболевания у больного и таким образом ориентирующих учреждения здравоохранения на качественное проведение первого лечения. Такое нововведение было осуществлено Калининградским территориальным фондом ОМС¹.

Сравнивая деятельность фондов ОМС и страховых медицинских организаций, следует констатировать, что доступные для анализа данные не позволяют сделать заключения о том, кто активнее в осуществлении эффективных институциональных инноваций в системе ОМС.

¹ Медицинский вестник. 1998. №4.

Сравнение страховщиков по кругу выполняемых функций

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы о сравнительной активности СМО и филиалов ТФОМС в выполнении функций страховщиков в системе ОМС.

Число СМО, участвующих в организации и рационализации медицинского обслуживания населения, оказалось выше, чем можно было ожидать, рассматривая права, которые им предоставлены в этих вопросах. Но среди филиалов ТФОМС больше доля тех, кто на практике участвует в организации предоставления медицинской помощи застрахованным. Однако есть основания считать, что планирование объемов медицинской помощи, которое осуществляют ТФОМС и их филиалы, является в ряде субъектов РФ формальным, поверхностным и не опирается на серьезный экономический анализ.

Не наблюдается существенных различий между СМО и филиалами ТФОМС по выполнению функции оплаты медицинской помощи. В осуществлении контроля за объемом медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, СМО и филиалы ТФОМС действуют схожим образом. СМО более активны в осуществлении контроля качества медицинских услуг. У СМО выполнением функции контроля за объемом и качеством услуг занимается большее число сотрудников, которые чаще выделяются в отдельное структурное подразделение, что косвенным образом свидетельствует в пользу большего внимания СМО к выполнению данной функции. СМО также более активны в реализации функции защиты прав застрахованных.

СМО в целом более активны в выполнении функций страховщиков в системе ОМС. Но важным уточнением является то, что этот вывод справедлив примерно для половины страховых организаций, ответивших на вопросы анкеты.

Степень конкурентности рынка страховых услуг в системе ОМС

Проведенный опрос свидетельствует о неразвитости конкуренции между СМО за медицинские учреждения. Лишь в 5 регионах из 51, где действуют СМО, ТФОМС назвали сильной конкуренцию среди СМО за медицинские учреждения. Конкуренция застрахованных встречается чаще. Согласно оценкам ТФОМС, она является сильной в 15 регионах. Среди самих СМО 6% посчитали сильной конкуренцию за медицинские учреждения, но 47% – за застрахованных. Что касается конкуренции за страхователей, то в 21 регионе ТФОМС расценили ее как сильную. Среди СМО такую оценку дали 54% страховщиков.

Опрос свидетельствует о высокой динамичности рынка страховщиков в системе ОМС. За последние три года (1996-1998 гг.) 139 СМО вышли из системы ОМС. Это составляет 26% от общего числа СМО на начало 1996 г. 44 новых СМО (8%) пришло за это время в систему ОМС. Основными причинами изменений в составе СМО названы административные решения, выводящие СМО из системы ОМС, и слияние страховых компаний. В 31 регионе ТФОМС оценили произошедшие изменения в составе страховщиков как приведшие к более равномерному распределению страхового поля, в 17 – как к менее равномерному.

В России требования государства к рациональности использования средств декларативны, плохо специфицированы. Должным образом не обеспечивается контроль за использованием бюджетных ассигнований просто по назначению, не говоря уже о контроле за эффективностью затрат. Государство не соблюдает своих обязательств по финансированию медицинской помощи. Подушевые нормативы, по которым средства перечисляются страховщикам, не обеспечивают полного покрытия расходов по предоставлению застрахованным гарантируемой медицинской помощи. Нередко значения таких подушевых нормативов меняются несколько раз в году, что лишает смысла усилия по экономии средств. Региональные и местные органы власти во многих случаях заставляют страховщиков заключать договора с конкретными медицинскими учреждениями, стремясь сохранить их на своей территории вне зависимости от эффективности их работы.

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

Если не стимулировать конкуренцию и, главное, если не усиливать давление государства на страховщиков, развивая необходимую для этого нормативно-правовую базу и обеспечивая выполнение устанавливаемых требований, то страховщики действительно оказываются лишними посредниками в системе общественного финансирования здравоохранения. Между тем для внедрения и соблюдения соответствующих требований нужны серьезные усилия государства.
