

УДК 336.58:614.2

Ключевые слова:

финансирование здравоохранения, механизмы оплаты медицинской помощи, обязательное медицинское страхование, одноканальное финансирование, Программа государственных гарантий, эффективность системы здравоохранения

А. З. Фаррахов, к. м. н.,
заместитель Министра финансов Российской Федерации
(e-mail: ayrat.farrahov@minfin.ru)

В. В. Омеляновский, д. м. н., проф.,
директор Центра оценки технологий в здравоохранении
ИПЭИ РАНХиГС,
руководитель Центра финансов здравоохранения
Научно-исследовательского финансового института
(e-mail: vvo@hta-rus.ru)

Н. Н. Сисигина,
науч. сотр. Института социального анализа
и прогнозирования РАНХиГС
(e-mail: sisiginann@mail.ru)

Проблемы формирования модели финансового обеспечения национальной системы здравоохранения

Эффективность национальной системы здравоохранения в значительной степени определяется выбором модели финансового обеспечения, включающей механизмы сбора и объединения средств, а также оплаты медицинской помощи. Формирование действующей сегодня в России смешанной бюджетно-страховой модели происходило в условиях экономического и политического кризиса 1990-х гг., следствием которого стало масштабное недофинансирование государственного сектора здравоохранения и вынужденный отказ от завершения страховой реформы. К настоящему моменту сохранение элементов бюджетной модели превратилось в препятствие для дальнейшего развития системы здравоохранения, которое должно быть преодолено в ходе будущих реформ, направленных на формирование социально-страховой модели.

За последнее десятилетие российская модель финансирования здравоохранения претерпела значительные изменения, направленные на формирование единой централизованной системы сбора и распределения средств, обеспечивающей реализацию права граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Наиболее важными новациями этого периода стали:

- определение видов, форм и условий бесплатной медицинской помощи, прав пациента в сфере охраны здоровья;
- разработка и утверждение порядков и стандартов оказания медицинской помощи;
- развитие страховой составляющей финансирования бесплатной медицинской помощи (расширение тарифа ОМС, включение в базовую программу ОМС отдельных видов медицинской помощи, финансируемой ранее за счет ассигнований бюджета);

- формирование единой региональной модели ОМС; централизация сбора страховых взносов и выравнивание финансового обеспечения региональных программ ОМС;
- переход к эффективным методам оплаты медицинской помощи (оплата амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу, стационарной — на основе клинико-статистических групп);
- проведение ряда масштабных проектов по модернизации материально-технической базы общественного сектора здравоохранения (национальный проект «Здоровье», региональные программы модернизации здравоохранения).

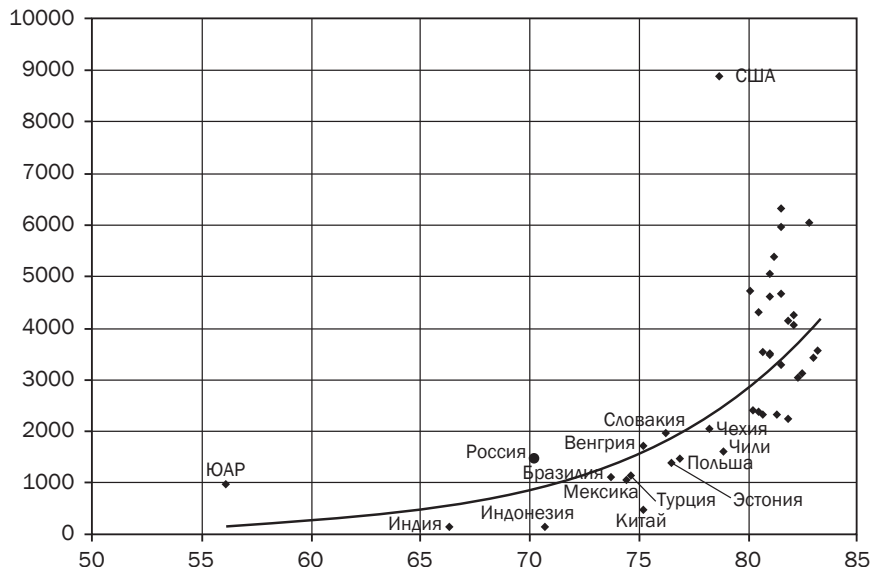
Следствием формирования обновленной организационно-экономической модели и увеличения финансирования здравоохранения стало существенное улучшение показателей здоровья населения. В частности, по данным Росстата за период 2003–2012 гг.:

- смертность населения сократилась с 18,4 до 14,5 на 1000 человек;
- младенческая смертность сократилась с 12,4 до 8,2 на 1000 родившихся живыми;
- ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 64,8 до 70,8 года (в т. ч. мужчин — с 58,5 до 65,1 года, женщин — с 71,6 до 76,3 года)¹.

В то же время различные оценки эффективности российской системы здравоохранения отмечают чрезмерный рост расходов на здравоохранение, опережающий улучшение результатов. По данным Global Health Expenditure Database, государственные расходы на здравоохранение (на душу населения в год, в долларах по ППС²) в 2003–2012 гг. выросли с \$304,7 до \$898,9, общие расходы на здравоохранение — с \$518,0 до \$1473,8 по ППС³, что приближается к уровню расходов на здравоохранение «новых» стран ОЭСР, которые демонстрируют значительно более высокую продолжительность жизни (рис. 1).

Рисунок 1

Общие расходы на здравоохранение по ППС (на душу населения в год, \$) и ожидаемая продолжительность жизни в России и странах ОЭСР в 2012 г.



Источник: составлено авторами по данным World Health Organization. Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database>).

¹ Федеральная служба государственной статистики. Население (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/).

² В долларах, скорректированных по паритету покупательной способности.

³ World Health Organization. Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database>).

В последнем на сегодняшний день выпуске ежегодного обзора систем здравоохранения стран ОЭСР и наиболее быстро развивающихся экономик отмечается низкая результативность российской системы здравоохранения в увеличении продолжительности жизни по сравнению с большинством развитых и наиболее быстро развивающихся стран (за исключением ЮАР) и несоответствие достигнутых результатов уровню ВВП на душу населения и уровню расходов на здравоохранение⁴.

В 2014 г. увеличение ожидаемой продолжительности жизни позволило России войти в ежегодный мировой рейтинг эффективности систем здравоохранения, составляемый агентством Bloomberg⁵, где она заняла последнее 51-е место, пропустив вперед две другие республики бывшего СССР: Азербайджан (49-е место) и Белоруссию (42-е место). Причиной низкой оценки вновь стало неудовлетворительное соотношение ожидаемой продолжительности жизни и уровня расходов на здравоохранение⁶.

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ В МОДЕЛЯХ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ С УЧАСТИЕМ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ

Важный аспект эффективности модели финансового обеспечения — распределение ответственности между основными финансовыми агентами. Страны с развитыми системами бесплатного медицинского обеспечения неизбежно сталкиваются со снижением эффективности использования средств в общественном секторе здравоохранения по сравнению с сектором коммерческих медицинских услуг, вызванным разделением функций покупателя медицинских услуг:

- непосредственный спрос на медицинские услуги предъявляет конечный потребитель;
- оплату медицинских услуг и частичное регулирование условий предоставления бесплатной медицинской помощи осуществляет покупатель, в роли которого могут выступать государственные органы управления в сфере здравоохранения или страховые медицинские организации;
- регулирование ключевых условий предоставления бесплатной медицинской помощи осуществляет государство (органы законодательной власти или государственные органы управления в сфере здравоохранения).

Такой подход к разделению функций обеспечивает максимальную правовую и финансовую защиту населения в случае заболевания, но одновременно с этим порождает проблему незаинтересованности участников в эффективном использовании средств.

Со стороны потребителя обращение за бесплатной медицинской помощью не требует дополнительных финансовых затрат. Как следствие, население может обращаться за медицинской помощью даже в том случае, если ее полезность незначительна или не подтверждается медицинскими показаниями. Кроме того, потребитель, как правило, утрачивает финансовые стимулы к сохранению здоровья, поскольку законодательное регулирование устанавливает единые правила получения бесплатной медицинской помощи для всего населения. Совокупно эти факторы приводят к возникновению избыточного необоснованного спроса на медицинские услуги и последующего роста затрат на здравоохранение.

Функции покупателя медицинской помощи по определению условий предоставления медицинских услуг в современных социальных государствах обычно жестко ограничены

⁴ OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators* (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>).

⁵ Рейтинг составляется на основе сопоставления ожидаемой продолжительности жизни и расходов на здравоохранение на душу населения в абсолютном и относительном исчислении. Включает страны с населением более 5 млн человек, ВВП на душу населения более \$5000 и ожидаемой продолжительностью жизни более 70 лет.

⁶ *Most Efficient Health Care 2014: Countries* / Bloomberg L. P. (<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>).

законодательством в целях обеспечения гарантированного качества и объема бесплатной медицинской помощи (запрет на предварительный отбор поставщиков медицинской помощи, установление единых требований к качеству и условиям оказания услуг, тарифов на оплату медицинской помощи). Во многих странах покупатель медицинской помощи действует на некоммерческой основе (органы управления в сфере здравоохранения, некоммерческие страховые фонды ОМС) и не несет ответственности за финансовый результат деятельности, поскольку полученные убытки компенсируются государством, а сэкономленные средства направляются на перераспределение или оплату медицинской помощи в будущие периоды с запретом на использование полученной прибыли в целях финансирования собственной деятельности⁷. В странах со страховой моделью здравоохранения проблема отсутствия мотивации покупателя дополнительно усугубляется тем, что ответственность за состояние здоровья населения, как правило, сохраняется за органами управления в сфере здравоохранения, а не за страховыми организациями.

Резкий рост расходов на здравоохранение в 1970–1980-е гг. заставил развитые страны обратиться к поиску мер по повышению эффективности использования средств, включая меры по расширению полномочий и ответственности основных участников. Наибольшее распространение получили меры, направленные на восстановление заинтересованности покупателя в рациональном использовании средств, в т. ч.:

- разделение функций поставщика и покупателя медицинских услуг (в бюджетных моделях здравоохранения, где органы государственной власти ранее одновременно являлись собственниками сети учреждений здравоохранения и покупателями медицинской помощи);

- децентрализация системы здравоохранения с передачей части полномочий по регулированию на региональный и муниципальный уровни;

- предоставление покупателю дополнительных полномочий по определению условий предоставления бесплатной медицинской помощи (при ограничении области законодательного регулирования минимумом государственных гарантий бесплатной медицинской помощи);

- развитие конкуренции между страховыми медицинскими организациями (разрешение свободного выбора страховой организации, разрешение оказывать услуги по ОМС на коммерческой основе);

- развитие конкуренции между медицинскими организациями (равные условия участия в предоставлении бесплатной медицинской помощи для медицинских организаций всех форм собственности, финансовая и управленческая автономия государственных учреждений здравоохранения);

- переход к эффективным методам оплаты медицинской помощи (оплата по подушевому нормативу, с использованием клинко-статистических групп, методом глобального бюджета)⁸.

Реже использовались меры, направленные на расширение полномочий и ответственности конечного потребителя медицинских услуг, такие как:

- расширение прав пациента, в т. ч. права на свободный выбор врача, медицинской организации и страховой медицинской организации, получение информации и участие в принятии решений в процессе лечения;

- расширение участия конечного потребителя в оплате медицинских услуг.

Россия в данный момент находится в той же точке исчерпания возможностей экстенсивного роста, которую развитые страны прошли на рубеже 1970–1980-х гг. Дальнейшее

⁷ *Social Health Insurance Systems in Western Europe* / Saltman R. B., Busse R., Figueras J. (eds); *European Observatory on Health Care Systems Series*. Open University Press, McGraw-Hill Education. London, 2004. P. 34–40.

⁸ *Funding Health Care: Options for Europe* / Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin S. (eds); *European Observatory on Health Care Systems series*. Buckingham: Open University Press, 2002. P. 59–79.

развитие системы здравоохранения на основе опережающего увеличения финансирования невозможно, тогда как спрос на услуги общественного сектора здравоохранения и ожидания в отношении расширения государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи продолжают расти. В этих условиях упорядочение модели финансового обеспечения общественного сектора здравоохранения с определением сфер полномочий и ответственности основных участников становится одним из ключевых направлений формирования обновленной системы здравоохранения. В то же время решение проблемы мотивации финансовых агентов в России сильно усложнено смешанным характером модели финансового обеспечения, в т. ч.:

- отсутствием ясного определения состава государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- сохранением высокой доли бюджетного финансирования;
- высоким уровнем административного регулирования рынка бесплатных медицинских услуг;
- запретом на использование частных средств при оплате медицинской помощи, предоставляемой в рамках реализации Программы государственных гарантий.

ОТСУТСТВИЕ ЯСНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТАВА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Право граждан на бесплатную медицинскую помощь установлено ст. 41 Конституции РФ, согласно которой «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Данная формулировка права на бесплатную медицинскую помощь является развитием советского определения права граждан на охрану здоровья. В целом она характерна для стран с бюджетной моделью здравоохранения, где бесплатная медицинская помощь предоставляется исключительно сетью государственных учреждений, управление которыми, включая определение структуры и объема оказываемых медицинских услуг, осуществляют напрямую органы государственной власти (Великобритания, Канада, Швеция).

В странах со страховой моделью здравоохранения, где участие в оказании бесплатной медицинской помощи могут принимать как государственные (в т. ч. автономные) государственные учреждения, так и частные медицинские организации, государственные гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть строго определены во избежание возможных конфликтов:

- покупателя (государственных органов управления в сфере здравоохранения, страховых фондов) и медицинских организаций по поводу набора и объема оплачиваемых услуг;
- медицинских организаций и конечных потребителей по поводу набора и объема медицинских услуг, которые должны предоставляться бесплатно, возможности взимания платы за определенные виды медицинских услуг⁹.

Примером страхового подхода к определению состава государственных гарантий может служить Франция, где перечни медицинских услуг, изделий медицинского назначения и лекарственных средств, расходы на которые покрываются из средств ОМС, утверждаются на общегосударственном уровне и в дальнейшем принимаются региональными властями в качестве основы для определения порядка возмещения расходов¹⁰.

⁹ *Social Health Insurance Systems in Western Europe / European Observatory on Health Care Systems Series.*

¹⁰ *Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems / The Commonwealth Fund, 2013. P. 46.*

В России попытка определения состава государственных гарантий была впервые предпринята в 1998 г. при утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью¹¹ (с 2001 г. — Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи). Начиная с 2000 г. норма о гарантированном объеме Программы государственных гарантий (далее — Программы) была включена в Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан¹² (позднее — в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В то же время действующая Программа государственных гарантий ограничивается определением перечней видов, форм и условий бесплатной медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно¹³. Детализированный перечень бесплатных услуг и условий их предоставления российским законодательством по-прежнему не определен, что оставляет возможность конфликтов, связанных с принятием решения об оплате медицинской помощи.

Кроме того, отказ от детализированного определения состава государственных гарантий не позволяет решить следующие задачи, непосредственно связанные с эффективностью системы здравоохранения:

— обеспечить устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования¹⁴;

— обеспечить выбор оптимальных медицинских технологий, используемых при предоставлении бесплатной медицинской помощи. В отличие от большинства развитых стран в России до сих пор не формализован процесс оценки технологий здравоохранения. Как следствие, включение отдельных видов и направлений медицинской помощи в базовую Программу государственных гарантий и территориальные программы ОМС осуществляется без соответствующей научной базы и зачастую не соответствует специфике структуры заболеваемости населения и имеющимся ресурсам;

— разграничить бесплатные и платные медицинские услуги. Действующие правила предоставления платных медицинских услуг организациями, участвующими в реализации Программы, предполагают разделение по условиям оказания медицинской помощи, что существенно ограничивает возможности для развития платных медицинских услуг (в частности, запрещает взимать плату за использование новых медицинских технологий, отличных от массовых) и создает риски штрафных санкций для медицинских организаций, оказывающих платные услуги, поскольку однозначное определение допустимых оснований для взимания платы законодательством не установлено.

СОХРАНЕНИЕ ВЫСОКОЙ ДОЛИ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Сравнение показателей России с «новыми» странами ОЭСР, осуществившими аналогичный переход от бюджетной модели Семашко–Бевеиджа¹⁵ к страховому финансированию, наглядно показывает, что в отличие от европейских постсоциалистических стран

¹¹ Постановление Правительства РФ от 11.09.1998 № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

¹² Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1).

¹³ Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

¹⁴ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ст. 4, п. 2.

¹⁵ См.: Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татиринов А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2014. № 3. С. 23.

в России страховое финансирование не стало основным источником средств для системы здравоохранения (см. табл. 1).

Таблица 1

Структура финансового обеспечения здравоохранения, % от общих расходов

	Общественные расходы	В т. ч. расходы бюджетной системы	В т. ч. расходы фондов социального страхования	Частные расходы	В т. ч. расходы частного страхования	В т. ч. расходы из личных средств граждан
Венгрия	63,6	11,3	52,3	36,4	2,7	27,1
Польша	70,1	10,2	59,9	29,9	0,7	22,8
Словакия	70,5	7,4	63,1	29,5	н/д	22,8
Словения	73,3	4,2	69,1	26,7	13,5	11,9
Чехия	84,8	6,5	78,3	15,2	0,1	14,2
Эстония	79,9	10,8	69,1	20,1	0,3	18,4
Россия	61,0	32,3	28,7	39,0	2,7	34,3

Источник: World Health Organization. Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database>).

С 2013 г. в России принимаются меры по расширению доли страхового финансирования в рамках Программы государственных гарантий, что постепенно меняет соотношение источников (рис. 2). Тем не менее проблема согласования бюджетного и страхового финансирования бесплатной медицинской помощи остается нерешенной.

Рисунок 2

Источники финансового обеспечения Программы государственных гарантий



Примечание: в 2014 г. запланированная доля ОМС – 67,7 %, в 2015 г. – 71,2 %.

Источник: составлено авторами по данным Министерства здравоохранения РФ. Банк документов. Данные докладов о реализации Программы государственных гарантий в 2006–2012 гг. (<http://www.rosminzdrav.ru/documents>).

Сохранение неполного тарифа ОМС с компенсацией капитальных расходов государственных учреждений здравоохранения из средств бюджетной системы негативно влияет на конкуренцию в системе здравоохранения:

— порядок предоставления бюджетного финансирования государственным учреждениям здравоохранения по-прежнему не формализован, и основанием для осуществления бюджетных инвестиций в текущем периоде зачастую является объем постоянного капитала или объем затрат предшествующего периода, что создает стимулы для неоправданного увеличения затрат на постоянный капитал. Кроме того, отсутствие формализованной процедуры

определения потребностей в бюджетном финансировании позволяет использовать эти средства для поддержки неэффективных учреждений здравоохранения;

— средства для покрытия капитальных расходов, связанных с оказанием услуг в рамках реализации Программы государственных гарантий, могут получить только государственные учреждения здравоохранения. Возможность предоставления бюджетных инвестиций частным медицинским организациям, участвующим в реализации Программы, действующим законодательством не предусмотрена, что является препятствием для расширения участия частных организаций в реализации Программы.

В развитых странах проблема покрытия расходов, чрезмерно высоких для страхового финансирования, чаще всего решается также за счет бюджетного финансирования, но предоставляемого в соответствии с единой процедурой распределения бюджетных инвестиций всем медицинским организациям, участвующим в оказании бесплатной медицинской помощи. Такие механизмы возмещения капитальных расходов действуют, например, в Нидерландах и Швейцарии¹⁶.

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Кризис российской системы здравоохранения 1990-х гг. потребовал прямого государственного вмешательства не только в части нормативного регулирования бюджетного финансирования, но и в части прямого государственного управления отдельными областями общественного здравоохранения. Речь идет в первую очередь о создании территориальных фондов ОМС, обеспечивших реализацию страхового финансирования при недостаточном развитии страховых медицинских организаций. Традиция длительного административно-командного управления усилила эту тенденцию, постепенно закрепленную законодательством об основах охраны здоровья и ОМС.

В результате страховые медицинские организации, формально выполняющие функции покупателя медицинской помощи, оказались лишены ряда важнейших полномочий по контролю качества медицинской помощи и эффективному использованию средств, в т. ч. полномочий:

- по предварительному отбору поставщиков медицинских услуг с наилучшим соотношением цены и качества;
- по установлению индивидуальных тарифов для поставщиков с учетом качества оказываемых услуг;
- по установлению индивидуальных условий для потребителей с учетом их действий, оказывающих влияние на индивидуальные риски по здоровью.

В соответствии с законодательством страховые медицинские организации обязаны заключить договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС со всеми медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, и предоставить услуги по ОМС всем лицам, изъявившим соответствующее желание, на общих основаниях. Наиболее важные полномочия по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями и установлению уровня тарифов на оплату медицинской помощи переданы комиссии по разработке территориальной программы ОМС, ответственность которой за реализацию этой программы действующим законодательством не определена¹⁷.

¹⁶ Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. *International Profiles of Health Care Systems / The Commonwealth Fund*, 2013. P. 88, 122.

¹⁷ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

В то же время страховые медицинские организации в настоящий момент также не несут ответственности за финансовый результат деятельности. При превышении расходов над плановым уровнем они дофинансируются из средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС.

В ряде европейских стран (Нидерланды, Швейцария) расширение полномочий покупателя привело к формированию рыночно-страховых моделей, для которых характерны:

- законодательное определение условий базового страхового плана, устанавливающее обязанности страховых организаций предоставлять возможность приобретения базового страхового плана всем гражданам независимо от индивидуальных медицинских рисков конкретного гражданина;
- свобода страховых организаций в определении условий добровольного медицинского страхования на основе базового страхового плана;
- предоставление страховым организациям права отбора наиболее эффективных поставщиков медицинских услуг при условии обеспечения доступности медицинской помощи;
- предоставление страховым организациям возможности контролировать потребление медицинских услуг через создание системы управляемой медицинской помощи (обязательного первоначального обращения к врачу-диспетчеру, который определяет последующее лечение)¹⁸.

В странах с классической страховой моделью (например, в Германии) дерегулирование рынка бесплатных медицинских услуг и функций покупателя включало в себя преимущественно меры по развитию конкуренции между страховыми организациями (предоставление гражданам права свободного выбора страховой организации, возможности изменять ставку страхового взноса в пределах, установленных законодательством) и расширение участия представителей страховых организаций в принятии решений о перечне услуг, оплачиваемых из средств ОМС, и установлении тарифов¹⁹.

ЗАПРЕТ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧАСТНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Уровень прямых расходов из личных средств граждан (34,3 % в 2012 г.) в России остается значительно выше как уровня большинства развитых стран, так и рекомендованного норматива Всемирной организации здравоохранения (15–20 %), обеспечивающего финансовую защиту населения от банкротства в случае тяжелого заболевания²⁰.

При этом действующее российское законодательство содержит прямой запрет на взимание платы из личных средств граждан за оказание медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой государственных гарантий (ст. 41 п. 1. Конституции РФ, ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Таким образом, формально расходы из личных средств граждан являются замещающим источником финансирования, который используется при нежелании или невозможности обратиться за получением бесплатной медицинской помощи. Запрет на использование личных средств граждан

¹⁸ Leu R. et al. *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets* / Washington: The Commonwealth Fund, 2009.

¹⁹ Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. *International Profiles of Health Care Systems* / The Commonwealth Fund, 2013. P. 57–65.

²⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. С. 98.

в качестве дополняющего источника оплаты в рамках Программы приводит к следующим негативным последствиям:

— к невозможности регулировать потребление медицинских услуг через использование механизмов разделения затрат. В большинстве развитых стран разделение затрат применяется для сокращения необоснованного потребления медицинской помощи (соплатежи при каждом обращении за медицинской помощью или при обращении без назначения врача) или для поощрения рационального потребления (снижение уровня соплатежей при обращении за профилактической медицинской помощью, участия в регулярных медицинских осмотрах, ведении здорового образа жизни);

— к низкой эффективности частных расходов и росту неравенства в доступе к медицинской помощи. Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения показывают, что за платной медицинской помощью значительно чаще обращаются лица с высоким доходом и жители крупнейших и больших городов, тогда как самый низкий уровень обращаемости за платной медицинской помощью отмечается среди детей и лиц старше трудоспособного возраста²¹. Невозможность использовать средства для доплаты за более качественную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках реализации Программы государственных гарантий, вынуждает потребителей обращаться к полностью платной и существенно менее доступной медицинской помощи, оказываемой частными медицинскими организациями;

— к ограничению доступа медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, к дополнительному источнику финансирования. Действующие правила оказания платных медицинских услуг устанавливают закрытый перечень ситуаций, дающих медицинской организации, участвующей в реализации Программы, право на предоставление платных медицинских услуг²². При этом основным критерием разделения платных и бесплатных медицинских услуг становятся иные условия предоставления медицинской услуги по сравнению с условиями, установленными Программой в крайне общем виде, что не позволяет однозначно определить возможность предоставления платных медицинских услуг, например при использовании медицинских технологий более высокого уровня.

Сохранение высокой доли бюджетного финансирования общественного сектора здравоохранения и прямого государственного участия в управлении позволили обеспечить высокий уровень государственных гарантий населению в кризисный период, но одновременно привели к снижению эффективности использования средств вследствие искажения мотивации основных финансовых агентов.

Наиболее острыми проблемами действующей модели финансового обеспечения российской системы здравоохранения остаются:

— определение состава государственных гарантий, соответствующего фактическим потребностям населения и имеющимся финансовым ресурсам;

— определение порядка использования средств отдельных источников финансирования медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий с установлением ответственности финансового агента за результат;

— восстановление полномочий и ответственности страховых медицинских организаций как основного покупателя медицинской помощи, предоставляемой в рамках реализации Программы;

— расширение полномочий и ответственности конечного потребителя медицинских услуг.

²¹ Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С. В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. С. 37–42.

²² Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Базовое условие достаточного финансового обеспечения Программы государственных гарантий — детализация состава и объемов гарантированной медицинской помощи. Проведение работы по конкретизации Программы должно основываться на данных исследования фактических потребностей населения в медицинской помощи (с учетом региональных различий) и результатах оценки технологий здравоохранения.

Конкретизация Программы государственных гарантий позволит однозначно определить источники финансирования отдельных видов и услуг медицинской помощи. Проблема, связанная с ограничением состава тарифа ОМС и сохранением бюджетного финансирования для покрытия капитальных расходов учреждений здравоохранения, может быть решена путем включения инвестиционной составляющей в тариф ОМС или определения единой процедуры предоставления бюджетных инвестиций медицинским организациям всех форм собственности, участвующим в реализации Программы, и механизма контроля обоснованности инвестиций.

При дальнейшем расширении страховой составляющей в системе финансового обеспечения Программы государственных гарантий целесообразно передать страховым медицинским организациям ряд полномочий в области определения условий закупки медицинской помощи, в частности:

- отбор поставщиков медицинских услуг (право отказывать в заключении договора неэффективным поставщикам медицинских услуг при условии выполнения требований к обеспечению доступности медицинской помощи);

- определение условий взаимодействия с поставщиками медицинских услуг (право на согласование индивидуальных тарифов на оплату медицинской помощи, право на включение в договор с медицинской организацией условий, устанавливающих возможность поощрения или применения санкций к медицинской организации по результатам оценки);

- определение условий взаимодействия с застрахованными лицами (изменение условий страхования в установленных законодательством пределах при выполнении определенных условий договора, например снижение уровня обязательных соплатежей при регулярном прохождении диспансеризации).

Инструментом обеспечения заинтересованности страховых медицинских организаций в рациональном использовании средств ОМС является постепенная передача им страхового риска, т. е.:

- переход к полностью перспективному финансированию страховых медицинских организаций на основе дифференцированного подушевого норматива с отказом от последующего возмещения сверхнормативных расходов по итогам периода;

- передача страховым медицинским организациям полномочий по управлению средствами ОМС, включая создание, размещение и использование страховых резервов;

- передача страховым медицинским организациям ответственности за финансовый результат с отказом от возмещения убытков или изъятия прибыли по итогам периода (на начальных этапах передачи страхового риска возможно частичное перераспределение прибыли с учетом достижения целевых показателей здоровья прикрепленного населения).

Мотивация населения в рациональном поведении, направленном на сохранение здоровья, может быть достигнута путем использования механизмов разделения затрат, таких как установление обязательных соплатежей при обращении за медицинской помощью, уровень которых будет определяться выполнением застрахованным лицом определенных условий (прохождение диспансеризации, выполнение врачебных рекомендаций по сохранению и восстановлению здоровья). Другой вариант — это установление индивидуальных условий страхования (ставки страхового взноса на ОМС), определяемых выполнением застрахованным лицом перечисленных выше условий.

Библиография

1. Конституция РФ.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1).
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Постановление Правительства РФ от 11.09.1998 № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».
6. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
7. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010.
10. Министерство здравоохранения РФ. Банк документов. Данные докладов о реализации программы государственных гарантий в 2006–2012 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/documents>.
11. Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татаринов А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2014. № 3.
12. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С. В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008.
13. Федеральная служба государственной статистики. Население [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/.
14. Funding Health Care: Options for Europe / Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin S. (eds); European Observatory on Health Care Systems series. Buckingham: Open University Press, 2002.
15. Leu R. et al. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets / Washington: The Commonwealth Fund, 2009.
16. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin S. Funding Health Care: Options for Europe / European Observatory series. Buckingham, UK, 2002.
17. Saltman R. B., Busse R., Figueras J. (eds). Social Health Insurance Systems in Western Europe / European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, McGraw-Hill Education, London, 2004.
18. Social Health Insurance Systems in Western Europe / Saltman R. B., Busse R., Figueras J. (eds); European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, McGraw-Hill Education, London, 2004.
19. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems / The Commonwealth Fund, 2013.
20. Most Efficient Health Care 2014: Countries [Электронный ресурс] / Bloomberg L. P. Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.
21. Health at a Glance 2013: OECD Indicators [Электронный ресурс] / OECD. Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
22. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database>.