

МОДЕРНИЗАЦИЯ ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ

© 2013 Е.Н. Валиева*

Ключевые слова: финансовые потоки сферы здравоохранения, финансовый механизм здравоохранения, реформирование финансирования здравоохранения в Европе, совершенствование механизма обязательного медицинского страхования.

Представлен состав финансового механизма здравоохранения в Российской Федерации на современном этапе. Выявлены недостатки финансового механизма обязательного медицинского страхования. С учетом европейского опыта реформирования финансирования здравоохранения разработаны предложения по модернизации российской финансовой системы ОМС, направленные на повышение его экономической и социальной эффективности.

Финансовый механизм организаций социальной сферы основан на единых принципах целевого и эффективного использования финансовых ресурсов преимущественно из внешних источников для достижения важнейших общественных целей. В то же время при разработке финансового механизма здравоохранения необходимо учитывать специфику присущих ему финансовых отношений. Финансовые отношения опосредуются движением денежных средств (финансовых потоков) между их участниками (субъектами). Исследование характера финансовых потоков в здравоохранении (рис. 1) позволило сформулировать определение финансового механизма здравоохранения и дать характеристику его основным элементам в РФ (рис. 2).

Сложившийся финансовый механизм отрасли здравоохранения является результатом осуществления финансовой политики государства, намеченных мероприятий в сфере здравоохранения, действующих факторов, отражающих специфику отрасли, существующих условий формирования финансовых ресурсов и принятого порядка их расходования. Следует согласиться, что «сама возможность реализации социальных проектов задается именно властью. Выстраивая налоговую и иную политику на федеральном уровне и на местах, власть может либо создавать условия, либо препятствовать как развитию самого бизнеса, так и решению социальных проблем неравенства в глобальном масштабе»¹.

Таким образом, финансовый механизм здравоохранения - это генерированная научно обоснованными целями социальной политики государства совокупность источников и форм образования финансовых ресурсов отрасли, способов финансирования расходов, методов оплаты медицинских услуг, направлений и методов финансового контроля за целевым и эффективным использованием денежных средств в здравоохранении.

Наиболее перспективным и динамично развивающимся элементом финансового механизма отрасли является обязательное медицинское страхование. В целях развития страховой медицины в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РФ», принятом в 1991 г., в 1993 г. в РФ были созданы федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ОМС). Это положило начало развитию системы ОМС в РФ и его финансового механизма. Постановление Правительства РФ «Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и контроля за их реализацией» (1998) завершило институциональное формирование системы ОМС РФ и первый этап развития финансового механизма ОМС в РФ, который сохранял статус-кво до 2001 г.

Современный период развития механизма ОМС в РФ обусловлен началом нового модернизационного этапа развития здравоохранения и его финансового механизма с

* Валиева Елизавета Николаевна, доктор экономических наук, профессор Самарского государственного экономического университета. E-mail: vestnik_sgeu@mail.ru.

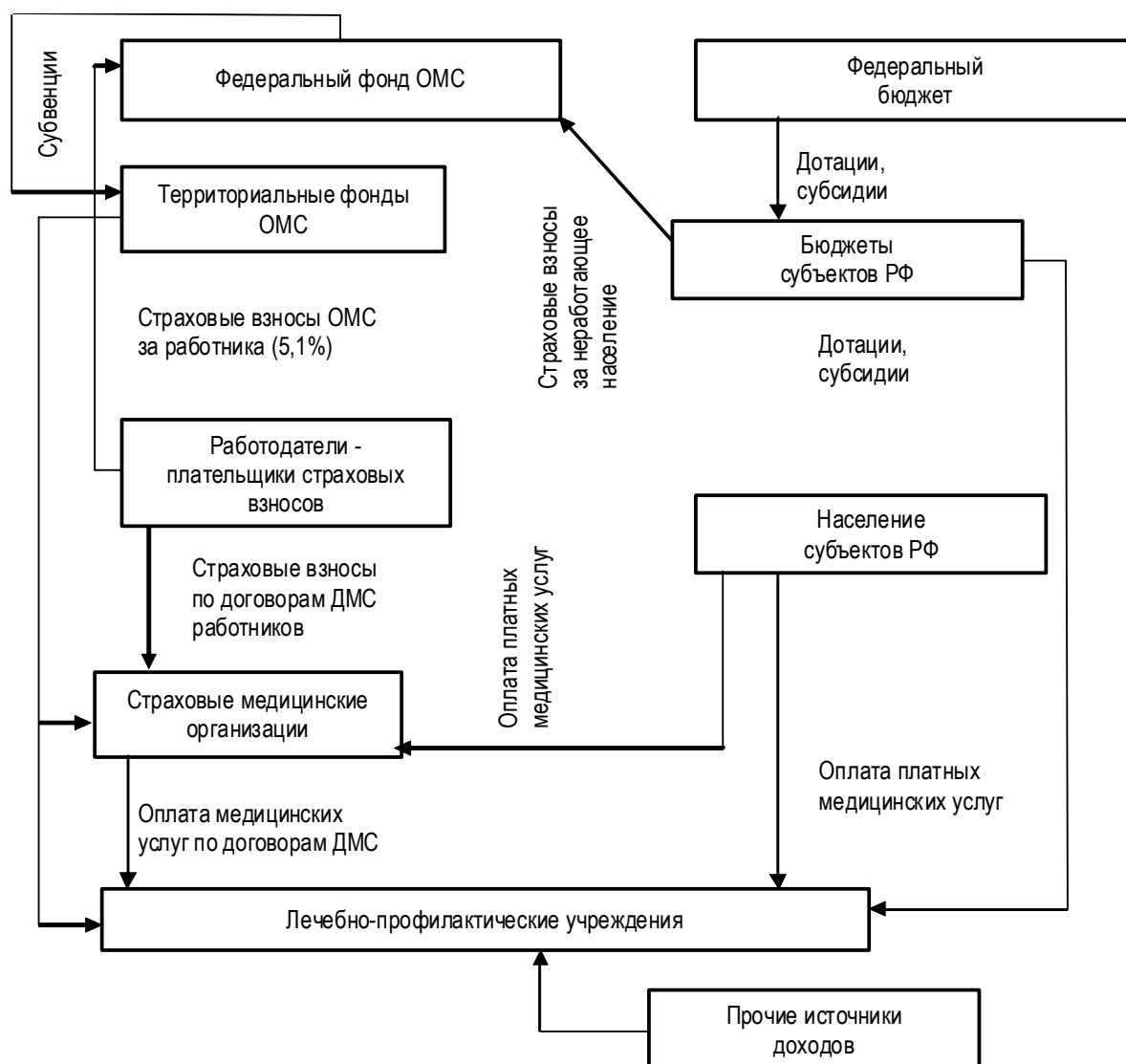


Рис. 1. Финансовые потоки сферы здравоохранения в РФ

января 2011 г. Потребность в реформах назрела объективно. Проведенное исследование показало, что созданная в России модель ОМС имеет низкую экономическую эффективность. Кроме того, в ней заложены следующие системные противоречия:

- ◆ несоответствие фактической стоимости медицинских услуг (а значит, и территориальной программы ОМС) расчетной стоимости, основанной на прогнозе доходов территориальных фондов ОМС;

- ◆ страховщики (СМО) ограничены в возможностях использования страховых принципов в своей экономической деятельности (в большей степени в процессе формирования страхового фонда);

- ◆ отсутствие финансовых стимулов в повышении качества медицинских услуг и индикаторов здоровья населения в ЛПУ, т.е. нет

заинтересованности в снижении страхового риска;

- ◆ порядок использования резервов СМО на оплату медицинских услуг ограничивает доступность медицинской помощи для застрахованных.

Задачей модернизации здравоохранения в области финансов является формирование одноканальной системы финансирования отрасли на базе системы обязательного медицинского страхования.

С 1 января 2011 г. после вступления в силу Закона “Об обязательном медицинском страховании в РФ” субъектами ОМС являются: страховщики - Федеральный и территориальные фонды ОМС; страхователи - работодатели и органы исполнительной власти РФ; застрахованные - работающее и неработающее население РФ. Изменился статус

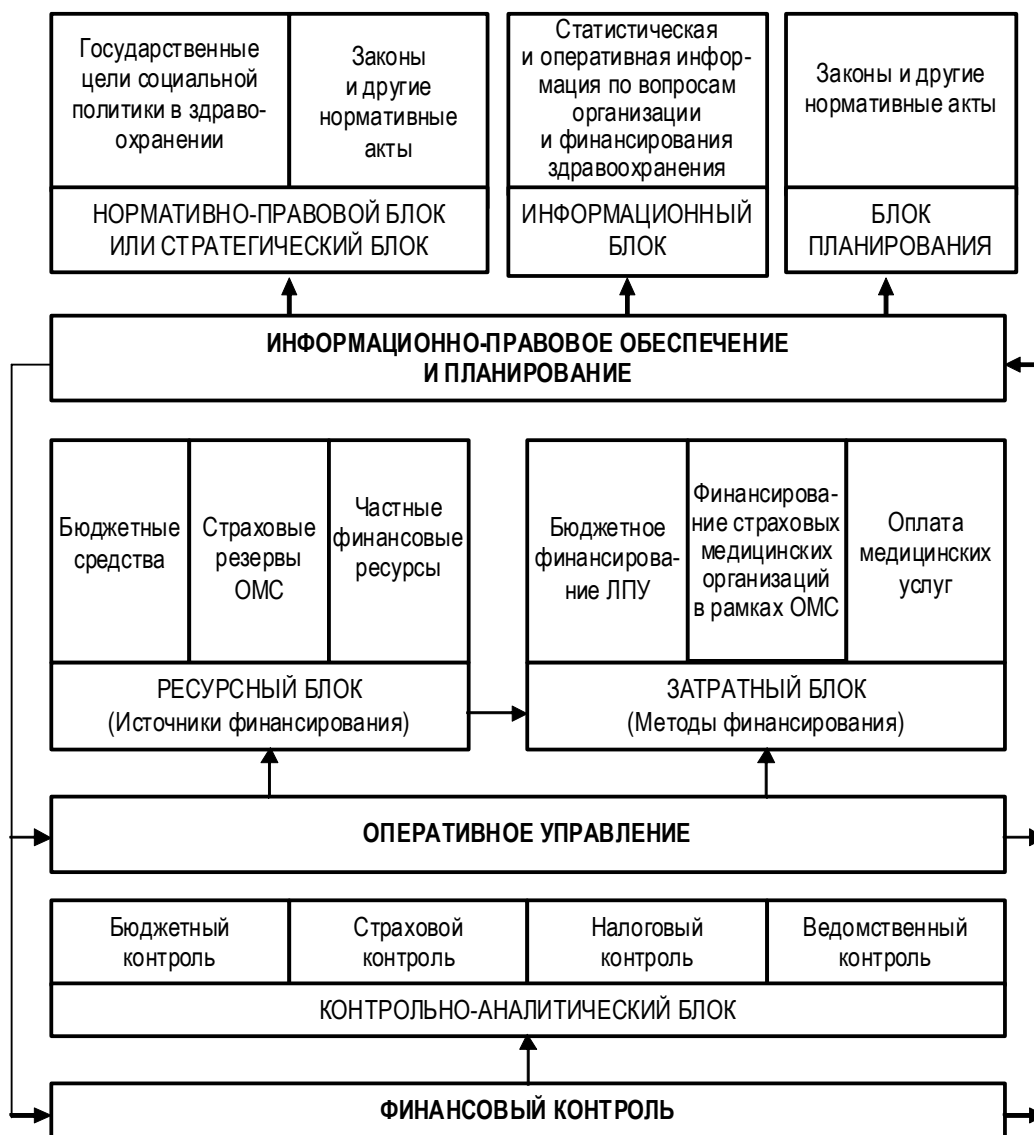


Рис. 2. Состав финансового механизма здравоохранения на этапах финансового управления в РФ

СМО: они больше не являются страховщиками, они теперь участники ОМС.

С 2011 г. размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения должен включать в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенных в тариф на оплату медицинской помощи статей расходов в соответствии с базовой программой ОМС на соответствующий год, ранее финансируемых из консолидированного бюджета субъекта РФ. Аккумулируемые в ФФОМС страховые взносы за работающее и неработающее население будут перечисляться в форме субвенций территориальным фондам ОМС. При необходимости будут также предоставляться дотации. Поряд-

ок финансирования определяет договор о финансовом обеспечении ОМС, заключаемый между страховой медицинской организацией и территориальным фондом.

В регионах приступили к реализации разработанных программ модернизации здравоохранения. Средняя стоимость программ на 2011-2012 гг. по регионам РФ составляет 10 млрд руб.² Реализация программ связана не с оплатой оказанных медицинских услуг в соответствии с нормативами базовой программы ОМС по Программе государственных гарантий на 2011 г., а с техническим переоснащением ЛПУ.

Статистические данные позволяют оценить необходимые для исполнения базовой программы ОМС средства: с учетом прогно-

зируемой численности населения в 2011 г. для 143,2 млн человек потребуется 567,55 млрд руб. При этом суммарные доходы фондов ОМС (без учета дополнительных взносов в размере 2% от средств на оплату труда, направляемых на модернизацию здравоохранения) прогнозируются в сумме 336 млрд руб. Дополнительные средства должны быть выделены властям субъектов РФ на ОМС неработающего населения согласно ст. 23 Закона \square 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ". Таким образом, сбалансированность системы ОМС по доходам и расходам весьма проблематична.

Изучение опыта стран ЕС позволило сформулировать ключевые позиции реформирования финансирования здравоохранения в Европе, конечной целью которого является повышение финансовой устойчивости системы здравоохранения:

- ◆ диверсификация источников государственных поступлений на нужды здравоохранения (страховые взносы, целевые налоги, текущие доходы бюджетной системы);

- ◆ концентрация финансовых ресурсов. Дробление на множество мелких общих фондов (например, фонды местных органов самоуправления, многочисленные фонды медицинского страхования) уменьшает возможности для перераспределения по сравнению с меньшим числом более крупных фондов, а также влечет за собой повышение административных расходов и снижает покупательную способность фонда;

- ◆ рационализация методов оплаты медицинских услуг. Реформирование системы закупок предполагает принятие решений о том, какие услуги здравоохранения следует финансировать, на каком уровне и с использованием каких стимулов.

Таким образом, концепция развития системы здравоохранения РФ и модернизация системы его финансирования, в том числе ОМС, осуществляется в русле европейских тенденций. В то же время особенности финансов здравоохранения и ОМС, а также организации отрасли и ее результативности в РФ (хроническое недофинансирование или финансирование по остаточному принципу, значительная территориальная дифференциация, недопустимо низкая оплата труда, ограничения в доступности медицинских услуг, негативные показатели ме-

дицинской статистики, сокращение средней продолжительности жизни и численности населения) требуют оригинальных подходов к реформированию и разработке национальных механизмов финансового обеспечения.

Проведенное исследование состава финансового механизма ОМС в РФ, структуры и динамики финансовых потоков, направления модернизации финансирования здравоохранения и аналогичного зарубежного опыта позволило разработать предложения, направленные на совершенствование механизма ОМС для достижения стратегических целей, сформулированных в Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г.

А. Нормативно-правовой (стратегический) блок.

Функция стратегического управления выходит далеко за рамки медико-санитарной помощи, оказывает воздействие и детерминируется результатами в других секторах. Для того чтобы Министерство здравоохранения и социального развития РФ могло добиться максимальных улучшений в здоровье населения при скудных финансовых ресурсах, которые у него имеются, и улучшить показатели работы здравоохранения, оно должно быть в состоянии выступать стратегическим лидером в других секторах.

Органы управления здравоохранением должны инициировать разработку стратегии повышения качества жизни населения РФ, предусмотрев в ней, помимо здравоохранения, развитие экологии, социальной инфраструктуры, пищевой промышленности, производства лекарственных средств и т.д.

Б. Блок планирования.

Корень недофинансирования ЛПУ - в определении на стадии планирования стоимости территориальных программ (ТП) ОМС.

По данным Федерального фонда ОМС, в 2009 г. в 76 субъектах территориальные программы ОМС были утверждены с дефицитом финансирования в общей сумме 160,4 млрд руб., или 24% от их расчетной стоимости. Фактические же расходы на исполнение программ оказались на 39,3 млрд руб., или на 7,2%, меньше утвержденных сумм. Если же не учитывать влияния тех регионов страны, где имел место профицит в финансировании ОМС, то фактическое исполнение территориальных программ оказалось ниже их рас-

четной стоимости на сумму 190,1 млрд руб., а величина дефицита средств колебалась по регионам страны от 6,4 до 61%. И это происходит в ситуации, когда подушевой норматив финансирования ТП ОМС (среднедушевая стоимость ТП) “подгоняется” под прогнозируемое поступление страховых взносов за работающее и неработающее население.

Для того чтобы увеличить эффективность реформирования финансирования медико-санитарной помощи в условиях макроэкономической нестабильности, должны быть установлены следующие приоритеты: когда это возможно и оправданно, помощь должна предоставляться в условиях, не требующих больших затрат; должен быть расширен спектр услуг, которые могут предоставляться в условиях, связанных с меньшими затратами; необходимо улучшить координацию действий внутри системы, чтобы преодолеть нерациональность в расходовании ресурсов вследствие раздробленности в предоставлении услуг и повысить качество помощи.

ТП ОМС должны включать в себя такой объем услуг, который система может профинансировать фактически. Недопустимо занижать среднюю стоимость единицы планируемого вида медицинской помощи. Только в этом случае будет обеспечиваться сбалансированность доходов и расходов ОМС регионов.

В. Ресурсный блок.

Необходимо обеспечить рост финансовых ресурсов ОМС - это лозунг дня. Правительство РФ предполагает увеличение объемов бюджетного финансирования (страховые взносы за неработающее население), источником которых являются текущие налоговые и неналоговые доходы. На данный момент их доля составляет более 60% в общем объеме финансовых ресурсов. В этой ситуации финансовая устойчивость системы ОМС становится заложницей налоговой динамики. Последняя, как известно, подвержена значительным колебаниям на различных стадиях макроэкономического воспроизводственного цикла. Поэтому предлагается ввести обязательный тариф на страхование работающего населения (например, граждан, имеющих детей) по ставке 0,1% с последующим повышением в ситуации, когда трудовые отношения в РФ будут соответствовать требованиям МОТ. Страховой взнос перечисляется в форме прямого вычета из начисленной зарплаты.

Г. Затратный блок.

Существующая в стране система распределения финансовых ресурсов в рамках ОМС предусматривает движение средств от страхователей к фондам ОМС, а от них - к страховым медицинским организациям и далее к медицинским учреждениям. Таким образом, в данной конструкции, во-первых, отсутствует единый субъект, выполняющий все функции страховщика, во-вторых, в ней между страхователями и конечными получателями средств, медицинскими учреждениями, имеется сразу три посреднических звена - федеральный и территориальные фонды, а также страховые организации. Представляется, что такой вариант не является оптимальным по нескольким причинам. Во-первых, наличие трех посреднических звеньев повышает затраты на организационное функционирование системы. Во-вторых, отсутствие единого страховщика, несущего полную ответственность по обязательствам, связанным с предоставлением медицинских услуг и с их оплатой, усложняет механизм контроля и предъявления претензий. В-третьих, усложняется взаимодействие между отдельными звеньями структуры, что повышает вероятность сбоев.

Закон “Об обязательном медицинском страховании в РФ” не предполагает использование страховыми медицинскими организациями специфических страховых механизмов управления финансовыми ресурсами. Возложенные на них функции могут быть переданы филиалам ТФОМС.

Концентрация ресурсов в ФФОМС будет иметь неоднозначные последствия для финансовой устойчивости и эффективности системы. Необходимо либо сохранить дореформенный порядок полномочий и финансовых потоков между ФФОМС, ТФОМС и бюджетами субъектов РФ, либо создать единую структуру на первом уровне бюджетной системы - Фонд ОМС РФ с отделениями в регионах по аналогии с ПФР.

Современные нормы не стимулируют инициативную и эффективную деятельность ТФОМС, так как они являются пассивными посредниками между ФФОМС и СМО. При этом разработка ТП ОМС, принятие бюджета ТФОМС остаются в компетенции органов исполнительной власти субъекта РФ. В этом случае неизбежен рост транзакционных из-

держек, связанных с обменом информацией и преодолением оппортунизма.

Еще одним не проработанным в Концепции вопросом является определение в тарифах оплаты медицинских услуг, основанных на стандартах медицинской помощи, доли оплаты труда медицинских работников, а также системы оплаты их труда. Ныне существующая система оплаты по окладам в зависимости от категории ликвидировала престиж профессии и привела к профессиональной деградации работников здравоохранения.

Предполагается:

1) четко определить долю оплаты труда врача и других медработников в тарифе оплаты тарифицируемых медицинских услуг;

2) рассчитывать размер оплаты труда медицинских работников за период (месяц) (ЗП) по следующей формуле:

$$ЗП = \sum_{i=1, j=1}^{mm} T_j \cdot d_j \cdot K_i,$$

где i - количество оказанных врачом услуг в течение месяца; j - виды услуг; T_j - тариф на j -услугу, руб.; d_j - доля зарплаты в тарифе на j -услугу; K_i - i -е количество оказанных врачом j -услуг.

Данный метод с учетом права выбора пациентом клиники и врача обеспечит справедливость оплаты труда, стимулирование профессионального роста и повышение качества медицинского обслуживания.

Д. Контрольно-аналитический блок.

Представляется, что в формирующейся схеме финансовых потоков наибольшее количество финансовых нарушений будут допускать ЛПУ в процессе определения объемов оказанных услуг и выставления счетов на их оплату. Необходимо усилить экспертный врачебный контроль со стороны СМО или филиалов ТФОМС за соответствием предоставленных застрахованному услуг нуждаемости в них. Эффективной организации такого контроля могло бы способствовать внедрение в практику обязательного визирования пациентом документа, в котором перечислены виды и количество оказанных ему услуг за период лечения.

Суть предлагаемых мер можно резюмировать следующим образом: повышение рациональности в расходовании ресурсов должно восприниматься как средство получения большей производимой ценности, т.е. большей степени достижения целей, связанных с показателями деятельности системы здравоохранения, при имеющихся ресурсах.

¹ *Беляева И.Ю., Данилова О.В.* Социальное инвестирование в современной России // Вестн. Самар. гос. экон. ун-та. Самара, 2011. □ 11 (85). С. 30.

² Статистика стран СНГ. URL: www.cisstat.com/base/population2011/1/rus/doc.

Поступила в редакцию 07.11.2012 г.