

РЕФОРМИРОВАНИЕ МЕХАНИЗМА ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

© 2018 Е.А. Разумовская, Ю.В. Истомина, Д.Ю. Разумовский, В.В. Фоменко*

Вопросы эффективности финансирования системы здравоохранения сохраняют свою актуальность для многих стран, в том числе и для России. Реформа отечественного здравоохранения продолжается, и после перехода на одноканальное финансирование стали видны не только его преимущества, но и недостатки. Основной задачей страховой медицины является повышение заинтересованности работников организаций здравоохранения в конечных результатах своей работы - в вылечиваемости пациентов. Однако эта задача сопряжена, очевидно, с финансированием, обеспечивающим обновление оборудования и инструментария, повышение квалификации медицинских работников и закупку всех необходимых препаратов. Настоящая статья носит обзорный характер и направлена на рассмотрение особенностей организации финансовых потоков в системе обязательного медицинского страхования при ее одноканальном финансировании. Результатом работы стали анализ и систематизация сильных и слабых сторон одноканального финансирования медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Основным выводом является мнение авторов о том, что роль страховых компаний в системе обязательного медицинского страхования сводится, по сути, лишь к анализу счетов медицинских организаций и к перечислению денег на их счета, при этом ответственность за результаты лечения полностью несут медицинские работники.

Ключевые слова: здравоохранение, обязательное медицинское страхование, финансирование государственных расходов.

Основные положения:

- ♦ разработана схема денежных потоков в здравоохранении при его одноканальном финансировании;
- ♦ выявлены преимущества одноканального финансирования;
- ♦ раскрыты направления и принципы организации финансовых потоков в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) при ее одноканальном финансировании.

Введение

Фактический переход на оказание платных медицинских услуг в российской системе здравоохранения произошел уже давно, и никто не оспаривает объективную потребность в них. Ответ на вопрос о том, формируют ли платные услуги конкуренцию среди медицинских организаций (МО), вероятно, не

однозначен, хотя очевидно, что успешное функционирование медицинской организации в значительной степени зависит от заинтересованности ее сотрудников в результатах своей деятельности. Высокая приоритетность здоровья нации как неотъемлемый элемент трудового потенциала общества и важнейшая характеристика социально-экономичес-

* Разумовская Елена Александровна, доктор экономических наук, профессор кафедры финансов, денежного обращения и кредита Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, профессор кафедры социально-экономических дисциплин Уральского юридического института Министерства внутренних дел Российской Федерации, профессор кафедры финансовых рынков и банковского дела Уральского государственного экономического университета, профессор кафедры прикладной экономики Технического университета УГМК, г. Екатеринбург. E-mail: gasumovskaya.pochta@gmail.com; Истомина Юлия Владимировна, ст. преподаватель, ведущий документовед отдела организации учебной работы института ВШЭМ Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург. E-mail: 080980Y@mail.ru; Разумовский Денис Юрьевич, магистрант Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург. E-mail: jobs.mail35@gmail.com; Фоменко Валерия Викторовна, преподаватель Уральского юридического института Министерства внутренних дел Российской Федерации, г. Екатеринбург. E-mail: val-f@inbox.ru.

кого развития страны обуславливает настоятельную необходимость реформирования системы оказания медицинской помощи населению России.

Особое место в системе здравоохранения занимают государственные учреждения, интегрированные в систему обязательного медицинского страхования для решения главной задачи - охраны здоровья граждан. Этот фактор определяет потенциальные возможности развития государства и характеризует уровень социально-экономического развития страны.

Финансирование частных медицинских учреждений и организаций здравоохранения остается крайне важной задачей с позиции их интеграции в систему ОМС. Именно создание комплексной общенациональной системы, способной обеспечить медицинское обслуживание населения на приемлемых для всех ее участников условиях, является основой реформы здравоохранения, проводимой в национальном масштабе. Актуальность данного направления для России не вызывает сомнений. По мнению Президента РФ, "нужно понимать, что без современного здравоохранения... генетики, биологии нам просто невозможно будет сохраниться... для самосохранения, для обеспечения будущего страны, будущего наших граждан, будущих поколений нужно решить эту сверхзадачу"¹.

Оказание медицинской помощи гражданам осуществляет сегодня структура, состоящая из государственных и частных медицинских организаций и учреждений. Последние частично интегрированы в ОМС. Кроме непосредственно медицинских учреждений, структура включает в себя страховые организации, обеспечивающие взаимодействие между медицинскими организациями и Фондом обязательного медицинского страхования по вопросам финансирования медицинской помощи населению страны. Финансовое обеспечение национальной системы здравоохранения, в целом, нуждается в совершенствовании, что признают специалисты всех ее уровней.

Методы

Методологическую основу исследования составили общенаучные методы познания, включая методы анализа и синтеза.

Результаты

Система обязательного медицинского страхования в России была создана в дополнение к модели, исторически существовавшей со времен советской плановой экономики, в результате чего сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения, действующая в настоящее время. Эта модель основана на принципе привлечения средств бюджетов всех уровней Российской Федерации и Фонда ОМС. Бюджетно-страховая модель сочетает в себе опыт развитых стран, таких как Франция, Германия, Италия, использующих страховые принципы финансирования медицинской помощи и практику бюджетного финансирования медицинского обслуживания, которая действует в Англии, Дании, Ирландии. В США основной объем медицинской помощи финансируется частными страховыми компаниями на страховых принципах.

Реформирование механизма финансирования национальной системы здравоохранения реализовано Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", которым предусмотрено применение принципа одноканального финансирования².

Принцип одноканальности предполагает, что источником основной части средств является система обязательного медицинского страхования (Фонд ОМС), при этом оплата стала определяться исходя из конечного результата в соответствии с комплексными показателями объема и качества оказанных медицинских услуг.

Применение многоканального принципа не обеспечивало достаточного качества медицинской помощи, что потенциально опасно такими последствиями, как ухудшение показателей здоровья населения и износ материально-технической базы медицинских организаций. Причина этого состоит в недофинансировании здравоохранения и в невозможности реализации контроля над целевым финансированием медицинских организаций исходя из объема их работы.

Применение одноканального финансирования в течение 7 лет уже привело к повышению прозрачности финансовых потоков в здравоохранении и к обеспечению государственных гарантий оказания медицинской

помощи гражданам вне зависимости от места их регистрации. Схематично распределение денежных потоков в здравоохранении при одноканальном финансировании приведено на рис. 1.

Система предполагает финансирование медицинских организаций исходя из качества и объемов оказанных каждой из них медицинских услуг. Совершенно очевидно, что такой принцип порождает заинтересованность в результатах лечения пациентов, поскольку необоснованные приемы и консультации, избыточные сроки госпитализации и прочие недобросовестные случаи становятся медицинским организациям невыгодными. Контроль, который осуществляется за деятельностью медицинских организаций, основан на конкретных критериях исходя из диагноза: объем и виды помощи прописаны и их необходимо соблюдать.

Кроме того, существуют и другие преимущества одноканального финансирования (рис. 2).

В частности, размещение государственных заказов, инициированных муниципальными органами власти в любых (исходя из

проведения конкурсных процедур государственных закупок) медицинских организациях, позволяет эффективно расходовать средства и учитывать специфику медицинских учреждений, применяющих сложное оборудование для диагностики и лечения заболеваний. Примером может быть заключение договоров на корпоративные программы диспансеризации и профилактические осмотры.

Наделение определенной свободой медицинских организаций в вопросах распоряжения финансированием не приводит, как показывает опыт реализации одноканального финансирования, к его нецелевому использованию. Напротив, у медицинских организаций возникает мотивация для сокращения нерациональных и неэффективных расходов. Кроме того, контроль качества оказанных медицинских услуг страховыми организациями проводится по действенным, а не формальным критериям: учитывается исход лечения каждого отдельного случая заболевания.

Одноканальное финансирование предполагает реализацию точного учета средств в рамках медицинских карт и историй болез-

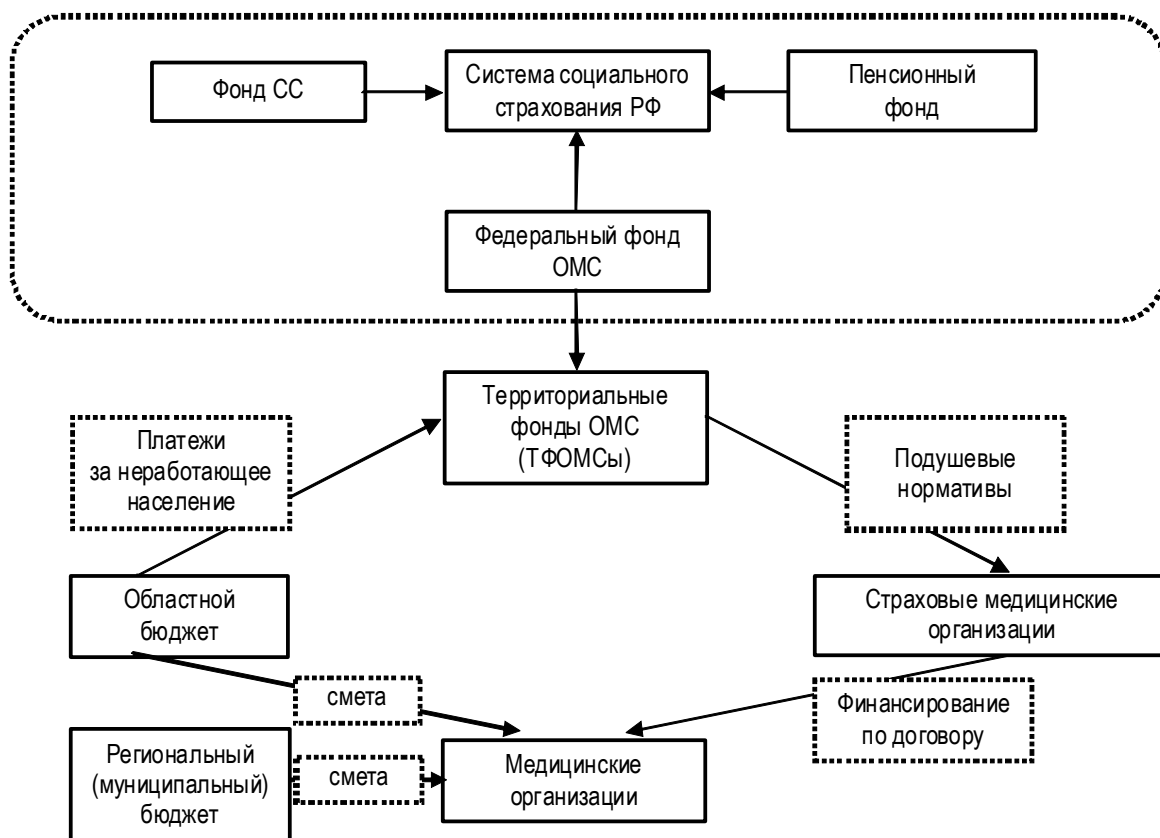


Рис. 1. Схема денежных потоков в здравоохранении при одноканальном финансировании

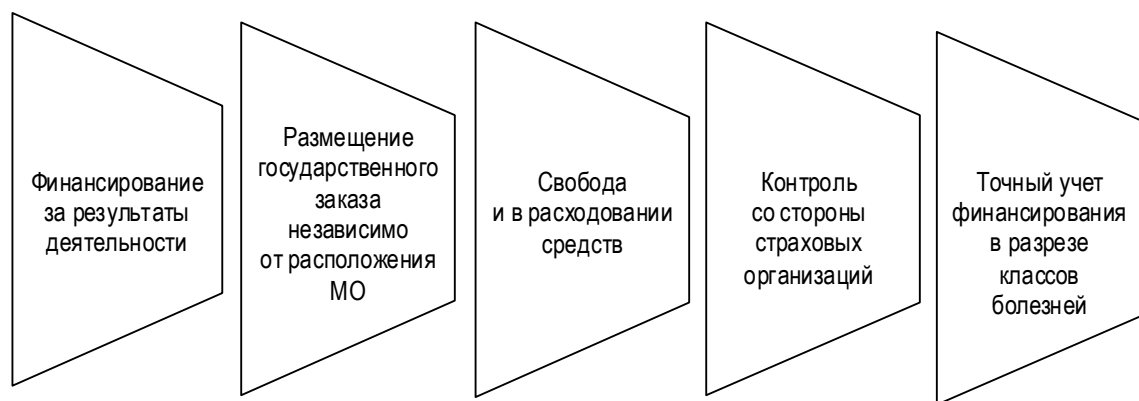


Рис. 2. Преимущества одноканального финансирования

ней исходя из их категорий и диагностированных заболеваний. Применение клинко-статистических групп в оплате медицинской помощи способствует оптимальному распределению финансовых ресурсов³.

Наличие вполне очевидных преимуществ модели одноканального финансирования не исключает, однако, и некоторых слабых ее сторон, главной из которых является неравномерность финансирования медицинских учреждений. Разумеется, это обстоятельство не следует рассматривать однозначно: финансирование по результатам деятельности значительно более эффективно, но в условиях отдаленных территорий с малой плотностью населения и с существенной долей людей старшего возраста показатель выживаемости не может применяться как единственный критерий эффективности медицинских организаций. Охват первичной медицинской помощью сельских населенных пунктов с числом жителей 100-300 чел. осуществляется посредством фельдшерско-акушерских пунктов и пунктов первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

Другой слабой стороной системы одноканального финансирования здравоохранения можно считать ситуации, когда происходят задержки по оплате уже оказанной медицинской помощи медицинскими организациями, фондами ОМС и страховыми компаниями. Такие ситуации, безусловно, связаны с функционированием самой системы, порождающим необходимость обработки большого количества детализированных денежных потоков. Эти потоки формируют организационно-финансовые взаимоотношения в системе ОМС (рис. 3).

Реализация одноканального финансирования призвана обновить в масштабах государства более 12 000 единиц сложной медицинской диагностической и лечебной аппаратуры, прослужившей 10 и более лет: 57% единиц оборудования, эксплуатирующегося в медицинских организациях России, подлежат замене. Кроме того, около 43% российских больниц и поликлиник нуждаются в капитальном ремонте.

По данным OECD Health Statistics, в 2017 г. общий объем расходов на здравоохранение в странах ОЭСР составил в среднем 9,8 % от ВВП европейских государств, из них 4,2 % приходилось на частные источники финансирования; в США, соответственно, - 16,9 и 8,9 %, в России - 4,3 и 1,7 %⁴. Таким образом, доля общих расходов на финансирование медицинской помощи в ВВП России в 2,27 раза меньше, чем в странах ОЭСР, и в 3,9 раза меньше, чем в США. Доля государственных расходов на финансирование здравоохранения составляет 42,8 % в странах ОЭСР и 52,7 % в США.

Объем финансирования здравоохранения на душу населения в 2017 г. составил в странах ОЭСР 3484 долл., в США - 8745, в России - 1474. Таким образом, в России государственные расходы на финансирование здравоохранения в расчете на душу населения в 2,3 раза меньше, чем в странах ОЭСР, и в 5,9 раза меньше, чем в США.

Обсуждение

Затруднительно дать однозначный ответ на вопрос о том, какая система финансирования здравоохранения предпочтительнее. Различные системы оказывают влияние на уровень доступности медицинской помощи,

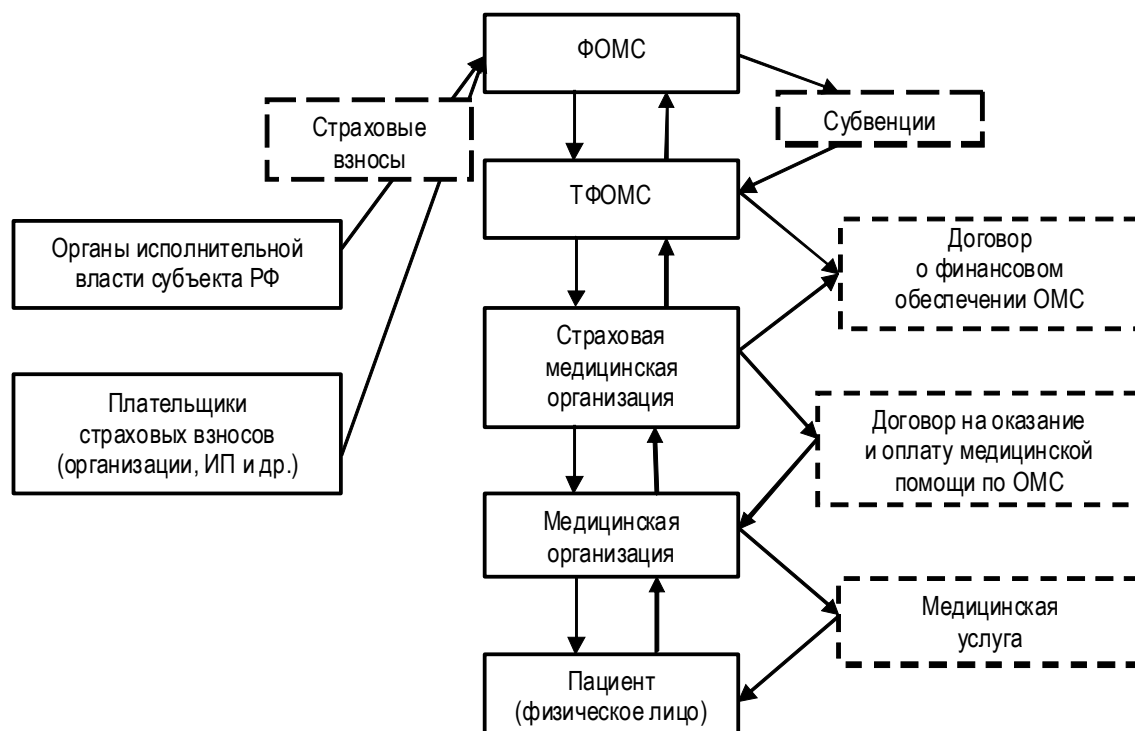


Рис. 3. Схема организации финансовых потоков в системе ОМС при одноканальном финансировании

на заболеваемость населения (прямо и косвенно), на объем средств, остающихся у населения после оплаты медицинских услуг. Страховой механизм финансового обеспечения здравоохранения в различной степени применяется во многих развитых странах, причем доля обязательного медицинского страхования в структуре государственных расходов на здравоохранение колеблется от 55 до 95%⁵.

Мировой опыт показывает, что для создания жизнеспособной системы здравоохранения необходимо вкладывать в среднем по 1600 долл. на душу населения в год. Зарубежные исследования позволили установить, что в странах с меньшим нормативом расходования средств не происходит существенного улучшения состояния здоровья населения. Критерии состояния здоровья комплексные и включают в себя не только среднюю продолжительность жизни, но и такие показатели, как материнская и младенческая смертность, прогнозная продолжительность жизни при рождении, смертность от инфекционных и наследственных заболеваний, показатели субъективного самочувствия и самооценки состояния физического и психологического здоровья и ряд других.

Выводы

Современное состояние системы здравоохранения вызывает острую потребность в развитии эффективной модели финансирования, каковой является одноканальная модель. Однако, кроме объективных внешних факторов, которые уже задействованы, необходимы и внутренние факторы, например стимулирование самих медицинских организаций и работников с позиции целесообразности для них качественной работы в рамках одноканальной системы. Иначе, если медицинские организации не обслуживают население в объемах и по направлениям медицинской помощи, предусматривающей использование сложной медицинской аппаратуры и техники, они не могут рассчитывать на соответствующее финансирование.

Обсуждение реформы ОМС в части повышения ответственности страховых компаний за здоровье людей происходит с участием крупнейших страховщиков на федеральном уровне. Суть реформы состоит в повышении роли страховых компаний, чтобы, кроме циркуляции денег и анализа выставляемых медицинскими организациями счетов, они были бы заинтересованы в конечном результате - в вылечиваемости пациентов. Реформирование финансирования здравоохранения

стартовало в нескольких пилотных регионах РФ: фактический сметный принцип, основанный на подушевом нормативе и прогнозе заболеваемости в регионах, признан недостаточно прозрачным, поэтому в практике встречаются приписки, формируемые медицинскими организациями для получения средств на обновление оборудования и другие нужды. Остается дискуссионным вопрос, сможет ли решить этот конфликт интересов между недостаточным финансированием МО и выделяемыми целевыми средствами открытие медицинских карт на портале государственных услуг. Указанная мера, вероятно, позволит избежать фальсификаций, но остается задача обоснования тарифов, которые в существующих условиях определяются крайне непрозрачно: региональные власти, по сути, и клиники учреждают, и медицинскую помощь покупают, и контролируют ее качество. Клиники, которым денег не хватает, пытаются их дособрать - так и появляются приписки⁶.

Предлагаемое решение состоит в предложении регионам выделять финансирование в рамках ОМС на те виды медицинской

помощи, расходы на которые легче прогнозируются (главным образом, на амбулаторную помощь), и привлекать страховые компании к формированию обоснованных и взвешенных тарифов на услуги здравоохранения.

¹ Материалы предвыборной программы В.В. Путина. URL: <https://www.vedomosti.ru> (дата обращения: 31.01.2018).

² Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ : [ред. от 28.12.2016]. URL: <http://consultant.ru>.

³ Брыксина Н.В., Ошкордина А.А. Роль системы оплаты медицинской помощи в управлении эффективностью региональной модели обязательного медицинского страхования // Экономика и предпринимательство. 2016. № 12-1 (77-1). С. 899-906.

⁴ Данные OECD Health Statistics 2017. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

⁵ Там же.

⁶ URL: <https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2018/02/05/749888-gosudarstvo-rashodov-meditsinu>.

Поступила в редакцию 28.12.2017 г.

REFORMING THE FINANCING MECHANISM OF MEDICAL INSURANCE IN RUSSIA

© 2018 E.A. Razumovskaya, Yu.V. Istomina, D.Yu. Razumovsky, V.V. Fomenko*

Issues of the effective financing the health system remain relevant for many countries, including Russia. The reform of the national health care system continues, and after switching to single-channel financing, not only its advantages but also its shortcomings became visible. The main objective of insurance medicine is to increase the interest of health workers in the final results of their work - to treat patients. However, this task is obviously associated with financing, providing for the renewal of equipment and tools, upgrading the skills of medical workers and purchasing all necessary drugs. This article is of an overview nature and is aimed at considering the specifics of financial flows in the system of compulsory medical insurance with its single-channel financing. The article analyzes and systemizes strengths and weaknesses of single-channel financing of medical services in the framework of compulsory health insurance. The main conclusion is the authors' opinion that the role of insurance companies in the system of compulsory medical insurance is to analyze accounts of medical organizations and transfer money to their accounts, while the responsibility for the results of treatment is completely borne by medical workers.

Keywords: health care, compulsory medical insurance, financing of public expenditures.

Highlights:

- ◆ a scheme of cash flows in health care with its one-channel financing is illustrated;
- ◆ the advantages of single-channel financing are revealed;
- ◆ the directions and principles for functioning of financial flows in the system of compulsory medical insurance (OMC) with its one-channel financing are disclosed.

Received for publication on 28.12.2017

* Elena A. Razumovskaya, Doctor of Economics, Professor of Finance, Currency Circulation and Credit Department, Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin; Professor of Social and Economic Sciences Department, Ural Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, Professor of Financial Markets and Banking Department, Ural State University of Economics, Professor of the Applied Economics Department, Technical University of Ural Mining and Metallurgical Company, Ekaterinburg. E-mail: rasumovskaya.pochta@gmail.com; Julia V. Istomina, a senior lecturer, leading document manager, Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Ekaterinburg. E-mail: 080980Y@mail.ru; Denis Yu. Razumovsky, a Master's degree student, Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Ekaterinburg. E-mail: jobs.mail35@gmail.com; Valeria V. Fomenko, a lecturer, Ural Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, Ekaterinburg. E-mail: val-f@inbox.ru.