

УДК 336.61

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Фоменко В.В.

*ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Екатеринбург, e-mail: val-f@el.ru*

Проанализированы современные проблемы финансирования системы оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и предложены новые методы финансирования и практические рекомендации по их применению. В качестве одного из методов финансирования здравоохранения в исследовании рассмотрена интеграция систем обязательного и добровольного медицинского страхования, которая позволит привлечь дополнительные финансовые ресурсы, приведет к сокращению дублирующих платежей в отрасли, повысит заинтересованность частных клиник в реализации государственных гарантий, обеспечит рост качества медицинского обслуживания населения. В целях повышения результативности деятельности предложено использование системы присвоения рейтингов государственным и частным медицинским организациям и установление прямой зависимости между присвоенным рейтингом и объемами финансирования сверх установленных тарифов. Дополнительные финансовые ресурсы предполагается направить на материальное стимулирование работников системы здравоохранения и формирование фондов развития, характер использования которых будет определяться руководителем учреждения. Следовательно, лечебно-профилактические учреждения будут заинтересованы в постоянном повышении своего рейтинга в целях привлечения дополнительных ресурсов, а медицинский персонал будет заинтересован в повышении качества обслуживания населения, потому что от количества пациентов, удовлетворенных лечением, будет зависеть объем дополнительного материального поощрения, что в итоге станет объективной предпосылкой развития отрасли в целом.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, медицинское страхование, рейтинговая система

ACTUAL PROBLEMS OF THE NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM FINANCING

Fomenko V.V.

Ural Federal University n.a. the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, e-mail: val-f@el.ru

This study analyses the modern problems of health care system financing for population of Russian Federation and suggests new methods of financing and practical recommendations of its appliance. The integration of compulsory and voluntary medical insurance, as one of the methods of health care system financing, allows to attract additional financial resources, reduces backup payments in the field, increases private clinics' interest in the state safeguards realization, provides the increase of health care system quality. In order to raise activity's efficiency, the system of rates is suggested for state and private medical organizations and according to the rating the financing over the fixed values is provided. The additional financial resources are suggested to be focused on material stimulation of medical staff and development funds formation, which can be used according to the organization's needs. Therefore, medical institutions will be interested in their rating increase in order to attract additional resources, and also medical staff will be interested in service quality's increase; because the value of additional financial incentives will depend on to patients' satisfaction. This measure can be objective precondition to the field's development in general.

Keywords: financing of the health care system, medical insurance, rating system

Согласно статье 41 Конституции Российской Федерации, «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [3]. Однако наличие фундаментальных проблем в здравоохранении не позволяет гражданам реализовывать это право в достаточном объеме.

Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации здоровье граждан представляется в качестве социально-экономической категории, оно включается в национальное богатство страны и является неотъемлемым элементом трудового потенциала общества. Следовательно, на современном этапе развития решение проблем финансирования здравоохранения, создание условий для повышения

качества и доступности медицинской помощи приобретает жизненно важное значение и с учетом демографической ситуации становится приоритетным направлением государственной политики в целях сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Учитывая актуальность этого направления, в рамках данного исследования были проанализированы современные проблемы финансирования национального здравоохранения и представлены новые методы финансирования и практические рекомендации по их применению.

Основной государственной системы здравоохранения является принцип равенства при оказании медицинской помощи. Обеспечение географической доступности лечебно-профилактических учреждений, объективного времени ожидания медицинской помощи, ее достаточных объемов и уровня

качества для всех возрастных групп населения требует существенных финансовых вложений в национальную систему охраны здоровья. Существует возрастной парадокс, который заключается в том, что затраты на оказание медицинской помощи людям в возрасте от 65 лет и старше составляют от 30 до 50 % общих расходов в здравоохранении [10]. Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше составляет более 7 % всего населения. В Российской Федерации данный показатель в настоящее время превышает 12 % [5].

Старение населения влечет за собой повышение уровня заболеваемости и нетрудоспособности, а также снижение качества жизни, что в свою очередь приводит к возникновению проблем с трудовыми ресурсами (как количественных, так и качественных) и росту затрат в системе здравоохранения. Высокий уровень расходов обусловлен, главным образом, обращением к дорогостоящей стационарной помощи. В настоящее время соотношение объемов стационарной и амбулаторной помощи составляет 70 и 30 % соответственно и наряду с ростом затрат, обусловленным таким соотношением и влиянием возрастного парадокса, все более актуальным становится вопрос эффективности действующей системы оплаты медицинских услуг, особенно в условиях перехода на одноканальное финансирование.

На Заседании президиума Госсовета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи», проведенном в июле 2013 г., Президент отметил, что «...нужно смелее отказываться от неэффективных методов управления, когда средства направляются на содержание койко-мест» [6]. Поэтому наряду с изменениями в системе организации медицинской помощи, развитием стационарзамещающих технологий, профилактическими мерами и мерами социального характера, которые могут повлиять на затратность здравоохранения в сторону ее снижения, необходимо повсеместное внедрение в деятельность лечебно-профилактических учреждений принципов и моделей управления, направленных на результат. Ориентация на результат в оплате медицинских услуг может стать объективным условием повышения качества оказываемой помощи, потому что объем получаемых средств будет находиться в зависимости от количества качественно пролеченных людей, а не от количества посещений, койко-дней и т.п.

Но стоит отметить, что даже самое рациональное использование имеющихся фи-

нансовых ресурсов не сможет решить проблему финансового дефицита. Российская Федерация относится к группе стран с неприоритетным типом здравоохранения в отличие от США и других развитых стран. Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в объеме валового внутреннего продукта Российской Федерации оценивается на уровне 4 % [9]. Финансирование гарантированной государством медицинской помощи должно соответствовать ее объемам. При дефиците финансирования заявленные гарантии не могут быть обеспечены, что, с одной стороны, влечет за собой нарушение прав граждан, а с другой, вынуждает их доплачивать за медицинскую помощь из личных средств.

Конечно, государственная медицина ориентирована на усредненные стандарты обслуживания населения, ее основные критерии – массовость, доступность, бесплатность. Система обязательного медицинского страхования в целом обеспечивает потребности населения в медицинской помощи в рамках этих стандартов и выполняет свою роль важного элемента социальной защиты граждан Российской Федерации [2]. Но, несмотря на всю консервативность отрасли, формирование рынка не могло обойти ее стороной. Рост доходов населения обусловил появление категории граждан, формирующих платежеспособный спрос на медицинские услуги более широкого спектра с высокой сервисной составляющей. Это служит интенсивному развитию платных услуг в здравоохранении.

Оплата по факту оказания услуги в настоящее время является самой распространенной в деятельности учреждений, однако более выгодным за счет рискованного характера представляется добровольное медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование в большей или меньшей мере присутствует почти во всех развитых странах, главной особенностью зарубежной практики является то, что обе системы – добровольная и обязательная – образуют взаимодополняющую модель, которая позволяет обеспечить покрытие всех или почти всех рисков заболевания или его последствий [4].

Внедрение интегрированного страхового финансирования медицинских учреждений в практику отечественного здравоохранения позволит привлечь в отрасль средства предприятий и граждан через добровольное медицинское страхование, а для частных медицинских организаций будет являться стимулом к участию в государственной системе охраны здоровья. Суть данного подхода заключается в том, что медицинские

услуги, гарантируемые государством, будут финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования, а сервисная составляющая и набор дополнительных услуг – за счет средств добровольного медицинского страхования.

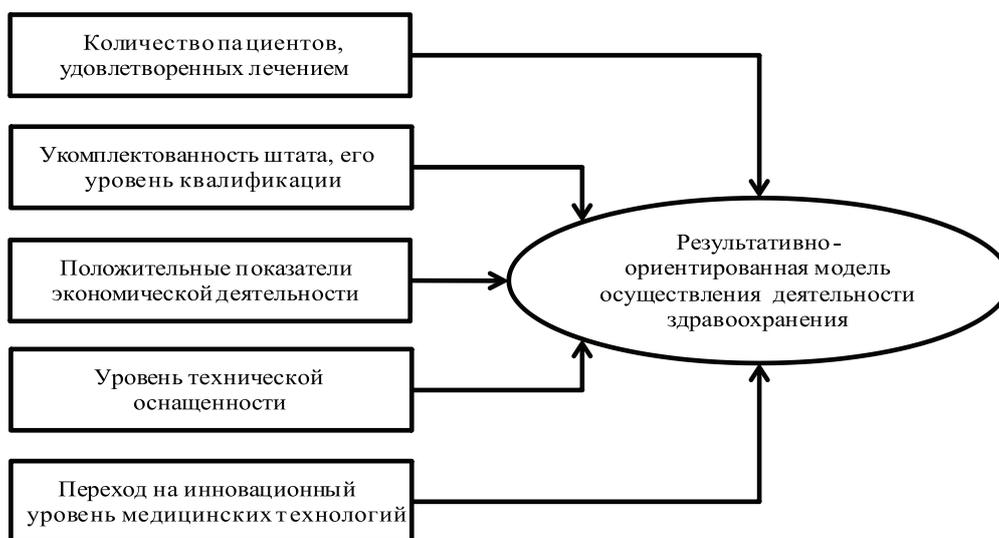
Для внедрения интегрированного страхового финансирования необходимо проведение ряда преобразований правового, организационного и информационно-ресурсного характера. Необходимы изменения на уровне законодательства с целью определения места добровольного медицинского страхования в системе финансирования национального здравоохранения, а также четкого разграничения сфер покрытия. В настоящее время человек, решивший получать медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования, платит дважды за одну и ту же услугу – сначала по обязательному медицинскому страхованию (платит либо государство, либо работодатель), потом по добровольному медицинскому страхованию (платит либо работодатель, либо сам застрахованный) [1]. Необходимо четкое определение базовой программы обязательного медицинского страхования, создание понятного перечня медицинских услуг, оказываемых гражданам бесплатно, чтобы исключить такое дублирование.

Организационные преобразования связаны с изменением роли страховых медицинских организаций. В настоящее время они выступают в качестве посредника между Фондом обязательного медицинского страхования и медицинскими учреждениями, поэтому не заинтересованы в повышении качества оказываемой помощи, то есть так же как и лечебно-профилактические

учреждения не ориентированы на результат. Изменения информационно-ресурсного характера должны быть связаны главным образом с повышением уровня информатизации здравоохранения. Создание единой электронной системы позволит лучше координировать действия лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций, врачей и пациентов.

Законом определено право граждан на выбор лечебного учреждения, врача и страховой медицинской организации. Чтобы это право не оставалось номинальным, у пациентов должен быть реальный выбор, в какое учреждение обратиться, поэтому государство должно быть заинтересовано в привлечении частной медицины к участию в оказании гарантированных медицинских услуг населению. В настоящее время, согласно данным российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, в системе обязательного медицинского страхования работает всего 6% частных медицинских организаций [8]. Несмотря на то, что Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ позволяет частным медицинским организациям участвовать в системе обязательного медицинского страхования, в настоящее время они в этом не заинтересованы [7].

Как говорилось выше, российское здравоохранение должно стремиться к результативно-ориентированной модели осуществления своей деятельности. В целях реализации данного подхода предлагается ввести систему присвоения рейтинга медицинским учреждениям, как государственным, так и частным, на основе первоначальных параметров результативности (рисунк).



Первоначальные параметры результативности для присвоения рейтинга медицинскому учреждению

Присвоение определенного рейтинга будет являться конкурентным преимуществом медицинского учреждения в условиях свободного выбора пациентами организации, проводящей лечение. Кроме этого, целесообразно установить прямую зависимость между присвоенным рейтингом и объемами финансирования сверх установленных тарифов. Следует отметить, что дополнительные финансовые ресурсы предполагается направить на материальное стимулирование работников системы здравоохранения и формирование фондов развития, характер использования которых будут определяться самим учреждением.

Материальное стимулирование будет являться основой роста эффективности деятельности, а также станет одной из предпосылок повышения привлекательности и престижности профессии медицинского работника. Лечебно-профилактические учреждения будут заинтересованы в высококвалифицированном персонале для поднятия своего рейтинга, а персонал будет заинтересован в получении высокооплачиваемого места работы. Рейтинговое финансирование позволит привлечь частные учреждения к участию в реализации программы государственных гарантий, которые в настоящее время не удовлетворены объемами финансирования, предлагаемой системой обязательного медицинского страхования. Дополнительные ресурсы дадут возможность восполнить сумму недофинансирования, медицинские организации будут заинтересованы в привлечении пациентов и высоком уровне их удовлетворенности, а у населения появится возможность получать медицинскую помощь в любом учреждении системы здравоохранения.

Адекватность использования полученных резервов развития в значительной степени зависит от уровня профессиональной подготовки управленческих кадров. В российском здравоохранении ставка сделана на управленцев с медицинским образованием, подавляющая часть которых не обладает подготовкой по менеджменту, а опыт развитых стран показывает, что наиболее успешной будет та медицинская организация, которую возглавляет профессиональный менеджер.

С 2013 года российская медицина перешла на работу по новой схеме финансирования – одноканальной, когда все средства аккумулируются в Фонде обязательного медицинского страхования, а за счет средств бюджета обеспечивается приобретение дорогостоящего оборудования

и капитальный ремонт. Данные изменения создают благоприятные условия для проведения мероприятий, направленных на решение современных проблем национального здравоохранения и совершенствование механизма финансового обеспечения отрасли.

Опыт развитых стран показывает, что изменение демографической ситуации, возрастающие расходы в здравоохранении, социально-экономические изменения не позволяют государству полностью обеспечивать потребности населения в медицинской помощи высокого уровня технологий и сервиса. Внедрение интегрированной модели обязательного и добровольного страхования, а также системы присвоения рейтингов медицинским учреждениям позволит привлечь дополнительные финансовые ресурсы, повысит заинтересованность частных клиник, обеспечит рост качества медицинского обслуживания населения, что послужит стимулом для развития отрасли в целом.

Список литературы

1. Эксперт РА: бюллетень. Медицинское страхование: курс на объединение ДМС и ОМС: обзор, Москва, 2012 г. Режим доступа: <http://marketing.rbc.ru/research/562949983480250.shtml> (Дата обращения: 01.08.2013 г.).
2. Климин В.Г. Финансово-организационный механизм солидарного медицинского страхования: автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Екатеринбург, 2007.
3. Конституция Российской Федерации. Режим доступа: <http://www.constitution.ru/10003000/10003000-4.htm> (Дата обращения: 01.08.2013 г.).
4. Леонтьев С.Л. Экономика медицинского страхования: уч. пособие – Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. – 101 с.
5. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2012 года: статистический бюллетень, Москва, 2013 г. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140095700094 (Дата обращения: 19.08.2013 г.).
6. Стенограмма Заседания президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах 30 июля 2013 г. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/transcripts/18973> (Дата обращения: 24.08.2013 г.).
7. Об обязательном медицинском страховании» от 29 ноября 2010 года: Федеральный закон № 326-ФЗ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12180688/> (Дата обращения: 01.08.2013 г.).
8. Чечкин Е. Локальная боль. «Эксперт-Урал», № 25, 24–30 июня 2013 г. – С. 28–30.
9. Яковлев Е.П., Подольцев А.Л. Современные тенденции расширения хозяйственной самостоятельности ведомственных медицинских организаций в условиях рыночной экономики. «Экономика здравоохранения». – 2004. – № 8. – С. 15–16.
10. Jacobzone S. Ageing and the Challenges of New technologies. Papers of the Summer School «The Economics of the Health Care Sector», European Science Days, Steyr, Austria, 12-17 July 2008.

References

1. *Byulleten' «Ekspert RA». Obzor «Medicinskoe strahovanie: kursnaob`edinenie DMS i OMS»* [Bulletin «Expert RA». Review «Medical insurance: the course on integration voluntary and compulsory medical insurance»], Moscow, 2012. Available at: <http://marketing.rbc.ru/research/562949983480250.shtml> (accessed 1 August 2013).

2. Klimin V.G. *Finansovo-organizacionny mehanizm solidarnogo medicinskogo strahovaniya* [Financial and organizational mechanism of the joint medical insurance]. Abstract of Ph.D. thesis, Yekaterinburg, 2007.

3. *Konstituciya Rossiyskoy Federacii* [The Constitution of the Russian Federation]. Available at: <http://www.constitution.ru/10003000/10003000-4.htm> (accessed 1 August 2013).

4. Leontiev I.L. *Ekonomika medicinskogo strahovaniya* [Economics of health insurance], Publishing house of Ural State University of Economics, Yekaterinburg, 2003.

5. *Statisticheskyybyulleten' «Chislennost' naseleniya Rossiyskoy Federacii popolu i vozrastuna 1 yanvarya 2012 goda»* [Statistical Bulletin «The population of the Russian Federation by sex and age as of 1st January 2012»], Moscow, 2013. Available at: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140095700094 (accessed 19 August 2013).

6. *Stenogramma Zasedaniya prezidiuma Gossoveta o povyshenii dostupnosti i kachestva medicinskoy pomoshhi v regionah 30 iyulya 2013 g.* [Presidium conference of council of state shorthand report concerning availability and quality rise of medical care in regions of 30 July 2013] Available at: <http://www.kremlin.ru/transcripts/18973> (accessed 24 August 2013).

7. *Federal'ny zakon «Ob obyazatel'nom medicinskom strahovanii» ot 29 noyabrya 2010 goda № 326-FZ* [Federal Law «About compulsory medical insurance» of November 29, 2010, № 326-ФЗ] Available at: <http://base.garant.ru/12180688/> (accessed 1 August 2013).

8. Chechkin E. *Lokal'naya bol'* [Local pain]. «Expert-Ural», no. 25, 24–30 June 2013, p. 28–30.

9. Yakovlev H.E., Podoltsev A.L. *Sovremennye tendencii rasshireniya hoz'yaystvennoy samostoyatel'nosti vedomstvennyh medicinskih organizaciy v usloviyah rynochnoy ekonomiki* [Modern tendencies of economic independence expansion of state medical institutions in conditions of market economy], Economics of the health care sector, no. 8, 2004, p. 15–16.

10. Jacobzone, S. Ageing and the Challenges of New technologies. Papers of the Summer School «The Economics of the Health Care Sector», European Science Days, Steyr, Austria, 12–17 July 2008.

Рецензенты:

Князева Е.Г., д.э.н., профессор кафедры страхования, ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург;

Юзвович Л.И., д.э.н., профессор кафедры страхования, ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н.Ельцина», г. Екатеринбург.

Работа поступила в редакцию 10.09.2013.