

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рассматриваются способы финансирования медицинского обслуживания в развитых зарубежных странах; современный порядок финансирования медицинских учреждений России в системе обязательного медицинского страхования; делаются выводы о финансово-организационных проблемах медицинского обеспечения граждан Российской Федерации; дается оценка проводимой правительством реформы системы обязательного медицинского страхования.

Новый курс Правительства Российской Федерации на «социализацию» проводимых реформ, приоритетность человеческого фактора в социально-экономическом развитии страны коснулся и системы медицинского обслуживания. После 10 лет финансово-организационных преобразований медицинской отрасли наконец-то актуализировались проблемы незащищенности больных, низкого уровня качества государственного медицинского обслуживания, связанного с хроническим недофинансированием, отсутствия должной системы контроля и страхования и клиентов и врачей при оказании платных медицинских услуг и т.п. Какие же изменения планируются Правительством РФ, как они отразятся на финансовом состоянии медицинских учреждений, в каких пропорциях будут разделены расходы по медицинскому обслуживанию между государством и гражданами?

Длительный период существования СССР государство полностью оплачивало расходы по медицинскому обслуживанию граждан. В начале 1990-х гг. механизм финансирования медицинских учреждений претерпел серьезные изменения. Реально мы получили нечто похожее на систему социального страхования, применяемую в развитых зарубежных странах. Рассмотрим подходы к финансированию медицинского обслуживания за рубежом и систему финансирования медицинских учреждений, сложившуюся в РФ в настоящее время.

В мировой практике можно условно выделить три способа финансирования медицинского обслуживания.

Первый - финансирование медицинских расходов через государственный бюджет, т.е. за счёт налоговых поступлений. В данном случае основная часть медицинских учреждений принадлежит государству, и их управление и планирование производится центральными органами власти. Такие системы действуют преимущественно в четырёх странах - Великобритании, Италии, Дании, Ирландии (у них много общего со здравоохранением бывшего СССР, но системы менее централизованы, предполагают большую самостоятельность медицинских учреждений). При этом допускается частная медицина.

Так, например, в Великобритании 85 % средств, направленных на развитие здравоохранения, приходится на долю государства, 15 % - на другие источники финансирования. Граждане свободны выбирать себе врача. Запись к терапевту - по выбору, после чего терапевт, который становится «обязательным» врачом, направляет пациента к другому врачу - специалисту или, при необходимости, госпитализирует его. Таким образом действует «система ссылок». Эта система основана на различии между «лечением первоначальным» и «лечением специальным». Первое обеспечивается терапевтом, а второе - в основном в больницах. Этот тип отбора позволяет отфильтровать сложные случаи, отсылая их от диспансера в больницу. Разгружая (теоре-

тически) больницы, этот процесс позволяет лучше контролировать расходы на здравоохранение.

Будучи децентрализованной, система предполагает участие общин на уровне районов. Персонал и администрация в здравоохранении, а также страхование по болезням подчиняются «District Health Authorities». Это своего рода миниминистерства здравоохранения на уровне районов. Они финансируются центральным министерством. Планирование и оценка производится на уровне районов промежуточной структурой. Больницы почти все национализированы и составляют сами по себе структуру, которая уполномочена управлять на региональном уровне всеми инфраструктурами. Эта система очень направлена, механизм снабжения и спроса очень ограничен, конкуренция очень низка. Терапевты получают жалование от Национальной службы здоровья. Их заработок исчисляется по принципу «подушной подати», т.е. по количеству больных, записавшихся к ним на приём (максимум 3000, но в среднем 1800). Врачи хотели бы увеличения доходов. Пациенты же жалуются на недостаток персонала, на слишком длинные очереди, будь то «живые» или по записи, на обветшалость зданий. Однако во многом Великобритания остаётся примером для подражания. Её расходы на здравоохранение контролируются лучше, чем где-либо в мире. С 1985 г. расходы на здравоохранение уменьшились и не превышают 6,0 % ВВП (в 1998 г. - 5,8 %). Более того, британцы имеют хороший уровень системы здравоохранения. Некоторые области медицины имеют репутацию лучших в мире.

Централизованная система финансирования медицинских расходов позволяет оптимизировать финансовые затраты за счёт эффекта масштаба и обеспечить достаточный уровень медицинского обслуживания всем жителям.

Второй способ - наиболее представительный - социальное страхование. В этом случае государственные органы власти также координируют медицинские учреждения, однако финансирование происходит на трехсторонней основе посредством целевых взносов предпринимателей, самих работников, а также субсидий государства из общих или целевых бюджетных поступлений. В большинстве стран с социальной системой страхования преобладает финансовое участие предпринимателей. Взносы обязательны для всех получателей доходов, но, как правило, они не взимаются с пенсионеров и людей с низкими доходами. При этом действует принцип «участия в издержках»: определённая часть медицинской помощи в момент её получения оплачивается из средств самих застрахованных (в дополнение к затратам на формирование страховых фондов).

Социальное страхование применяется в большинстве развитых стран: Франции, Канаде, ФРГ, Нидерландах, Швеции, Бельгии. В ряде стран, таких как Швеция,

Финляндия, действуют системы смешанного бюджетно-страхового финансирования. Роль общего государственного бюджета в них выше, чем в странах с традиционно страховыми системами.

Медицинские расходы рабочих и служащих во Франции покрываются, как правило, за счёт соцстраха («Секюритэ сосаль»). Ежемесячные отчисления предприятий и организаций соцстраху составляют примерно 36 %, из которых около 6,8 % - из зарплаты трудящихся. Предприниматели уплачивают 12,8 % от фонда заработной платы [1]. Этот вид социальной защиты является обязательным для всех категорий рабочих и служащих. В случае болезни, временной или продолжительной нетрудоспособности им возмещают часть расходов на медикаменты в пределах 70-90 % от суммы, предусмотренной конвенцией «Секюритэ сосаль». Для более полного покрытия медицинских расходов существуют коллективные или групповые виды страхования.

Коллективный страховой договор может быть заключён руководителем предприятия на страхование либо всего персонала, либо по профессиям. Подобный договор может включать также профсоюзный комитет предприятия. Индивидуальное страхование медицинских расходов предусмотрено для людей свободных профессий и небольших производственных коллективов. Коллективное и индивидуальное медицинское страхование включает покрытие трёх основных рисков: смерти, временной нетрудоспособности - инвалидности и болезни. Как правило, медицинские страховые компании избегают страхования только медицинских расходов, так как по статистике оно является убыточным. Только при страховании в комплексе вышеуказанных рисков можно ожидать положительный результат, о чём свидетельствуют показатели ведущих страховых компаний Франции, в частности группы АЖФ, занимающей первое место по охвату населения этим видом страхования.

Следует отметить, что в странах, использующих социальное страхование, преобладает косвенная форма организации медицинского страхования, когда застрахованные получают медицинскую помощь на основании договора между органами медицинского страхования и лечебными учреждениями. При косвенной форме медицинского страхования компенсация расходов на лечение осуществляется двумя способами. При первом способе страховые фонды оплачивают расходы, связанные с оказанием медицинской помощи застрахованным, непосредственно лечебным учреждениям или врачам общей практики. Второй способ предусматривает выплату наличных сумм самим застрахованным. Как уже упоминалось, во Франции по существующему порядку застрахованный сам оплачивает услуги врача или больницы согласно действующему тарифу, а затем эти расходы частично или полностью возмещаются больничной кассой (страховой организацией).

Третий способ финансирования медицинского обслуживания - платные системы, финансируемые преимущественно из личных средств населения. Сегодня США - единственная в мире индустриально развитая страна, которая не имеет единой системы государственного страхования, и медицинское обслуживание предоставляется преимущественно на платной основе. В масштабах страны расходы на здравоохранение в США самые высокие в мире. В 2000 г. американцы истратили на здравоохранение 1 трлн дол., т.е. более 15 % валового внутреннего продукта. Больше американцы тратят только на питание и жильё. В целом, медицинские ус-

луги дорогостоящие, и многие предпочитают осуществлять превентивные мероприятия, оздоровительные процедуры, отсюда иное отношение к здоровому образу жизни. В расчете на каждого американца затраты на медицину превышают 4 тыс. дол. в год, что почти вдвое выше аналогичных расходов в Германии, во Франции, в Японии, в 3 раза в Англии.

Таблица 1

**Расходы на здравоохранение
в некоторых странах в 1997 г. [1]**

Страна	Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП	Государственные расходы, % от общих расходов	Общие расходы на душу населения (по официальному обменному курсу), дол. США
Россия	5,4	76,8	158
США	13,7	44,1	4187
Германия	10,5	77,5	2713
Япония	7,1	80,2	2373

Непосредственно денежные расходы среднего американца на медицинские услуги составляют примерно 25 % от указанной суммы.

Медицинское страхование в США основывается на следующих принципах:

1. Сохранение здоровья - личное дело каждого.
2. Свободный выбор медицинского учреждения и врача.
3. Широкая купля-продажа медицинских услуг.

В настоящее время частным медицинским страхованием в США охвачено свыше 180 млн человек, в том числе 80 % белого и 56 % черного, 55 % испаноязычного населения.

Расходы на медицинское обслуживание в начале девяностых годов XX в. составляли 13 % в общих потребительских расходах американцев, но эти данные - в среднем по стране. Свыше 80 % жителей США, прежней) - своей или других членов семьи, т.к. частное страхование распространяется не только на самого работника, но и на членов его семьи. Работая в солидной компании, как правило, работник получает целый пакет социальных услуг (добровольное медицинское, пенсионное и другие виды социального страхования).

По данным обследований компаний, занимающихся страхованием своих работников, их расходы составляют в среднем 110-140 дол. на человека в месяц. Сами застрахованные для возобновления страховки ежегодно должны делать личный взнос в размере 200 дол. Медицинское страхование частично или полностью покрывает затраты клиентов на посещение врачей, диагностику, лечение, посещение дантиста, пребывание в больнице, включая хирургическое вмешательство, обслуживание медицинского персонала, питание. Крупные наниматели обычно полностью покрывают расходы своих работников на медицинские услуги.

В некоторых компаниях разработаны программы медицинских пособий по принципу «кафетерия», когда работники сами выбирают наиболее подходящие им варианты. В корпорации «Стилкейс» (Грандтрапидс, Мичиган), например, им предоставляется на выбор восемь программ медицинских услуг, три варианта стоматологической помощи, различные формы обслуживания инвалидов. Если у рабочих и служащих остаются неиспользованными выделенные на эти цели средства, они могут положить их на счета, освобождаемые от налогов, и найти им другое применение.

Из двух форм частного страхования - индивидуального и группового - наиболее распространённой формой

является групповое, на которое приходится 80 % добровольного медицинского страхования в США.

Основные параметры, которые влияют на страховые взносы работодателей, - это состояние здоровья работников и традиционно сложившийся уровень расходов фирм по медицинскому страхованию. Для очень крупных фирм может использоваться так называемый метод «комьюнити», когда страховой взнос устанавливается исходя из средних расходов на получение медицинских услуг у жителей данной территории. Главный фактор, определяющий доступность группового страхования, - размер фирмы, в которой работает гражданин. Лишь 32 % фирм с числом занятых меньше 25 человек обеспечивают своим работникам медицинскую страховку.

Существуют 4 основные формы организации медицинских программ на предприятиях США: условные программы без контроля за госпитализацией; условные программы с обязательным контролем за госпитализацией; организации по поддержанию здоровья (ОПЗ) и организации предпочтительного поставщика (ОПП). Они связаны с развитием так называемого координированного медицинского обеспечения, которое отличается от традиционных страховых планов тем, что клиенту предлагаются не отдельные услуги за отдельную плату, а определенный пакет медицинских услуг. ОПЗ обязуется оказывать определенный набор услуг в соответствии с годовыми подушевыми выплатами. ОПП подписывают контракты с независимыми лечебными учреждениями или создают собственную сеть больниц, предоставляющих клиентам, выбирающим их, услуги по более низкой стоимости [2].

Государственным медицинским страхованием в США охвачено 10,2 % американцев. Государственное медицинское страхование в США связано с принятием в 1965 г. Закона о медицинском страховании престарелых и Закона о медицинской помощи бедным. Это две известные государственные программы: «Медикэр» - страхование американцев в возрасте 65 лет и старше, получающим пенсии по старости, и «Медикейд» - страхование малоимущих.

Развитие медицинского страхования, как частного, так и государственного, не привело к всеобщей гарантии получения медицинских услуг. За исключением небольшой группы состоятельных американцев, которые могут себе обеспечить медицинскую помощь без страховки и потому предпочитают жить без нее, основная масса незастрахованных не в состоянии оплатить страховой полис. В результате за бортом огромного корабля здравоохранения остаются свыше 31 млн человек, не имеющих никакой медицинской страховки. Своеобразным спасательным кругом для них стала «Скорая помощь». Больницы не имеют права отказывать в приеме в отделения «Скорой помощи». Бремя оплаты счетов за предоставление медицинских услуг тем, кто не имеет медицинской страховки, обычно возлагается на больницы, которые в конечном счете выходят из создавшейся ситуации путем раздувания счетов застрахованных пациентов. Такое перераспределение осуществляется в американском здравоохранении не одно десятилетие. По оценке консультативной фирмы «Ньюитт ассошиейтс», благодаря перенесению этих расходов на застрахованное население происходит до трети годового роста медицинских счетов, подлежащих к оплате.

Новый подход к финансированию медицинских учреждений в РФ связан с принятием закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. В 1993 г. в этот закон были внесены изменения. Таким образом, в настоящее время в России действует второй способ финансирования медицинских услуг - «социальное страхование». При переходе к социальному страхованию ставились следующие основные задачи:

1. Повышение качества медицинского обслуживания (за счёт введения элементов конкуренции - свободный выбор медицинского учреждения и врача).
2. Улучшение финансирования медицинских учреждений (за счёт нового источника финансирования медицинских учреждений, введения страхового элемента в оплату медицинских услуг).

Выделяют следующих участников системы обязательного медицинского страхования.

1. Граждане. Они имеют право на:
 - выбор медицинской страховой организации;
 - выбор медицинского учреждения и врача;
 - получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
 - получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
 - предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

2. Страхователи. В качестве страхователя выступают:
 - для работающего населения — работодатели и лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью;
 - для неработающего населения - исполнительные органы власти субъектов РФ, местная администрация.

Страхователь имеет право на свободный выбор страховой организации, контроль за выполнением условий договора медицинского страхования. В обязанности страхователя входит: заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией; вносить страховые взносы в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования; в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан: предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

3. Страховые медицинские организации. Это юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие соответствующую лицензию.

Основные функции, которые должны выполнять страховые медицинские организации, следующие:

- работа со страхователями;
- работа с медицинскими учреждениями для организации медицинской помощи застрахованным;
- финансирование медицинской помощи застрахованным гражданам;
- контроль соответствия объема и качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданами;

данам, требованиям территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- работа с застрахованными, выдача полисов, работа с заявлениями, защита прав застрахованных;
- инвестирование свободных финансовых средств;
- организация и финансирование предупредительных мероприятий;
- рекламная деятельность.

Страховая медицинская организация наделена следующими правами:

- выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация не имеет права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, соответствующего действующим условиям страхования.

4. Медицинские учреждения. Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Медицинские учреждения подлежат обязательному лицензированию и аккредитации [3].

5. Фонды обязательного медицинского страхования представляют собой централизованные источники финансовых ресурсов для целей медицинского страхования как формы социальной защиты населения. Фонды обеспечивают аккумулирование денежных средств на обязательное медицинское страхование, финансирование государственной системы обязательного медицинского страхования.

Деятельность фондов основывается на Положениях о Федеральном и территориальном фондах обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в системе государственного обязательного медицинского страхования:

- выравнивает условия проведения обязательного медицинского страхования в субъектах Федерации;
- финансирует целевые программы;
- утверждает типовые правила обязательного медицинского страхования;
- разрабатывает нормативные и методические документы по обязательному медицинскому страхованию;
- участвует в разработке Базовой программы и вносит предложения по размерам тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- осуществляет контроль за использованием средств;

- организует подготовку кадров и проведение научно-исследовательских работ в системе обязательного медицинского страхования;

- осуществляет сбор и анализ информации о системе обязательного медицинского страхования;

- осуществляет иные функции.

Функции территориального фонда обязательного медицинского страхования:

- аккумулирует финансовые средства на обязательное медицинское страхование;

- осуществляет финансирование страхования, проводимого страховыми медицинскими организациями;

- осуществляет финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;

- выравнивает финансовые ресурсы городов и районов, направляемые на проведение обязательного медицинского страхования;

- предоставляет кредиты, в том числе и на льготных условиях страховщикам при обоснованной нехватке у них средств;

- накапливает резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования;

- разрабатывает правила обязательного медицинского страхования граждан на соответствующей территории;

- совместно с Федеральной налоговой службой осуществляет контроль за своевременным и полным поступлением в территориальный фонд обязательного медицинского страхования страховых взносов;

- осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование;

- организует банк данных по всем категориям плательщиков страховых взносов;

- согласовывает совместно с органами исполнительной власти, медицинскими ассоциациями тарификацию стоимости медицинской помощи, территориальную программу обязательного медицинского страхования;

- вносит предложения о страховом тарифе взносов на обязательное медицинское страхование;

- осуществляет другие мероприятия по организации обязательного страхования граждан.

Структура обязательного медицинского страхования показана на рис. 1.

Рассмотрим формы взаимодействия между субъектами системы обязательного медицинского страхования [4].

Между гражданами (работающее и неработающее население) и страхователями взаимодействие осуществляется на основе страхового медицинского полиса. Полис - это документ установленного образца, подтверждающий факт заключения Договора обязательного медицинского страхования и дающий застрахованным гражданам право на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, предусмотренных областной Программой обязательного медицинского страхования. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования имеет силу на всей территории РФ, а также на территориях других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан.

В полисе указываются: имя, отчество, пол, возраст, место работы, социальное положение, адрес застрахованного

гражданина и срок действия Договора обязательного медицинского страхования. При обращении за медицинской

помощью застрахованные граждане обязаны предъявлять полис вместе с документом, удостоверяющим личность.

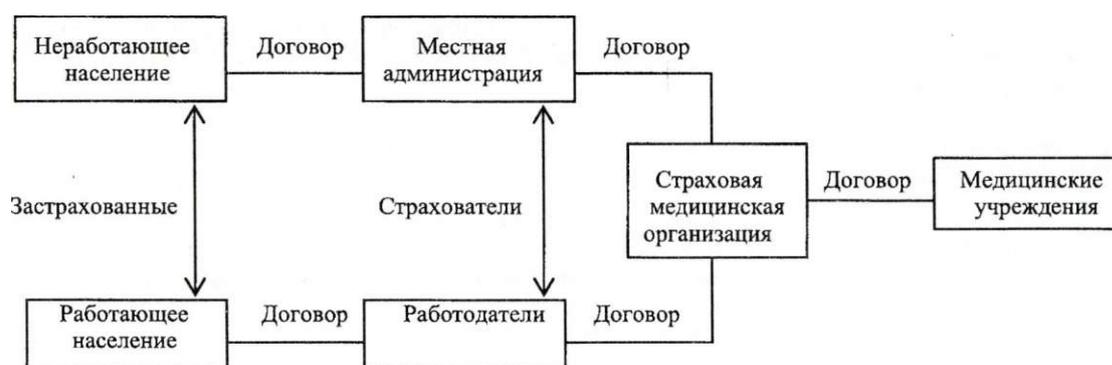


Рис. 1. Структура обязательного медицинского страхования

Застрахованные граждане для получения первичной медико-санитарной помощи прикрепляются к амбулаторно-по-ликлиническим медицинским учреждениям или к учреждениям общей (семейной) врачебной практики, о чем в их полисе делается соответствующая отметка. В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным гражданином, по тем или иным причинам не имеющим полиса, он указывает застраховавшего его страховщика. Страховщик или фонд обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования.

Между страхователями и страховой медицинской организацией заключается договор медицинского страхования, по которому страховые медицинские организации обязуются организовать застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества. Договор заключается на срок не менее 1 года. Страховая медицинская организация выдает застрахованным гражданам страховые медицинские полисы обязательного медицинского страхования; защищает права застрахованных граждан, проводит контроль объемов, сроков и качества оказанной медицинской помощи; проводит информационно-разъяснительную работу среди застрахованных граждан по вопросам обязательного медицинского страхования, в том числе через средства массовой информации и посредством наглядной агитации в медицинских учреждениях; производит сверку численности застрахованных граждан не реже двух раз в год.

Страхователь передает страховщику заверенные списки застрахованных граждан при заключении Договора обязательного медицинского страхования; изымает у граждан ранее выданные страховые медицинские полисы обязательного медицинского страхования и передает их страховщику в случаях выезда гражданина на постоянное место жительства за пределы области, при смене фамилии, имени, отчества, при увольнении, замене паспорта; производит сверку численности застрахованных граждан не реже двух раз в год.

Между страховой медицинской организацией и медицинскими учреждениями заключается договор на предоставление медицинских услуг. Медицинские учреждения обязуются предоставлять медицинскую помощь в объеме, определяемом программой обязательного медицинского страхования. Базовая программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ разрабатывается на

федеральном уровне, территории принимают свою программу, учитывающую социально-демографические и финансово-экономические особенности территории, но не ниже Базовой программы обязательного медицинского страхования. Таким образом, в соответствии с программой все виды медицинских услуг, предоставленных медицинскими учреждениями, финансируются за счет:

- 1) системы обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетов всех уровней;
- 3) счет личных средств граждан.

Схема финансирования медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) представлена на рис. 2.

Медицинские учреждения должны вести аналитический учет объема и качества оказанной медицинской помощи в данном медучреждении за отчетный период (т.е. сколько граждан обратилось в это медучреждение и какие виды медицинской помощи были им оказаны). Полученная учетно-статистическая информация передается в страховые медицинские организации, которые на основе утвержденных подушевых нормативов финансирования затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека определяют сколько «заработало» соответствующее медицинское учреждение и запрашивают требуемую сумму у территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В 2003 г. среднедушевой норматив финансирования на одного жителя Томской области в год составил 1124,1 руб. В 2004 г. - 1388,6 руб. за счет средств Пенсионного фонда РФ подушевой норматив увеличился на 72,35 руб. (Пенсионный фонд с 2001 г. реализует Программу адресной лекарственной помощи социально незащищенным группам населения с использованием механизма страхования. Объем финансирования в 2001-2002 гг. составил 7674 тыс. руб.).

Исходя из перечисленных выше основных функциональных обязанностей территориального фонда ОМС, видно, что территориальный фонд ОМС занимает центральное место в организации финансовых потоков в системе ОМС. Фонд аккумулирует все установленные законодательством источники финансовых ресурсов ОМС, капитализирует временно-свободные средства и отвечает за полное и своевременное финансирование медицинских учреждений.

В табл. 2 представлена динамика доходов и основных расходов Томского территориального фонда ОМС в соответствии с Законом о бюджете фонда на соответствующий год.



Рис. 2. Схема финансирования медучреждений в системе обязательного медицинского страхования

Таблица 2
Доходы и расходы Томского территориального фонда ОМС в период с 2000 по 2004 г., тыс. руб.

Доходы и расходы	2000	2001	2002	2003	2004
Доходы (всего)	413 128,0	519 568,5	1 051 793,0	1 191 637,9	1 458 114,9
В том числе:					
1. налоговые	275 190,0	307 478,0	673 280,0	756 324,6	892 688,6
из них единый социальный налог (страховые взносы)	275 190,0	303 478,0	673 280,0	747 936,6	861 104,0
2. неналоговые	137 938,0	212 090,5	378 513,0	435 313,3	565 426,3
из них страховые взносы по ОМС неработающего населения	135 136,0	204 578,0	340 717,0	351 868,6	478 120,2
Расходы всего	417 648,5	519 568,5	1 051 793,0	1 199 992,4	1 467 795,0
В том числе:					
1. расходы на выполнение территориальной программы ОМС	384 048,0	490 638	997 377,6	1 172 637,5	1 445 338,4
2. расходы на выполнение управленческих функций территориальными фондами ОМС (филиалом)	11 510,0	11 510	17 316,3	17 654,9	22 456,6

В структуре налоговых поступлений основную долю дают поступления по единому социальному налогу, а в неналоговых доходах - страховые взносы на ОМС на неработающее население (табл. 3).

В соответствии с единым социальным налогом для лиц, производящих выплаты физическим лицам (за исключением сельскохозяйственных товаропроизводителей, индивидуальных предпринимателей и адвокатов), при налоговой базе до 100 тыс. рублей тариф взносов составляет в Федеральный фонд ОМС 0,2 %, в территориальный - 3,4 %. Основное направление расходования средств Фе-

дерального фонда ОМС связано с расходами на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС. Так, в 2004 г. доля этого направления расходования средств составляла 87,7 % в общем объеме расходов Федерального фонда ОМС, в 2003 г. - 86,7 % в соответствии с Законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Другим крупным направлением расходования средств фонда являются расходы на финансирование целевых программ оказания медицинской помощи по ОМС (в 2004 г. - 10,8 %, в 2003 г. - 11,3 %).

Таблица 3
Структура доходов Томского территориального фонда ОМС в период с 2000 по 2004 г., %

Доходы	2000	2001	2002	2003	2004
Доходы (всего)	100	100	100	100	100
Доля налоговых доходов в общем объеме доходов ТТФОМС	66,6	59,2	64	63,5	61,2
Доля единого социального налога (страховых взносов) в налоговых доходах ТТФОМС	100	98,7	100	98,9	96,5
Доля неналоговых доходов в общем объеме доходов ТТФОМС	33,4	40,8	36	36,5	38,8
Доля страховых взносов на ОМС неработающего населения в неналоговых доходах ТТФОМС	98	96,5	90	80,8	84,6

Структура доходов и расходов Федерального фонда ОМС в 2003 - 2004 гг. в соответствии с Законами о бюджете Федерального фонда ОМС на соответствующий год представлены в табл. 4 и 5.

Что касается расходов Томского территориального фонда ОМС, основное направление расходования средств - фи-

нансирование областной программы ОМС. В 2002 г. на это направление расходования средств приходилось 95,9 % общих расходов территориального фонда ОМС, в 2003 г. (за 9 месяцев) - 98,5 % в соответствии с отчетом Томского территориального фонда ОМС об исполнении бюджета фонда.

Структура доходов Федерального фонда ОМС в 2003-2004 гг.

Индекс	Доходы	Сумма, млн руб.	
		2003	2004
1000000	Налоговые доходы В том числе:	5280,4	6406,2
1010530	единый социальный налог, зачисленный в Федеральный фонд ОМС	5030,0	6200,0
1030100	единый налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	24,3	87,9
1030200	единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	117,0	78,1
1030300	единый сельскохозяйственный налог	9,2	1,0
1400312	недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд ОМС	99,9	39,2
2000000	Неналоговые доходы	33,93	
	Всего доходов	5314,33	6406,2

Таблица

Структура расходов Федерального фонда ОМС в 2003-2004 гг.

Расходы	Сумма, млн руб.	
	2003	2004
Государственное управление и местное самоуправление	52,9	46,9
В том числе:		
денежное содержание аппарата	25,0	22,2
расходы на содержание аппарата	27,9	24,7
Международная деятельность	3,5	1,0
Фундаментальные исследования и содействие научно-техническому прогрессу	4,0	4,0
Образование	3,0	3,0
Средства массовой информации	3,0	2,6
Здравоохранение и физическая культура (ОМС)	5247,93	6333,7
В том числе:		
расходы Федерального фонда ОМС на компьютеризацию системы ОМС	40,0	40,0
расходы Федерального фонда на финансирование целевых программ оказания медицинской помощи по ОМС	600,0	690,0
расходы на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы ОМС, включая нормированный страховой запас	4606,43	5602,2
расходы Федерального фонда ОМС на проведение региональных совещаний и конференций	1,5	1,5
Всего расходов	5314,33	6391,2

Если медицинская помощь оказывается гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, то производятся взаиморасчеты.

Территориальный фонд ОМС имеет право формировать нормированный страховой запас, а страховые медицинские организации - резерв. Различают: запасной резерв и резерв предупредительных мероприятий. В запасной резерв направляются средства ОМС, формируемые страховой медицинской организацией для возмещения превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами, предназначенными на эти цели. Средства запасного резерва могут быть использованы только на оплату медицинской помощи застрахованным по ОМС. В резерв финансирования предупредительных мероприятий по ОМС направляются средства, формируемые страховой медицинской организацией для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости среди граждан и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы ОМС при улучшении доступности и качества медицинских услуг и повышению эффективности использования финансовых средств медицинскими учреждениями.

Страховые медицинские организации выступают в роли посредников между территориальным фондом ОМС и медучреждениями, а также медицинскими учреждениями, страхователями и гражданами.

Попытку создания в РФ цивилизованной системы социального страхования можно отнести к одним из самых печальных «экспериментов» российского прави-

тельства. Поменяв источники государственного финансирования здравоохранения, мы не улучшили ни финансового обеспечения медучреждений, ни качества медицинского обслуживания.

Для сравнения, государственные расходы на здравоохранение в 1998 г. составили: в Великобритании - 5,8 %, Германии - 8,2 %, Франции - 7,1 %, Канаде - 6,5 %, Швеции - 7,2 %, Японии - 5,8 %.

Таблица 6

Государственное финансирование здравоохранения, 1998-2000 гг., (% ВВП) [6]

Структура	1998	1999	2000
Федеральный бюджет*	0,2	0,2	0,2
Бюджеты субъектов РФ*	2,2	2,0	2,0
Взносы работодателей на ОМС	0,7	0,7	0,7
Всего	3,1	3,0	2,9

*Расходы на здравоохранение и физическую культуру.

Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, Россия находится на 130-м месте по поддержке государством здравоохранения. Чтобы обеспечить минимально приемлемый уровень медицинской помощи, необходимо расходовать не менее 500 дол. в год на одного жителя. В РФ расходуются около 80 дол. [5]. Государственные расходы на здравоохранение в 2000 г. в России составляли 2,2 % ВВП (по статье «Здравоохранение и физическая культура»), общие затраты на здравоохранение в этом же году - 2,9 % ВВП (табл. 6).

По данным социологических обследований в настоящее время примерно 60 % всех расходов в стране на медицину производится за счет различных государственных

источников и примерно 40 % составляют расходы граждан. То есть в реальной жизни, когда государство не в состоянии оплатить лечение в полном объеме, пациент, чтобы получить качественную помощь, вынужден доплачивать сам. Когда заработки врачей откровенно занижены, у них остается два варианта - либо ухудшать качество лечения (и это постоянно происходит), либо вынуждать пациентов доплачивать за услуги [7].

Причин, по которым столь расходятся ожидаемые и достигнутые результаты, несколько.

Проводимая реформа не была подготовлена организационно и методически. Законодательно-правовое обеспечение участников системы обязательного медицинского страхования осуществлялось «с колес». Представленная выше типовая схема финансирования медучреждений различается по субъектам РФ: ряд территорий не имеют страховых медицинских организаций - их функции выполняют фонды ОМС; ряд субъектов не имеют фондов и 7 % субъектов РФ не имеют ни фондов, ни страховых медицинских организаций - все нововведения системы ОМС реализуются через соответствующие управления здравоохранения.

Установленный тариф взносов в территориальный фонд ОМС - 3,4 %, не обеспечивал потребности в финансировании медучреждений, поэтому доля участия государства (финансирование из бюджета) остается высокой. Территории столкнулись с той же проблемой, что и в межбюджетных отношениях, - наблюдались существенные различия в возможных доходах (разный налоговый потенциал) и в требуемых расходах (различия в численности, составе населения, количестве медучреждений, их оснащенности, квалификации врачей, состава и видов заболеваний и т.д.), а на выравнивание различий направляется 0,2 % в Федеральный фонд ОМС, что явно недостаточно в масштабах страны. База налогообложения - фонд оплаты труда - занижается. Кроме того, явно не достаточен тариф взносов на неработающее население. Вплоть до 2000 г. наблюдались регулярные задержки платежей за неработающее население из бюджетов субфедеральных уровней в территориальные фонды ОМС. В результате программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи стали формировать исходя из финансовых возможностей, а не фактических потребностей в медицинской помощи.

Медицинские учреждения до настоящего времени остаются государственными структурами. Мощности, состав персонала и деятельность ЛПУ регламентируются жесткими нормативами и административной вертикалью управления. Из-за сохранившегося статуса собственности медицинские учреждения не способны стать полноценными субъектами рынка медицинских услуг. Так, руководитель лечебного учреждения, по существу, лишен права определять, каким должно быть соотношение между удовлетворением спроса в стационарной и амбулаторной помощи. Процесс формирования штатной структуры медицинского учреждения, нормирование труда медицинских работников остается в регламенте директив и нормативов Министерства здравоохранения, а не формируется путем естественного отбора в рамках рыночной конкуренции и механизмов регулирования этой конкуренции [8].

В системе ОМС выбор медицинского учреждения, по существу определяется страхователем, а не гражданином, отсутствует и свободный выбор врача. Цивилизо-

ванного рынка медицинских услуг в РФ нет. Требуется создание соответствующей инфраструктуры рынка.

Печально, что тяжелое финансовое состояние этой важнейшей сферы социального обеспечения граждан страны государство «заметило» лишь в конце 2003 г. В Правительстве РФ в настоящее время активно обсуждается реформа системы обязательного медицинского страхования. Планируется принятие с 1 января 2005 г. новой редакции Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», цель которой - наполнить систему медицинского страхования финансовыми средствами. Увеличение финансирования планируется за счет увеличения взносов за неработающее население из субфедеральных бюджетов. Размер взносов на неработающее население будет устанавливать Правительство РФ. Он будет дифференцирован по территориям, полу и возрасту. Софинансировать взносы будет федеральный бюджет. В итоге взносы за работающих и за неработающих должны быть сбалансированы со стоимостью программы ОМС, граждане не должны будут платить в кассу или в руки за те услуги, которые им гарантированы. Кроме того, повышение централизации единого социального налога позволит перераспределить излишек средств в нескольких регионах-донорах в пользу нуждающихся регионов [9].

В целом, государственная система сохранит уравнительный характер, когда богатый платит за бедного, а здоровый за больного. Но будет использоваться зачетный механизм между обязательным и добровольным медицинским страхованием. Речь идет о том, что застрахованным лицам будет предоставлена возможность на получение доплат из средств ОМС, если они желают получить более качественную и технологически продвинутую помощь, или если гражданин не обратился в государственную систему и сэкономил деньги. Планируется реально реализовать право граждан на выбор страховой организации, поликлиники, больницы, врача.

Сохраняется наличие списка заболеваний и видов помощи, оказываемых бесплатно в системе ОМС, т.е. программы госгарантий по ОМС, но базовую программу ОМС планируется конкретизировать, т.е. разработать по каждому заболеванию медико-экономические стандарты, которые увяжут реальное натуральное наполнение каждого вида помощи со стоимостными показателями. Например, сколько стоит конкретная операция, выполняемая с помощью определенного оборудования, какие медикаменты при этом необходимы и т.д. Такие детальные стандарты позволят определить реальные обязательства страховщика в каждом конкретном случае.

Готовится Закон «О фондах обязательного медицинского страхования», в котором должен быть четко определен статус фондов в новой системе, их полномочия, права, обязанности, имущественный режим, прописаны механизмы общественного контроля за их деятельностью. Правительство подготавливает законодательство, позволяющее изменить организационно-правовые формы большинства учреждений здравоохранения, которые будут работать в страховой медицине. При сохранении государственной собственности на имущество этих учреждений они останутся государственными, но тем не менее получат гораздо более широкую самостоятельность в принятии финансовых ре-

шений. В том числе в выборе системы оплаты медицинскому персоналу. Единая тарифная сетка перестанет для них быть обязательной. В такой ситуации заработная плата медиков будет напрямую зависеть от результатов их работы.

С другой стороны, если врач в этой ситуации допускает некачественное лечение, то оно и не будет финансироваться. Можно будет использовать прямые экономические санкции для учреждения или врача. Это одно из направлений реформы, которое выходит за рамки Закона об ОМС, но без которого система медицинского страхования работать не будет.

Кроме того, готовится закон, который обеспечивал бы реальную защиту прав пациента в случае злоупотребления его интересами, в случае врачебной ошибки, в случае некачественной, недобросовестной лечебной помощи и т.д. Одновременно будет вводиться механизм страхования медицинской ответственности врачей. По медицинским профессиям, которые связаны с повышенным риском, например хирургия, педиатрия, акушерство, будет создаваться система, которая позволила бы врачам застраховать свои риски [10].

Подведем итоги. Необходимость реформирования сферы медицинских услуг назрела давно, и во многом предлагаемый Правительством РФ пакет новых законов оправдан, соответствует организационно-правовым механизмам, применяемым в развитых зарубежных странах. Автору хотелось бы обратить внимание на следующее:

1. В обязательном порядке следует изменить налоговую базу по платежам в фонды ОМС. Это должен быть не фонд оплаты труда, который и сейчас и в будущем будут «прятать» независимо от величины налоговой ставки, а более простая и менее подверженная сокрытию налоговая база (например, выручка).

2. Вызывают серьезные опасения предложения Правительства РФ по снижению ставки единого социального налога, что явно ограничит поступления в государственные социальные внебюджетные фонды, в том числе и в фонд ОМС. Кроме того, предложения «поправить» финансовое положение медицинских учреждений за счет увеличения тарифа за неработающее население реально приведет к увеличению финансовой нагрузки прежде всего на местные (муниципальные) бюджеты. Финансово-экономическая база деятельности местных органов власти в настоящее время в связи с принятием Закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» подлежит серьезным корректировкам - резко сократились собственные закрепленные налоговые доходы, механизм регулирующих доходов достаточно сложен, четко не определен [11]. Проще говоря, а хватит ли средств у муниципальных органов власти на цели медицинского страхования неработающего населения в повышенных размерах? По существу, это должно гарантироваться Правительством РФ посредством финансово-бюджетного механизма.

3. Для того чтобы запустить механизм социального страхования, стимулировать и граждан и юридических лиц к превентивным мероприятиям по сохранению здоровья, избежать обезличенности системы ОМС, следует ввести индивидуальный учет средств застрахованных лиц (аналогично индивидуальному учету в системе обязательного пенсионного обеспечения).

В целом, финансовое положение государственных медицинских учреждений близко к состоянию банкротства, перспективы туманны; явно наблюдается перенос государством финансовых обязательств на плечи получателей медицинской помощи. Остается пожелать всем не болеть и быть финансово обеспеченными.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Основы страховой деятельности*: Учебник / Отв. ред. проф. Т.А. Фёдорова. М.: БЕК, 2001. С. 341.
2. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Обеспечение работающих медицинскими услугами: опыт США // Труд за рубежом. М, 1998. № 4. С. 123.
3. Постановление Правительства РФ от 25.03.96 г. № 350 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».
4. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан от. 3.10.2003. № 3856/30-3/4.
5. *Диагноз без эмоций* // Российская газета. 2004. 28 апр. № 89. С. 12.
6. Четыркин Е.М. Медицинское страхование на Западе и в России // Мировая экономика и международные отношения. 2000. № 12. С. 94.
7. Реформа системы обязательного медицинского страхования (интервью с первым замминистра экономического развития и торговли М. Дмитриевым). <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=13959>
8. Тогунов И.А. Десять событий, которые потрясли систему ОМС / <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=12438>
9. Натарое Е. Большой для денег или деньги для больного: Интервью с С. Шишкиным, заведующим лабораторией экономики социальной сферы ЦЭПП // Российская газета 8.04.2004 г.
10. Невинная Ирина. Реформа системы обязательного медицинского страхования // Российская газета. 17.02.2004 г.
11. Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» № 131-ФЗ от 6 окт. 2003 // Российская газета. 8 окт. 2003 г. С. 1-6.

Статья представлена кафедрой налогов и налогообложения экономического факультета Томского государственного университета, поступила в научную редакцию «Экономические науки» 3 июля 2004 г.