

## ГОСУДАРСТВЕННОЕ И МУНИЦИПАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Т. М. Скляр

### УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНИЕНИЕМ: ГОСУДАРСТВО ИЛИ РЫНОК?

В статье\* рассматриваются экономические особенности здравоохранения, приводящие к несостоятельности рыночного механизма и обуславливающие необходимость государственного вмешательства. Вместе с тем обращается внимание на недостатки государственного управления здравоохранением. Исследуются проблемы, связанные с введением в России системы медицинского страхования. Анализируются направления реформирования российской системы медицинского обслуживания, описываются пути совершенствования страховой модели в здравоохранении.

С момента создания системы медицинского страхования в России не прекращается дискуссия о соотношении рыночных и административных методов управления здравоохранением. Существуют различные точки зрения по поводу направлений реформирования и, в частности, целесообразности усиления государственного регулирования отрасли [Козлов, Нестеренко, Полунина, 1999; Поляков, Максимов, 2001; Стародубов, Дубинина, Зенков, 1998; Шейман, 2000; Шишкин, 2000]. В статье делается попытка на основе микроэкономического анализа особенностей здравоохранения сопоставить различные экономические модели организации медицинского обслуживания и обосновать необходимость сочетания рыночных и государственных методов управления в рамках модели медицинского страхования.

**Экономические особенности здравоохранения.** Перед здравоохранением, как и перед любой областью человеческой деятельности, связанной с ис-

---

\*Автор выражает благодарность Независимому институту социальной политики за поддержку в работе над проектом (Проект № SP-02-2-11) по программе «Социальная политика: реалии XXI века». Программа финансируется за счет средств Фонда Форда.

© Т. М. Скляр, 2003

пользованием ограниченных ресурсов общества, стоит задача достижения эффективности при обеспечении населения медицинскими услугами.

Как правило, конкурентный рынок обеспечивает оптимальное распределение ресурсов.

Однако здравоохранение обладает отличительными особенностями, которые порождают несостоятельность рынка в этой сфере, что является причиной вмешательства государства в экономические взаимоотношения между поставщиками медицинских услуг (больницами и врачами) и их потребителями, и обуславливают появление института страхования.

Одной из важных характеристик здравоохранения является *наличие внешних эффектов* [Cullis, West, 1991]. Определенные области медицины, особенно связанные с лечением инфекционных заболеваний, могут вызывать положительные внешние эффекты. Так, вакцинация не только приносит частную выгоду тем, кому сделаны прививки, но и создает положительный внешний эффект для окружающих. Подобным образом лечение пациента от инфекционной болезни в больнице снижает риск заболевания у других людей.

Если подобные внешние эффекты явно выражены, то конкурентный рынок действует неэффективно. Задачей государства является повышение «выпуска» медицинских услуг до оптимального с общественной точки зрения уровня. Причем оказание подобных услуг может осуществляться как государством, так и частными поставщиками. Государство предоставляет субсидии частным производителям услуг или прямые дотации потребителям.

Другим проявлением внешнего эффекта является *необязательный спрос* [Weisbrod, 1964]. Люди предъявляют *необязательный спрос* на услуги, которые они могут в будущем и не использовать, например на лечение в больнице. Они готовы платить определенную сумму денег за то, чтобы иметь уверенность в том, что если они, к примеру, неожиданно получают травму, то больница предоставит им необходимое место. В условиях «чистого» рынка, когда потребитель платит только за те услуги, которые ему предоставляются, частные больницы вообще не получают никакой платы за «необязательную» выгоду для людей. Поэтому больница или некоторые ее отделения могут быть закрыты по коммерческим соображениям, хотя их функционирование несет несомненную общественную выгоду, которая, однако, никак не вознаграждается. В целях достижения социального оптимума может применяться государственное обеспечение медицинскими услугами, финансируемое за счет доходов государственного бюджета (налогов с населения).

Большое значение имеет так называемый гуманистический внешний эффект, предполагающий, что люди беспокоятся не только о собственном самочувствии или самочувствии близких, но и о состоянии здоровья остальных членов общества. В этом случае возникает повод для благотворительной (т. е. общественной в широком смысле) формы оказания медицин-

ской помощи из альтруистических соображений. Она может осуществляться путем выплаты пособий нуждающимся или непосредственного предоставления им необходимой лечебной помощи. Такое положение имеет место при оказании не только медицинских услуг, но и других видов социальной помощи, однако в этой сфере оно выражено более широко и активнее, чем в других случаях. Так, в Великобритании при государственной системе здравоохранения множество людей жертвует деньги различным фондам на покупку оборудования для больниц и т. п.

Здравоохранению присуща *информационная асимметрия* [Folland, Goodman, Stano, 1997]. Это означает, что существует несоответствие между информацией поставщика медицинских услуг (врача) и потребителя (пациента) о состоянии здоровья, необходимости лечения, его форме, качестве и эффективности. Отсутствие профессиональных медицинских знаний, большой выбор возможных вариантов лечения и болезненное состояние пациентов ведут к тому, что они обращаются к врачу за необходимой информацией. Пациент не способен квалифицированно определить объем медицинских услуг, в которых он нуждается, сделать необходимый выбор между различными способами лечения, определить качество медицинской помощи до момента ее оказания, а зачастую и предсказать результат лечения. При возникновении потребности в медицинской помощи как перед началом ее получения, так и в течение всего процесса пациент вынужден полагаться на мнение врача.

Таким образом, информационная асимметрия приводит к тому, что между производителем и потребителем (врачом и пациентом) возникают отношения принципала — агента, что в известной степени обуславливает монопольную власть поставщиков медицинских услуг и ведет к неэффективному функционированию конкурентного рынка.

Одна из главных особенностей здравоохранения — *нерегулярность и непредсказуемость возникновения спроса на медицинские услуги*. Люди не знают, когда им в будущем понадобится врачебная помощь, они не могут предвидеть состояние своего здоровья, тяжесть будущих заболеваний, вид медицинской помощи и, следовательно, стоимость лечения. Кроме того что болезнь несет в себе вероятность потери трудоспособности или даже смерти, она сопряжена с риском значительных финансовых затрат. Такая непредсказуемость возникновения расходов на лечение и нерасположенность большинства людей к риску служат причиной возникновения спроса на страхование и тем самым появления института страхования. Путем объединения риска многих людей страхование создает финансовую защиту для любого человека, заключившего договор.

Важным аспектом страхования, в том числе и медицинского, является существование проблем, препятствующих достижению эффективности в этой области.

Одна из основных проблем — это «*неблагоприятный отбор*» (adverse selection). Она возникает вследствие информационной асимметрии. Неблагоприятный отбор потенциально присутствует при любых формах страхования [Акерлоф, 1994].

Лица, покупающие медицинский страховой полис, обладают гораздо большей информацией о собственном состоянии здоровья, чем представители страховой компании. Во всяком случае, получение подобной информации является для страховой компании дорогостоящей процедурой. Таким образом, возникает информационная асимметрия, нарушающая эффективное функционирование конкурентного рынка. Если покупатели полиса обладают информацией о состоянии своего здоровья, которой не владеет страховая компания, то она первоначально предполагает, что любой потребитель с равной вероятностью может иметь как высокий, так и низкий риск заболевания. Таким образом, продавая медицинские полисы, страховщики рассматривают всех покупателей как людей со средним риском заболевания. В результате равновесная цена страхового полиса повышается по сравнению с первоначальным уровнем. При этой цене число застрахованных с низким риском снижается, в то время как число застрахованных с высоким риском повышается.

Продавцы на страховом рынке не в состоянии осуществить дифференциацию покупателей. Поэтому возникает ситуация, при которой среди застрахованных находится слишком большое (по сравнению с эффективным уровнем) количество людей с высоким риском болезни и слишком малое — с низким риском. Из-за отсутствия у страховщиков полной информации конкурентное равновесие не обеспечивает эффективное распределение страховых услуг.

Такое явление, получившее название неблагоприятный отбор, тем самым приводит к неэффективной работе рыночного механизма. При этом страховщик выплачивает страховое возмещение, превышающее первоначально предполагаемую им сумму. Поэтому он вынужден поднять размер страхового взноса до величины, намного превышающей «справедливый» уровень, вследствие чего застрахованные, обладающие крепким здоровьем, могут принять решение отказаться от страхования ввиду повышения страховых взносов. В результате этого доля заключенных страховой компанией договоров с уровнем риска ниже среднего может стать непропорционально низкой, так что страховые случаи будут наступать чаще, чем ожидалось.

Существует несколько методов преодоления неблагоприятного отбора. Страховщики стремятся получить больше информации о клиентах, проводя медицинское освидетельствование перед заключением договора о страховании. Они могут пытаться разделить застрахованных на отдельные категории, снижая разброс степени риска внутри каждой из групп. Однако

полностью решить эту проблему в условиях конкурентного рынка невозможно.

Наличие неблагоприятного отбора служит доводом в пользу финансируемых государством программ медицинского страхования и государственных систем здравоохранения. Обеспечивая страхованием всех членов общества или его значительную часть, государство может решить эту проблему.

Другой крупной проблемой, которая существует в страховании, в том числе и в медицинском, является тот факт, что обладание страховым полисом часто меняет стимулы и поведение его владельца. Возникает проблема «морального ущерба» (*moral hazard*). Этот термин, употребляемый в экономической науке, не имеет отношения к морали, а отражает рациональное экономическое поведение индивида при изменении цен. Однако рациональный частный выбор не всегда является рациональным для общества. Моральный ущерб возникает в тех случаях, когда застрахованные могут влиять на вероятность наступления страхового случая или величину страховых выплат, связанных с результатом их поведения. Это служит причиной расхождения между предельными частными и предельными общественными затратами и ведет к неэффективному распределению ресурсов [Pauly, 1968].

Рассмотрим эту проблему применительно к медицинскому страхованию. При оплате расходов на медицинское обслуживание, производимой третьей стороной<sup>1</sup> (как страховыми компаниями, так и государством), они сталкиваются с ситуацией, когда величина затрат на медицинское обслуживание индивида частично зависит от его поведения.

Как известно, в условиях государственного финансирования здравоохранения наблюдается такое явление, как потребление медицинских услуг в размерах, превышающих эффективный уровень. Следует иметь в виду, что страховые компании также сталкиваются с этой проблемой. Наличие полисов, предлагающих застрахованному полное возмещение затрат на медицинское обслуживание, создает стимул для получения услуг в объеме, значительно превышающем тот, который существовал бы в случае непосредственной их оплаты из личных средств.

Предположим, владельцу страхового полиса оплачиваются все затраты на госпитализацию. В этом случае, если застрахованный попадает в больницу, то сколько бы ни продолжалось лечение, он не несет никаких финансовых

---

<sup>1</sup> Этот термин (*third party*) часто встречается в западной литературе. Он обозначен таким образом, так как ни поставщик, ни потребитель медицинских услуг оплату не производят. Расходы третьей стороны — это страхование и государственные расходы, т. е. в них не включаются частные прямые платежи.

потерь. Такой же эффект возникает при использовании любого вида медицинских услуг, если они полностью оплачиваются страховой компанией. Например, врачи склонны назначать более дорогостоящие процедуры и исследования, если знают, что их пациенты не несут при этом финансовых затрат.

После того как потребитель медицинских услуг приобрел страховой полис, цена оказываемых медицинских услуг представляется ему равной нулю. Вследствие этого у застрахованных может появиться стимул посещать врачей без острой необходимости, а также обращать меньше внимания на профилактику заболеваний и укрепление своего здоровья. В условиях «нулевой цены» объем спроса возрастает до уровня, при котором предельная выгода равна нулю. При этом уровне потребления предельные общественные затраты на обеспечение медицинскими услугами превышают предельную общественную выгоду от потребления этих услуг, что свидетельствует о неэффективном распределении ресурсов. Фактически страхование, которое покрывает все затраты, выступает подобно субсидии, снижающей для потребителя цену медицинских услуг до нуля. Таким образом, страхование приводит к часто необоснованному росту потребления медицинских услуг. Застрахованные не заинтересованы в экономии используемых медицинских ресурсов. Следует заметить, что увеличение потребления услуг здравоохранения ведет к возрастанию общей стоимости медицинской помощи и следовательно, повышает размер средств, необходимых для финансирования страхования.

Таким образом, наличие проблем неблагоприятного отбора и морального ущерба свидетельствует о несостоятельности страхового рынка в достижении эффективности.

В результате можно сделать вывод, что здравоохранение обладает особенностями, обуславливающими неэффективное распределение ресурсов в условиях конкурентного рынка.

**Недостатки государственного регулирования здравоохранения.** Несостоятельность рынка является причиной вмешательства государства в процесс оказания медицинских услуг. Однако не следует полагать, что государство способно успешно справиться со всеми возникающими на смену рыночному механизму проблемами, возникающими в этой сфере его деятельности.

Государство может вмешиваться в процесс распределения отдельных видов товаров и услуг с помощью любого из трех методов — прямого обеспечения этими товарами и услугами; регулирования их распределения; посредством налогообложения (или, наоборот, субсидирования). В процессе управления здравоохранением оно использует сочетание всех этих способов. Так, регулирование распределения медицинских услуг призвано решить уже

упоминавшуюся выше проблему асимметричности информации. Государство берет на себя функцию эксперта, обеспечивая постоянный контроль над качеством медицинской помощи, проводя лицензирование деятельности организаций здравоохранения и отдельных врачей и готовя медицинские кадры в государственных учебных заведениях. Однако при этом в качестве должностных лиц, проводящих подобное регулирование, выступают те, кто сам вовлечен в регулируемую деятельность. Таким образом, при оценке качества медицинской помощи не может быть проведена полностью объективная и независимая экспертиза.

Асимметричность информации в здравоохранении ведет к монопольной власти поставщиков медицинских услуг. Один из способов противодействия этому заключается в том, чтобы государство выступало как единственный покупатель произведенных услуг, т. е. монополист. Тогда государство получает возможность влиять на уровень цен, назначаемых поставщиками. Однако государственное обеспечение услугами здравоохранения обладает рядом существенных недостатков, главный из которых — это отсутствие конкуренции среди поставщиков медицинских услуг, что приводит к неэффективной работе всей системы здравоохранения.

Необходимость субсидирования здравоохранения вытекает из наличия внешних эффектов, а также из стремления избежать неравенства в получении услуг. Однако снижение цены на все виды медицинских услуг вызывает увеличение спроса на них выше эффективного уровня производства. Если избыточный спрос на услуги здравоохранения не подкрепляется соответствующим ростом объема их предложения, то на данном рынке возникает дефицит и появляются очереди. Государственная система субсидирования не может также гарантировать полное равенство всех граждан при получении необходимой медицинской помощи, так как сохраняет относительное неравенство доли расходов на приобретение медицинских услуг у групп населения с различным уровнем доходов.

**Модели организации медицинских услуг.** На вмешательстве государства в процесс оказания медицинских услуг основана *модель бесплатной медицины*. Для пациента в момент получения медицинской помощи денежная цена предоставляемых ему услуг равна нулю. Заболевший человек обращается в учреждение здравоохранения, где ему оказывается необходимое лечение, при этом оплата медицинской помощи пациентом не производится. В данном случае спрос на медицинские услуги не является функцией цены. Но так как услуги медицинских учреждений являются экономическими благами, то оплата лечения происходит опосредованно, источником финансирования деятельности поставщиков медицинских услуг являются средства государственного бюджета, которые формируются главным образом налоговыми методами.

При всей внешней привлекательности этой модели она, отражая систему централизованного планирования и регулирования здравоохранения, проявляется в «остаточном» принципе финансирования, приводит к дефициту финансовых ресурсов, направляемых на оплату деятельности медицинских учреждений, и, как следствие этого, неудовлетворенному спросу пациентов на высококачественные медицинские услуги. У потребителя также отсутствует свобода выбора поставщика услуг (врача или лечебного учреждения).

В основе *модели платной медицины* лежит механизм действия конкурентного рынка. Применение этой модели позволяет обеспечить широкий выбор и высокое качество медицинских услуг. Но при этом действует чисто рыночный механизм взаимоотношений между поставщиком и потребителем, ставящим качество и количество медицинских услуг в зависимость от платежеспособности пациента. Налицо противоречие между рыночной эффективностью и социальной справедливостью в сфере, обеспечивающей жизнедеятельность человека.

Преодолеть недостатки как платной, так и бесплатной медицины здравоохранения позволяет *модель страховой медицины*. Появление страховых медицинских организаций в качестве посредников между потребителями и медицинскими организациями позволяет ослабить информационную асимметрию и монопольную власть поставщиков медицинских услуг.

В обязательном медицинском страховании страховщики осуществляют экспертизу процесса лечения и защиту прав застрахованных.

В добровольном медицинском страховании страховые компании, являясь независимым звеном в цепочке медицинского страхования, накапливают финансовые средства клиентов, осуществляют контроль за их эффективным расходованием и качеством предоставляемой застрахованным медицинской помощи.

В странах с рыночной экономикой, как правило, в здравоохранении одновременно используются все рассмотренные выше модели; тип системы здравоохранения определяется в зависимости от преобладающей модели.

Каждая из моделей имеет как существенные достоинства, так и определенные недостатки. Однако для большинства стран в последнее время характерно расширение и развитие сектора страховой медицины как наиболее эффективной и социально справедливой модели здравоохранения.

Характерной чертой большинства национальных систем здравоохранения развитых западных стран является сочетание государственного регулирования деятельности медицинских организаций и страховых компаний с конкуренцией за потребителя, ведущей к увеличению эффективности и равенства доступа к медицинскому обслуживанию.



**Российская система медицинского страхования.** В России страховая медицина была введена Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в соответствии с первым вариантом указанного закона должна была соответствовать страховой модели здравоохранения, применяющейся в странах с системой Бисмарка<sup>2</sup>. В соответствии с этой системой страховые медицинские организации являются посредниками между поставщиками медицинских услуг и застрахованными. Однако для избежания неравенства в распределении средств между страховыми медицинскими организациями (СМО) и, как следствие, неравенства доступа застрахованных различными страховыми организациями к медицинским услугам, в систему были введены Федеральный и территориальные фонды ОМС. Эти учреждения реализуют государственную политику в области здравоохранения. Наличие таких субъектов системы медицинского страхования выступает как отличительная черта российского здравоохранения. Основной функцией территориальных фондов является выравнивание финансовых условий деятельности страховых компаний.

Вместе с тем филиалы территориальных фондов ОМС могут выполнять и функции страховщиков в системе ОМС. Таким образом, особенностью российской системы ОМС стало наличие двух типов страховщиков. Это страховые медицинские компании (их количество на начало 2000 г. достигало 378) и филиалы территориальных фондов ОМС (1123). Страховые компании являются, как правило, негосударственными коммерческими организациями. Более половины филиалов территориальных фондов выполняет функции страховщиков. При этом в 39 субъектах Российской Федерации в качестве страховщиков действовали только страховые компании, в 29 — только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 22 — и те и другие [Шишкин, 2002, с. 83].

Несмотря на то что нормативные документы предписывают существование единой модели организации ОМС, в регионах сформировались различные модели. На данный момент в различных субъектах Федерации России применяются четыре схемы организации здравоохранения:

- ♦ страховая модель, при которой в системе ОМС функцию страховщиков выполняют страховые медицинские организации;
- ♦ фондовая модель, согласно которой территориальные фонды ОМС (ТФ ОМС) и их филиалы берут на себя функцию страховщиков;

---

<sup>2</sup> Основными чертами этой системы являются децентрализованное финансирование, конкуренция между различными страховыми фондами, а также разделение функций между государством, финансирующими органами и поставщиками медицинских услуг.

- ♦ смешанная модель, в рамках которой страхование граждан осуществляют как страховые медицинские организации, так и ТФ ОМС;
- ♦ «нулевая» модель, характеризующаяся отсутствием страховщиков. Распоряжение общей суммой страховых взносов за работающее население осуществляется местными органами управления здравоохранения.

Наиболее эффективной представляется страховая модель, которая позволяет ввести контрактные отношения между субъектами системы здравоохранения. Основой контрактации является разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи. В рамках страховой модели основной финансирующей стороной для медицинских учреждений выступают страховые медицинские организации, которые являются независимыми субъектами системы здравоохранения. Они выступают в качестве основных покупателей услуг у медицинских учреждений. СМО получают средства от территориальных фондов обязательного медицинского страхования в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами, заключают контракты с лечебными учреждениями на предоставление медицинской помощи застрахованному контингенту лиц и перечисляют средства на оплату медицинской помощи, а также проводят экспертизу качества медицинских услуг.

Предполагалось, что в соответствии с законодательной базой произойдет трансформация здравоохранения, ранее функционировавшего в соответствии с принципами системы Бевериджа<sup>3</sup>, в систему с преобладанием сектора страховой медицины (систему Бисмарка). Однако начиная с 1996 г. средства системы ОМС составляют только около 30% всех средств, направляемых ежегодно на здравоохранение. В лечебно-профилактические учреждения, функционирующие в системе ОМС, около 50% средств поступает из СМО. Таким образом, сложившаяся к настоящему времени система организации здравоохранения представляет собой многоярусную, эклектичную структуру.

Источники финансирования российской системы здравоохранения представлены в табл. 1.

---

<sup>3</sup> Основными характеристиками системы Бевериджа, или государственной системы, являются центральное и региональное планирование; финансирование здравоохранения путем прямого налогообложения; государственный патернализм в определении приоритетов развития здравоохранения; наличие очередей, которые являются регулятором обеспечения медицинской помощи, в связи с чем обеспеченные группы населения предпочитают обращаться к частнопрактикующим врачам; наличие неравенства в отношении доступности медицинской помощи для отдельных социальных групп или административных территорий в зависимости от их лоббистских возможностей.

## Источники финансирования российской системы здравоохранения

Источники финансирования	Направления финансирования	Объекты финансирования
Средства федерального бюджета	Финансирование целевых программ, учреждений федерального подчинения	Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) федерального подчинения, ЛПУ системы ОМС
Средства бюджетов местных органов власти	Платежи на ОМС неработающего населения, финансирование целевых программ	ЛПУ системы ОМС
Налоги, уплачиваемые предприятиями	Часть единого социального налога, направляемая на ОМС работающего населения	ЛПУ системы ОМС
Средства предприятий	Страховые взносы на оплату полисов добровольного медицинского страхования для застрахованных граждан	ЛПУ системы ОМС, частные медицинские клиники
Платежи населения	Платные услуги ЛПУ системы ОМС, полисы дополнительного медицинского страхования (ДМС), оплата услуг частных клиник, теневые платежи, покупка лекарств	ЛПУ системы ОМС, частные медицинские клиники, ЛПУ федерального подчинения, аптеки

В последние годы доля средств, направляемых на здравоохранение, составляет около 3% от ВВП России. В развитых странах этот показатель не опускается ниже 6%, но при этом практически ни в одной стране не гарантируется поголовная бесплатность всех видов медицинской помощи. В целом в России расходы на здравоохранение (с учетом затрат населения на медицинские услуги и на приобретение лекарств в аптеках) в 1997 г. составили 6,25% ВВП [Бойков, Фили, Шейман, Шишкин, 1998]. В настоящее время личные расходы граждан составляют около 40% всего объема средств, направляемых на здравоохранение. Необходимо повышение объема и доли государственного финансирования такой социально значимой сферы, как здравоохранение. Однако увеличение эффективности и повышение качества медицинского обслуживания невозможно без совершенствования экономических методов управления здравоохранением, изменения организационной структуры управления этой отраслью, внедрения конкуренции и развития страховой модели.

В настоящее время в российском здравоохранении одновременно существуют государственная система медицинского обслуживания, система обязательного медицинского страхования и платный сектор здравоохранения. Функционирует и система добровольного медицинского страхования, в рамках которой страховые компании, имеющие лицензии на этот вид деятельности, заключают страховые договоры с предприятиями и гражданами, а также договоры на обслуживание застрахованных с медицинскими учреждениями.

Очевидно, что в условиях отсутствия системы медицинского страхования произошло бы существенное расширение сектора платной медицины. Однако уровень медицинского обслуживания в рамках сложившейся к настоящему времени системы медицинского страхования не удовлетворяет потребности населения, а здравоохранение в целом сталкивается с рядом экономических и организационных проблем.

#### **ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ**

**Несбалансированность программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью с финансовыми возможностями государства.** Объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в 1998 г. в сопоставимом выражении уменьшился по сравнению с 1991 г. на 33%. Начиная с 1998 г. Правительством РФ ежегодно утверждается Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Однако принятие программы не привело к решению указанной проблемы. В большинстве субъектов Российской Федерации эта программа не обеспечивается государственным финансированием. Дефицит ресурсов составляет 40–50% и покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату медицинских услуг. Как следствие уменьшения объемов государственного финансирования наблюдается сокращение масштабов работы по профилактике заболеваний и увеличение объемов платной медицинской помощи как в легальной, так и «теневой» форме. Можно сказать, что в здравоохранении происходит неявное замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

Существует несколько путей решения указанной проблемы:

- ♦ изменение государственных приоритетов в пользу здравоохранения;
- ♦ привлечение внутренних источников финансирования благодаря, в частности, таким мерам, как снижение коечного фонда; передача некоторых видов лечения из дорогостоящего стационарного в амбулаторное звено и т. п.;
- ♦ глубокая реструктуризация отрасли (закрытие ряда медицинских учреждений; переход от поликлиник к институту врачей общей практики и др.);

- ♦ легализация соучастия населения в финансировании медицинской помощи, предоставляемой в системе государственного здравоохранения.

Последняя стратегия предполагает введение соплатежей для определенных категорий населения [Бойков, Фили, Шейман, Шишкин, 1998; Шейман, 2000; Шишкин, 2000]. Такая система используется практически во всех странах. Однако обычно она преследует цель ограничения избыточного спроса на медицинские услуги, в то время как в нашей стране она должна обеспечивать приток финансовых средств. Но следует иметь в виду, что практическая реализация данного механизма представляется достаточно сложной вследствие высоких издержек его внедрения и контроля за ним. Главная опасность введения этого метода состоит в том, что легальные соплатежи могут прийти не на смену теневой оплате медицинских услуг, а превратиться в ее дополнение.

**Необходимость структурных изменений в отрасли.** Эта проблема связана с неэффективным расходованием средств в здравоохранении. Избыточная по сравнению с другими странами обеспеченность больничными койками, низкое соотношение численности среднего медицинского персонала и численности специалистов, преобладание в структуре услуг стационарной, а не амбулаторной помощи и ряд других негативных показателей свидетельствуют о недостаточной структурной эффективности работы отрасли и о наличии резервов для ее повышения. Признаются необходимыми следующие шаги: развитие стационарозамещающих технологий, частичное перемещение ресурсов в амбулаторно-поликлинический сектор; развитие института врачей общей практики. Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью предусматривает уменьшение существующих объемов лечения в стационарных условиях на 15–18% и проведение лечения ряда заболеваний в дневных стационарах больниц и в поликлиниках. Однако, по мнению многих экономистов, необходимы глубокая реструктуризация отрасли, заключающаяся в закрытии или репрофилировании ряда медицинских учреждений; формирование государственного заказа на услуги, оказываемые через систему обязательного медицинского страхования государственными и частными медицинскими учреждениями; внедрение института врачей общей практики. Такая стратегия содержится в «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством РФ в июне 2000 г.

**Проблема отсутствия действенного механизма перечисления взносов на неработающее население в системе ОМС.** В 2000 г. соотношение страховых взносов на работающее и неработающее население составило 5:1, тогда как не менее 2/3 объемов медицинской помощи приходится на неработающих (главным образом детей и пенсионеров). Еще одной серьезной проблемой системы ОМС является большой разброс в уровне среднестатистических расходов на меди-

цинскую помощь в субъектах Российской Федерации (максимальный показатель превышает минимальный в 17 раз). По расчетам экспертов, для того чтобы обеспечить одинаковый относительно достаточный уровень оказания медицинской помощи в субъектах Федерации, объем средств, направляемых на эти цели, должен быть увеличен как минимум в пять раз.

Для решения этих проблем и для повышения эффективности системы обязательного страхования предусматривалось создание единой системы обязательного медико-социального страхования, что было сформулировано в [Основные направления..., 2000].

Обязательное медицинское страхование представляет собой ту часть системы социального страхования, целью которой является покрытие расходов граждан на медицинское обслуживание в случае временной утраты трудоспособности. В настоящее время компенсация потери дохода в период временной нетрудоспособности осуществляется за счет другой отрасли — государственного социального страхования. В России этот вид страхования осуществляется фондами социального страхования. За счет средств из этих фондов работающим гражданам выдаются пособия при наступлении страховых событий, связанных с болезнью, травмой, рождением и воспитанием детей, смертью. Однако в мировой практике средства на указанные цели не выделяются отдельно из общей системы социального страхования.

Предусматривалось принятие Закона «Об обязательном медико-социальном страховании». Необходимость введения системы обязательного медико-социального страхования диктуется тем, что профилактика, лечение заболеваний и выплата пособий по временной нетрудоспособности между собой неразрывно связаны.

Цель создания новой системы состояла в повышении уровня социальной защиты в связи с заболеванием и утратой трудоспособности граждан за счет повышения управляемости системами социального страхования и улучшения уровня их финансовой обеспеченности.

Законопроект предусматривал более высокую степень централизации управления и финансирования объединенной системы обязательного медико-социального страхования (ОМСС) по сравнению с действующей системой ОМС. Предполагалось сформировать Федеральный фонд обязательного медико-социального страхования путем слияния Федерального фонда ОМС и Федерального фонда социального страхования. В объединенном фонде ОМСС на федеральном уровне должны были аккумулироваться часть единого социального налога, уплачиваемая работодателями на обязательное медицинское и социальное страхование; часть единого налога на вмененный доход, направляемая на цели ОМСС; страховые взносы за неработающее население из федерального бюджета. Предусматривалось закрепление в качестве страховых взносов на ОМСС неработающего населения расходов федерального бюджета

и направление этих сумм в Федеральный фонд ОМСС. Таким образом, предполагалось, что в созданном Фонде ОМСС будут аккумулированы средства, позволяющие эффективно выравнивать условия деятельности систем ОМСС в регионах. Концентрация средств в Федеральном фонде ОМСС должна была расширить возможности рационального планирования структурных преобразований в здравоохранении.

Однако в апреле 2002 г. Правительство РФ отказалось от создания объединенной системы, не найдя возможностей закрепить определенные налоговые поступления в качестве источников финансирования платежей за неработающее население.

В настоящее время в качестве обсуждаемых направлений реформирования системы ОМС рассматриваются, во-первых, создание единого Федерального фонда ОМС путем соединения существующих Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в единый Федеральный фонд ОМС, что должно повысить уровень управляемости системой ОМС, и, во-вторых, установление подушевых нормативов взносов на ОМС неработающих граждан из бюджетов субъектов Российской Федерации.

В качестве финансового источника взносов на страхование неработающего населения С. В. Шишкиным предлагаются маркированные налоговые поступления, такие как определенная часть налога на доходы физических лиц или акцизы на табачные изделия и алкоголь [Гудков, Попович, Шишкин, 2002, с. 31].

**Неэффективность деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС.** С момента создания системы медицинского страхования в 1993 г. продолжается дискуссия о роли страховых медицинских организаций (СМО) в функционировании системы здравоохранения и улучшении качества медицинского обслуживания населения. В процессе обсуждения высказывались различные точки зрения об эффективности деятельности СМО, однако все участники дискуссии отмечали несоответствие между ожидаемыми результатами их работы и механизмом реализации их функций в системе здравоохранения. Задачами СМО как независимых субъектов рынка ОМС должны были стать защита прав застрахованных, контроль и экспертиза качества медицинской помощи. В действительности СМО часто выступают только как финансовые посредники между территориальными фондами и медицинскими учреждениями. Они не оказывают реального влияния на повышение качества предоставляемых медицинских услуг и обеспечение равного доступа к ним. Во многом это связано с объективными и субъективными ограничениями, не позволяющими СМО выполнять свои функции в полном объеме. Создание мотивации у СМО к защите прав застрахованных, контролю качества лечения, информационном обеспечении клиентов об объеме и уровне услуг, предлагаемых медицинскими учреждениями, возможно только при наличии конкурен-

ции между СМО за клиентов и между медицинскими учреждениями за право поставлять услуги в системе ОМС. К факторам, ограничивающим деятельность страховой модели, можно отнести такие административные ограничения на деятельность СМО, как использование территориального принципа страхования, принцип выбора СМО не самим застрахованным, а работодателем; требование к СМО заключать договоры на обслуживание со всеми медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС, и ряд других.

Появление у граждан свободы выбора страховщика приведет к возникновению у СМО стимулов к полной реализации своих функций. Существует мнение (см., напр.: [Шишкин, 2000]), что необходимо усилить государственные требования к их деятельности, введя в законодательство специфицированные критерии для получения страховщиками лицензии и условий ее лишения. Однако ужесточение законодательства и излишнее вмешательство государства могут привести к уменьшению числа страховых организаций, снижению конкуренции между ними, возникновению олигополии на рынке ОМС и, как следствие, отсутствию положительного эффекта от их деятельности. Устранение СМО не улучшит экономическую ситуацию в здравоохранении и будет шагом в сторону возрождения административной системы управления этой отраслью.

**Отсутствие у медицинских учреждений стимулов к повышению эффективности деятельности и улучшению качества медицинских услуг.** В настоящее время финансирование лечебно-профилактических и амбулаторно-поликлинических учреждений напрямую не связано с результатами их деятельности. Оплата труда врачей и среднего медицинского персонала практически не зависит от их производительности и квалификации. Даже из средств, поступающих через систему добровольного медицинского страхования, на заработную плату медицинских работников приходится незначительная часть. Бюджетное финансирование отдельных статей расходов ЛПУ и некоторых видов услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) производится по-прежнему в расчете на ресурсные показатели (кочный фонд, штат сотрудников и прочее). В системе ОМС существует зависимость размера финансирования от объема оказываемой помощи, однако используемая практика ценообразования на медицинские услуги зачастую не учитывает реальные издержки учреждений, тарифы формируются административным путем. Сочетание элементов бюджетного и страхового финансирования не стимулирует поиск способов экономии полученных средств. Управленческий учет в медицинских учреждениях практически не осуществляется. Одной из неотложных мер является как обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных ЛПУ, так и использование других организационно-правовых форм медицинских организаций. Рациональное и продуманное внедрение эффективных методов ценообразования на медицинские услуги может приве-



сти к повышению эффективности и качества работы учреждений. Это означает, что необходимо сочетать применение принципа определения стоимости лечения одного застрахованного (например, введение в качестве базы для расчета страховых компаний с поликлиниками расчета стоимости случая поликлинического обслуживания) с введением метода «глобального бюджета», подразумевающего согласование страховыми компаниями с лечебными учреждениями общего объема оплаты медицинских услуг в системе ОМС.

**Неразвитость системы добровольного медицинского страхования (ДМС).** Во всех развитых странах потребители предпочитают покупать страховые медицинские полисы у страховых компаний, а не оплачивать услуги лечебных учреждений напрямую. В нашей стране сложилась обратная ситуация. В 2000 г. объем платных медицинских услуг населению (27 506 млрд руб.) более чем в 2 раза превышал совокупный размер взносов на добровольное личное медицинское страхование (12 756 млрд руб.) [Российский статистический ежегодник, 2001, с. 540–541; Здравоохранение в России, 2001, с. 318].

Сравнительный анализ западного опыта функционирования страхового рынка и деятельности российских компаний в области ДМС позволяет выделить как общемировые тенденции развития частного медицинского страхования, так и особенности деятельности, присущие только отечественным страховщикам.

К числу общемировых тенденций можно отнести стремительное развитие этого сегмента рынка, связанное с повышением покупательной способности населения и развитием конкуренции между страховщиками, а также все большее совершенствование и усложнение контрактации между страховыми компаниями и медицинскими организациями различных форм собственности.

Специфика функционирования российского рынка ДМС заключается в следующих особенностях:

- ♦ явный приоритет получения платных медицинских услуг над покупкой страховых полисов у потребителей;
- ♦ отсутствие функциональной зависимости между размером страховой премии и качеством медицинского обслуживания;
- ♦ демпинг цен на страховом рынке;
- ♦ значительная межрегиональная дифференциация качества и количества предоставляемых страховых услуг;
- ♦ низкая информированность потребителей о существующих пакетах страховых услуг и качестве медицинской помощи, предоставляемой через различные страховые компании.

Эти и ряд других особенностей функционирования российского страхового рынка свидетельствуют о необходимости принятия целого комплекса мер, способствующих развитию данной сферы как на государственном, так и

на региональном уровне. Систему добровольного медицинского страхования следует увязать с системой обязательного медицинского страхования. Улучшение качества медицинского обслуживания и увеличение доступа к высококачественным медицинским услугам должны служить главными приоритетами процесса регулирования рынка страховых медицинских услуг.

Для решения проблем российского здравоохранения необходимо не только увеличивать долю ВВП, направляемую в сферу медицинского обслуживания, но и совершенствовать государственные методы регулирования данной отрасли в сочетании со стимулированием конкуренции как между медицинскими учреждениями, так и между страховыми компаниями. В здравоохранении следует перейти от бюджетно-страховой к страховой модели, предполагающей в качестве основного источника финансирования средства ОМС. Необходимым условием возникновения конкуренции будет реализация принципа выбора самим застрахованным (а не страхователем, как это происходит в настоящее время) страховой медицинской организации.

### Литература

- Акерлоф Д.* Рынок «лимонов»: неопределенность качества и рыночный механизм // Альманах THESIS. 1994. Вып. 5. С. 96-104.
- Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. В.* Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10. С. 101-117.
- Гудков А. А., Попович Л. Д., Шишкин С. В.* Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. М., 2002.
- Здравоохранение в России.* Стат. сб. М., 2001.
- Козлов А. В., Нестеренко Е. И., Полунина Н. В.* К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе // Экономика здравоохранения. 1999. № 5-6. С. 16-20.
- Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу: Программа Правительства Российской Федерации от 28.06.2000.*
- Поляков И. В., Максимов А. В.* От единого государства к единой системе здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2001. № 1. С. 3-5.
- Российский статистический ежегодник.* М., 2001.
- Стародубов В. И., Дубинина Е. И., Зенков В. Е.* Влияние способа оплаты медицинской помощи на показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения // Экономика здравоохранения. 1998. № 5. С. 5-8.
- Шейман И. М.* Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. № 5-6. С. 20-32.
- Шишкин С. В.* Реформа финансирования российского здравоохранения. М., 2000.
- Шишкин С. В.* Экономика социальной сферы. М., 2002.

*Cullis J. G., West P. A.* The Economics of Health. Hampshire., 1991.

*Folland S., Goodman A., Stano M.* The Economics of Health and Health Care. Prentice-Hall., 1997.

*Pauly M. V.* The Economics of Moral Hazard // American Economic Review. 1968. Vol. 58. N 3. P. 531–537.

*Weisbrod B.* Collective-consumption Services of Individual-Consumption Goods// Quaterly Journal of Economics. 1964. Vol. 78. N. 3 (Autumn). P. 471–477.

Статья рекомендована к печати проф. Н. В. Расковым, доц. Н. П. Дроздовой.

Статья поступила в редакцию 25 декабря 2002 г.