

УДК 338(075.8)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ БЮДЖЕТНОГО СТРАХОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.М. Разумовская

Аннотация

В статье рассмотрена организационная структура системы здравоохранения и ее финансирование. Особое внимание уделено современным проблемам здравоохранения. Отражен региональный аспект и роль органов муниципальной власти в реформировании здравоохранения, определены возможные перспективы участия лечебных учреждений в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: бюджетно-страховое здравоохранение, обязательное медицинское страхование, органы муниципальной власти, фонд социального страхования, одноканальное финансирование, страхователь, страховщик, социально значимое благо.

Здоровье граждан страны служит наиболее ярким и всеобъемлющим показателем условий и качества жизни. Поэтому интерес к проблемам здоровья постоянно растет. Изучение общественного здоровья стало объектом интересов экономистов, врачей, политологов, социологов, других специалистов общественных наук и политиков.

Здравоохранение призвано обеспечивать гарантии прав граждан на сохранение, охрану и восстановление здоровья. Система здравоохранения представляет собой не только совокупность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) – она тесно связана с экологией, охраной труда и социальной сферой. Поэтому многие ученые и практики одной из важнейших функций здравоохранения называют поддержку и восстановление индивидуального и общественного здоровья страны.

Система здравоохранения государства является одной из важнейших отраслей, обеспечивающих национальную безопасность страны. Здравоохранение, являясь комплексной социально-экономической системой, чутко реагирует на все изменения, обусловленные реформированием государственных, общественных и хозяйственных структур, определяющих жизнедеятельность населения.

Главной проблемой современного этапа развития является демографический кризис, обусловленный во многом высокой смертностью населения. Для повышения уровня здоровья населения Российской Федерации необходимо динамичное развитие всех направлений охраны здоровья, а это возможно лишь при их одновременной ресурсной поддержке.

Российская медицина сегодня является «медициной болезней», а не «медициной здоровья». Финансируются в основном те отрасли медицины, которые связаны с дорогостоящим оборудованием для диагностики запущенных заболеваний и производства сложных хирургических операций. Акцент делается не на предотвращении сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а на развитии инвалидизирующих методик, которые продлевают физическое существование больного, но лишают его полноценной и активной, здоровой деятельности и жизни [1].

Главными факторами сохранения здоровья россиян являются отношение к собственному здоровью, социально-экономическая ответственность государства и работодателей за состояние здоровья населения и работников, инвестиции государства и бизнеса.

В Российской Федерации доля здоровых граждан составляет менее 50% от общего числа населения, более половины населения проживает в крайне неблагоприятной экологической обстановке, связанной с загрязнениями окружающей среды, выбросами промышленных предприятий и автомобильного транспорта, пользуется недоброкачественной питьевой водой [2]. В этих условиях необходимо внедрение социально-гигиенического мониторинга.

В начале рыночных реформ здравоохранение в России было направлено на лечение растущего числа больных, инвалидов, а не на профилактику заболеваемости. Руководители органов здравоохранения не стремились сократить заболеваемость путем проведения диспансеризации, принятия профилактических мер, выявления и лечения заболеваний на ранней стадии. Одним из наиболее значимых недостатков системы здравоохранения того времени являлось распределение финансовых средств между поликлиниками и стационарами таким образом, что поликлиники направляли в больницы большее количество пациентов. В больницах стимулировалось увеличение числа коек и количества оборудования, сохранялась высокая средняя продолжительность стационарного лечения. Такая ситуация сложилась из-за стремления стационаров увеличить финансирование, медицинские штаты, получить современное оборудование. Поскольку лечение в стационарах, требует больше финансовых затрат, чем профилактические мероприятия, это является менее экономичным использованием ресурсов.

С принятием Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991 г.) началась реформа системы здравоохранения, которая в основном заключалась в изменении системы финансирования – появились помимо бюджета новые источники финансирования здравоохранения: страховые взносы работодателей (3.6% от ФОТ), личные средства и добровольные взносы как работодателей, так и физических лиц, развитие негосударственных организационно-правовых форм, предоставляющих медицинские услуги на платной основе.

В целях реализации государственной политики в системе обязательного медицинского страхования созданы федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные государственные коммерческие финансово-кредитные учреждения. Фонды подотчетны региональным администрациям и органам представительной власти, но не находятся в административном подчинении органов управления здравоохранением.

Функции Федерального Фонда обязательного медицинского страхования сводятся к следующему:

- 1) обеспечение реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- 2) достижение социальной справедливости и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- 3) участие в разработке и реализации государственной финансовой политики в области здравоохранения;
- 4) разработка и осуществление мероприятий по выравниванию объемов, качества медицинской помощи на всей территории Российской Федерации;
- 5) обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования создаются органами законодательной власти субъектов Российской Федерации и соответствующими органами исполнительной власти и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательными и нормативными правовыми актами субъектов РФ.

Создание фондов обязательного медицинского страхования означало появление в системе здравоохранения новых субъектов, выполняющих функции финансирования не только страховых медицинских организаций, но и непосредственно лечебно-профилактических учреждений и поэтому обладающих определенными возможностями контроля и управления их деятельностью. Средства фондов обязательного медицинского страхования расходуются на финансирование медицинской помощи населению, оплату выполненных лечебно-профилактическими учреждениями услуг в рамках программ обязательного медицинского страхования. За органами управления здравоохранения остаются функции финансирования развития материально-технической базы здравоохранения, подготовки кадров, обеспечения деятельности специализированных медицинских учреждений (туберкулезные диспансеры, психиатрические больницы и т. п.), проведения мероприятий по предотвращению эпидемий и другие, то есть предоставление услуг, имеющих характер общественных благ.

В Республике Татарстан медицинское страхование населения осуществляется на основании Закона «О медицинском страховании граждан Республики Татарстан» от 20 октября 1993 г. № 1991-ХІІ. Согласно закону страхователем для неработающего населения является администрация республики, таким образом взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения производятся из бюджета Республики Татарстан. В 2005 г. размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения составил 2796.2 млн. руб., а в 2004 г. сумма страховых взносов составляла 3150.0 млн. руб. Снижение размера взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения обусловлено снижением в 2005 г. ставки единого социального налога, отчисляемого на обязательное медицинское страхование, с 3.6% (0.2% – в ФФОМС, 3.4% – в территориальные фонды) до 2.8% (0.8% – в ФФОМС, 2.8% – в территориальные фонды), а также переходом от финансирования 8 статей затрат в структуре тарифа стоимости одной медицинской услуги до 5 статей.

Табл. 1

Группы учреждений, предприятий, организаций (в том числе здравоохранения) в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации

№ п/п	Публично-правовые учреждения и предприятия государственной собственности	Некоммерческие организации (государственные и негосударственные)	Коммерческие организации
1	Федеральные	Автономные организации	Хозяйственные общества
2	Муниципальные	Потребительские кооперативы	ЗАО, ОАО, ООО, ОДО
3	Внебюджетные фонды	Общественные организации	Хозяйственные товарищества
4		Ассоциации и союзы	Производственный кооператив
5		Учреждения	Унитарные предприятия
6		Некоммерческое партнерство	
7		Фонды	

Изменилась также организационная структура и система управления.

Организационная структура здравоохранения в Российской Федерации включает следующие элементы (см. табл. 1):

1) государственные учреждения и предприятия:

а) федеральные, бюджетные;

б) муниципальные (территориальные) бюджетные;

в) учреждения и государственные внебюджетные организации (Фонд обязательного медицинского страхования, Фонд социального страхования);

2) частные внебюджетные медицинские учреждения и организации (организации добровольного медицинского страхования и другие);

3) общественные медицинские организации, фонды (религиозные, милосердия, благотворительные и другие).

Все три группы учреждений, предприятий и организаций разных форм собственности относятся и к здравоохранению, его системе, его службам.

Государственная система здравоохранения и ее службы входят в состав Министерства здравоохранения Российской Федерации и его органов.

В субъектах Федерации в составе органов и учреждений исполнительной власти имеются соответствующие администрации (управления, комитеты, в некоторых крупных регионах и автономных республиках – министерства здравоохранения), осуществляющие руководство подведомственными им медицинскими учреждениями и предприятиями. Минздрав на федеральном уровне и органы управления субъектов Федерации осуществляют контроль над деятельностью медицинских учреждений, находящихся в юрисдикции муниципальных (местных) властей. Такова «вертикаль» управления и контроля органов и учреждений здравоохранения.

Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления системы здравоохранения имеют право контроля деятельности частных медицинских учреждений и лиц, занимающихся частной практикой.

Административные органы исполнительной власти находятся под юрисдикцией органов законодательной власти: на федеральном уровне под надзором Федерального собрания (Государственной Думы и Совета Федерации и их комитетов и комиссий по социальной политике, здравоохранению и т. п.), на региональном уровне – под контролем соответствующих органов законодательной власти (дум, комитетов и пр.), на местном уровне – территориальных районных органов законодательной власти. Органы законодательной власти рассматривают, принимают законодательные акты федерального, регионального, территориального уровней, определяющие юрисдикцию и административные права и обязанности органов и учреждений здравоохранения.

Органы и учреждения судебной власти (судебная система, прокуратура) осуществляют правовой надзор за исполнением законов, а в случаях нарушений законов – судопроизводство в отношении всех органов, учреждений, предприятий, в том числе системы здравоохранения.

Таким образом, все три ветви власти – законодательная, исполнительная, судебная – имеют прямое отношение к управлению системой здравоохранения и контролю за деятельностью ее органов, учреждений, предприятий. Законодательные акты, и прежде всего «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», определяют и регламентируют полномочия, компетенцию органов государственной власти и управления всех уровней – общегосударственного, субъектов Федерации, местного самоуправления.

В соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» полномочия высших органов государственной власти и управления РФ в области охраны здоровья граждан определены следующим образом: высший законодательный орган, Федеральное собрание, определяет основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимает законы и утверждает федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан, а также республиканский бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение, и контролирует его исполнение.

Президент Российской Федерации руководит федеральной государственной политикой в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Федеральному собранию доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения РФ.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения, а также в пределах, предусмотренных законодательством, координирует деятельность соответствующих органов государственного управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности.

Отраслевая структура государственной системы здравоохранения выглядит следующим образом:

- лечебно-профилактические учреждения;
- учреждения охраны материнства и детства;
- учреждения санитарно-эпидемиологической службы;
- учреждения медицинского образования и научно-исследовательские учреждения;

- аптечные учреждения и предприятия медицинской и фармацевтической промышленности;
- санитарно-курортные учреждения;
- учреждения патолого-анатомической, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы;
- органы и учреждения системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Выше отмечалось, что государственная отраслевая система (бюджетная и внебюджетная) сегодня является преобладающей и по примерным подсчетам располагает примерно 90% всех финансовых и материальных ресурсов. Неизвестен точно размер частных медицинских ресурсов. Минфин и Минздрав называют разные цифры: 4–6% от всех источников, а в документах ФОМС сказано: из всех средств, в последние годы истраченных на здравоохранение, личные составили 4% – на медицинские услуги и 10% – на покупку лекарств населением [3]. Конечно, при стабилизации и развитии экономики страны, увеличении материальных средств населения доля личных расходов на медицинскую помощь будет возрастать. Пока же при ухудшении условий жизни рассчитывать на компенсацию более или менее весомой доли медицинских услуг за счет личных средств не приходится.

Итак, состояние и развитие системы здравоохранения указывают на сохранение роли государственного сектора. Преимущественно страховой модели пока не создано, да и вряд ли будет она образована в ближайшем будущем.

Общий вывод при оценке здравоохранения за последние 10 лет таков: система, и прежде всего государственная, устояла, несмотря на ее критическое состояние, более того – определилась перспектива ее развития и укрепления. Период до начала 1990-х годов, то есть до принятия таких основополагающих документов, определивших направление реформирования здравоохранения, как Конституция РФ, Закон об ОМС, Основы законодательства по охране здоровья граждан Российской Федерации, можно оценить как время разрушения социалистической государственной системы здравоохранения, «растаскивания» ее по субъектам Федерации и разным ведомствам. Вместе с тем добросовестные работники осознали экстренную необходимость остановить беспредел, определить формы и изыскать возможности для восстановления основы системы здравоохранения, интегрировав ее в новую, с трудом, но все же строящуюся рыночную экономику с целью прекращения кризиса общественного здоровья – депопуляции, резкого повышения смертности, увеличения заболеваемости и других негативных проявлений. Созревало понимание срочной необходимости создания новой системы здравоохранения переходного периода с использованием уцелевших «доперестроечных» структур и реальных возможностей, несмотря на резкую нехватку ресурсов, дефицит финансирования, все более и более нездоровый образ жизни большинства населения: требовалось не просто косметическое реформирование здравоохранения, а его радикальное преобразование [4].

Реформирование здравоохранения со всеми его направлениями (реструктуризация, усиление первичной медико-социальной помощи, ориентация на возможности территорий, в том числе ресурсные, внедрение новых технологий,

стандартизация, повышение качества медицинских услуг, расширение платной помощи, возможности ОМС и др.) идет, но медленно. Ставится задача ускорить его реализацию, но не ослабляя, а, напротив, усиливая воздействие центральных, государственных механизмов и структур с целью активизации работы по реформированию единой системы здравоохранения страны без ведомственных и территориальных разграничений, восстановлению краткосрочного и стратегического планирования здравоохранения на всех уровнях управления, приведя его в соответствие с новыми условиями [5].

Summary

E.M. Razumovskaya. Current Tendencies and Problems of Reforming the System of Public Health.

This article views the organization structure and financial system of public health insurance. Particular attention is given to the present problems existing in the sphere. Regional aspect and role of the local bodies in the process of reforming the system of public health insurance is examined in the article as well. Possibility of medical establishments participating in a pilot project aimed at service quality rising in the sphere of public health is determined.

Key words: budgetary-insurance health protection system, public health insurance, local administration, fund of social insurance, one-channel financial system, insured party, insurer, socially important benefit.

Литература

1. *Комаров Ю.М.* Какой может быть стратегия развития здравоохранения в России? // *Вестн. гос. соц. страхования.* – 2008. – № 2. – С. 18–29.
2. *Комаров Ю.М.* Еще раз к вопросу о Концепции развития здравоохранения // *Вестн. гос. соц. страхования.* – 2008. – № 7. – С. 9–12.
3. *Аганбегян А.Г., Варшавский Ю.В., Жуковский В.Д.* О программно-целевом управлении в здравоохранении // *SPERO.* – 2007. – № 7. – С. 5–26.
4. *Ахинов Г.А., Камилов Д.А.* Социальная функция государства в условиях рыночной экономики. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 278 с.
5. *Венедиктов Д.Д.* Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. – М.: ИД ФОРУМ, 2007. – 173 с.
6. *Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И.* Здоровье населения Республики Татарстан на пороге третьего тысячелетия. – Казань: Медицина, 1999. – 255 с.
7. *Восколович Н.А.* Экономика платных услуг. – М.: ЮНИТИ, 2007. – 313 с.

Поступила в редакцию
21.10.08

Разумовская Елена Михайловна – доктор экономических наук, профессор кафедры менеджмента Казанского государственного университета.

E-mail: razumovskaya61@mail.ru