

## АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕФОРМ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Плавун Н.Ф.<sup>1</sup>, Бойко Ю.П.<sup>2</sup>, Галь И.Г.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Департамента здравоохранения города Москвы (125032, г. Москва, ул. Тверская, 13)

<sup>2</sup>Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава РФ (123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1)

<sup>3</sup>Городской клинической больницы № 68 Департамента здравоохранения г. Москвы (109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4.), e-mail: gal-i@mail.ru

<sup>4</sup>АНО «Научно-исследовательский медицинских центр «Геронтология» (125319, г. Москва, ул. 1-я Аэропортовская, д. 6, пом VI, Комн 1-4)

С конца девяностых годов российское здравоохранение переживает серию непрерывных реформаторских преобразований. Особое внимание уделяется экономике отрасли. Вначале был введен новый хозяйственный механизм, а затем система обязательного медицинского страхования. Однако имеющиеся проблемы российского здравоохранения так и не разрешились с течением времени. На фоне постоянного социального, политического и экономического кризиса неуклонно ухудшалось здоровье населения в целом. Общая неблагоприятная ситуация со здоровьем нации и одновременное нецелевое расходование финансовых и материальных ресурсов в здравоохранении и подтолкнули к поиску путей выхода из сложившейся ситуации. Основной целью совершенствования здравоохранения, наравне с обеспечением доступности современных медицинских технологий, должно стать обеспечение качества медицинских услуг.

Ключевые слова: реформа, здравоохранение, анализ, перспективы.

## ANALYSIS OF ECONOMIC REFORM OF THE RUSSIAN HEALTH CARE

Plavunov N.F.<sup>1</sup>, Boyko Y.P.<sup>2</sup>, Gal I.G.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Moscow Health Department(125032, Moscow, Tverskaya Street, 13)

<sup>2</sup>Russian Medical Academy of Postgraduate Education(123995, Moscow, StreetBarrikadnaja, 2/1)

<sup>3</sup>CityClinical Hospital№68Moscow HealthDepartment(109263, Moscow, StreetShkuleva, 4), e-mail: gal-i@mail.ru

<sup>4</sup>"GERONTOLOGY" Research Medical Center (125319, Moscow, 1st Aeroportovskaya Street, 6)

Since the end of 90-ies of the Russian healthcare system is a continuous series of reformist reforms. Special attention is given economic sector. First introduced the new economic mechanism, and then the system of compulsory medical insurance. However, the existing problems of the Russian health care hasn't been solved over time. On the background of constant social, political and economic crisis has steadily deteriorated health of the population. The overall unfavorable situation with the health of the nation and simultaneously the mismanagement of financial and material resources in health care and has led to the search for ways out of the situation. Ensuring the quality of health services should be the main aim of improving health, along with ensuring the availability of modern medical technology.

Keywords: reform, healthcare, analysis, prospects.

**Цель исследования:** проанализировать существующую проблему финансирования здравоохранения в условиях реформирования и оценить пути её возможного решения.

**Методы исследования:** аналитический, монографический.

**Результаты и обсуждение.** Стратегическим направлением развития отечественного здравоохранения стало введение системы обязательного медицинского страхования (ОМС). В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991г) планировалось создание рыночного механизма взаимодействия между субъектами

медицинского страхования с элементами конкуренции. Предполагалось, что производители медицинских услуг и страховые компании будут экономически заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и эффективном использовании финансовых средств.

Однако этого не произошло. Реформаторы не учли сложившейся социально-экономической и политической ситуации в стране. Введение ОМС происходило в период продолжающегося экономического кризиса в условиях недостаточного финансирования, когда прописанные в законе экономические принципы не работали. Система ОМС не стала дополнительным источником финансовых средств. В условиях хронического недофинансирования всех бюджетополучателей ассигнования на здравоохранение повсеместно уменьшались на величину получаемых средств по линии ОМС.

Пятнадцатилетие реформ не привело к достижению изначально поставленных целей. До сих пор недостаточное финансирование здравоохранения сочетается с низкой эффективностью использования ресурсов и несбалансированностью структуры оказания медицинской помощи. Наблюдается нарушение декларируемых принципов социальной справедливости в вопросах доступности медпомощи, а уровень качества и культуры медицинского обслуживания населения не отвечает современным требованиям.

Первой и весьма скромной попыткой реформирования здравоохранения были эксперименты по повышению использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) за счет усовершенствования лечебно-диагностического процесса в 1982-1986 гг. В их основе лежало расширение прав руководителей лечебных учреждений по изменению штатного расписания, нормативов трудовой нагрузки персонала и его материальному стимулированию. Для этого в ЛПУ создавались соответствующие фонды.

Повышение интенсивности использования коечного фонда осуществлялось путем материального стимулирования персонала без изменений существующего финансово-экономического механизма, поэтому данные нововведения нельзя рассматривать как реформу здравоохранения. В условиях эксперимента пребывание пациентов в стационаре сократилось на 1,5 дня, оборот койки возрос более чем на 5%. В целом итоги эксперимента были признаны Министерством здравоохранения СССР положительными. Переход к экономической самостоятельности ЛПУ предполагал развитие нового для советского здравоохранения производственно-экономического отношения – состязательности.

Далее был сделан второй, более серьезный шаг – введен новый хозяйственный механизм (НХМ). Именно тогда была впервые отчетливо сформулирована необходимость оплачивать не развернутую медицинскую сеть, а конечные результаты деятельности ЛПУ.

Переход на новые экономические отношения начался с проведения широкомасштабного эксперимента в г. Ленинграде, Кемеровской и Куйбышевской областях. Концепция НХМ была разработана на основе принципов децентрализаций и экономических методов управления, что создавало предпосылки для коренных изменений в планировании и финансировании здравоохранения [1, 2].

Переход на экономические методы управления предполагал изменение системы показателей деятельности служб здравоохранения с переходом преимущественно к оценкам по конечным результатам (сохранение и укрепление здоровья, качество трудового потенциала, эффективность использования ресурсов, социальная удовлетворенность и др.). Требования к деятельности ЛПУ и их подразделений выражались в виде нормативных значений моделей конечных результатов. Система новых хозяйственных отношений опиралась на эргономическую самостоятельность трудовых коллективов с приданием учреждениям здравоохранения статуса основного хозяйственного звена. Сущность НХМ заключалась в использовании экономических методов управления, позволяющих органам здравоохранения изыскивать внутренние резервы и наиболее рационально расходовать денежные средства.

Финансирование на территориальном уровне в условиях НХМ осуществлялось по нормативу в расчете на одного жителя в год, а учреждения здравоохранения получали средства в расчете на единицу объема деятельности: больницы – на одного пролеченного больного, поликлиники – на одного прикрепленного жителя, служба скорой медицинской помощи – на один вызов и т.д. Величина норматива бюджетного финансирования по территориям должна была определяться дифференцированно, с учетом потребностей населения в медицинской помощи. В условиях НХМ большое значение для учреждений здравоохранения начало приобретать привлечение внебюджетных денежных поступлений. Наряду с ассигнованиями из государственного бюджета источником финансирования могли служить средства за оказание платных медицинских услуг населению и выполнение работ по договорам с предприятиями, учреждениями и организациями на предоставление медицинской помощи сверх установленных норм. При этом особо подчеркивалось, что использование хозрасчетных принципов в здравоохранении должно быть направлено в первую очередь на более полное удовлетворение потребности населения в медицинской помощи и лишь затем на получение дополнительных доходов [2, 3, 4].

В новых условиях хозяйствования держателем основных финансовых средств являлась амбулаторно-поликлиническая служба, которая расплачивалась с другими медицинскими

учреждениями за стационарное лечение, консультации, скорую и иные виды медицинской помощи. В таких условиях, поликлиника была заинтересована в оказании качественной медицинской помощи в максимальном объеме собственными силами. Предполагалось, что произойдет изменение структуры сети медицинских учреждений с преимущественным развитием внебольничных форм деятельности как наиболее массовых, многофункциональных и экономически эффективных.

Вместе с тем порядок финансирования медицинских учреждений носил достаточно спорный характер. Например, в новых условиях финансирование стационаров стало осуществляться исходя из стоимости одного койко-дня и средней длительности пребывания больного в стационаре, рассчитанной для разных профилей коек. При этом стоимость койко-дня бралась эмпирически, с учетом имеющихся, но никак не требующихся ресурсов [1, 2, 4].

При внедрении НХМ особое значение приобрела оценка экономической эффективности деятельности ЛПУ, их структурных подразделений и здравоохранения в целом. Прямое администрирование должно было уступить место договорным отношениям между органами управления и учреждениями здравоохранения. Передача права распоряжения частью финансовых ресурсов здравоохранения поликлиникам путем взаиморасчетов со стационарами, службами скорой помощи и специализированными центрами должна была обеспечить реструктуризацию отрасли, привести сеть здравоохранения в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи. Однако НХМ не получил должного развития. Его слабые стороны были использованы для дискредитации реформы, а накопленный положительный опыт был незаслуженно забыт.

Специфика переходного периода к новой экономической модели в здравоохранении определялась быстро меняющейся и очень сложной социально-экономической ситуацией в стране. Отношение населения и медицинских работников к НХМ было неоднозначно и противоречиво. Медико-социальные характеристики не позволяли говорить о каком-либо влиянии НХМ на здоровье населения. Не вызывало сомнения, что не удалось реализовать все потенциальные возможности НХМ в здравоохранении. За рамками реформ остался важнейший вопрос – устранение остаточного принципа финансирования отрасли. Размер ассигнований по нормативу в расчете на одного жителя определялся ограниченными возможностями бюджета, а не реальными потребностями в средствах на оказание квалифицированной медицинской помощи населению.

Отсутствие единых методологических подходов к ценообразованию, финансированию,

оценке деятельности медицинских работников и лечебных учреждений привело к необходимости на каждой территории разрабатывать свои критерии качества медицинской помощи, конечных результатов, стандарты ведения больных по профилям отделений и нозологическим формам. Использование аналогов клинико-статистических групп с внедрением массовых расчетов между ЛПУ и их структурными подразделениями при слабой экономической службе здравоохранения привело к существенному увеличению документооборота и снижению контроля обоснованности оплаты счетов. НХМ в числе одной из основных задач предполагал приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи. Дальнейшим продолжением этого направления реформирования здравоохранения планировался постепенный переход на систему врачей общей практики (семейных врачей). Однако до сих пор нет полной уверенности, что семейный врач будет лучше вести всех членов семьи (детей начиная с периода новорожденности, беременных женщин и женщин с гинекологической патологией, лиц пожилого возраста) по сравнению со специально подготовленными для этих целей специалистами. В условиях развития новых форм хозяйствования не получил должного развития мотивационный механизм трудовой деятельности медицинских работников. Не всегда материальное стимулирование было связано с результатами труда, особенно в стационарах, где финансирование осуществлялось в расчете на пролеченного больного, а контроль качества медицинской помощи достаточно субъективен. Потребность в изменении системы оплаты труда медицинских работников существовала давно. Требовалась гибкая система, позволяющая лучше оплачивать лучший труд, удерживать хороших специалистов и стимулировать достижение определенных показателей. В связи с этим приказом Министерства здравоохранения СССР от 31.08.1989 №504, все отраслевые нормативные акты по труду были признаны рекомендательными. Руководителям учреждений здравоохранения было предоставлено право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки работников в зависимости от местных условий. Однако исключение административного регулирования труда медицинских работников часто приводило к необоснованному отказу от использования централизованно разработанных нормативов даже как ориентировочных и рекомендательных. Трудовые нормативы зачастую переставали быть основой планирования, организации, контроля и мотивации труда медицинских работников.

Тревогу также вызывало то, что центр тяжести деятельности учреждений здравоохранения в новых условиях хозяйствования стал перемещаться преимущественно в экономическую сферу. Проблема с конфликтом интересов состояла в том, что, как правило,

никто кроме самого врача не может решить, стоит ли направлять пациента к специалисту, нужно ли назначить его на новый прием и т.д. В результате открывается широкое поле для злоупотреблений.

НХМ нацеливал медицинских работников именно на зарабатывание денег. Основные силы были направлены на совершенствование механизма финансирования, а не на организацию медицинской помощи. По-прежнему здравоохранение ориентировалось на лечебную, а не на профилактическую деятельность.

С новым этапом реформирования здравоохранения было введено обязательное медицинское страхование, направленное на обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. За достаточно короткий период была создана система ОМС, являющаяся принципиально новой моделью финансирования здравоохранения через специально сформированную структуру государственных внебюджетных фондов.

Практически с самого начала для ОМС были характерны низкие тарифы страховых взносов, несовершенный учет и нестабильное финансовое положение плательщиков страховых взносов, неполное поступление в территориальные фонды платежей от органов исполнительной власти за страхование неработающего населения, использование средств ОМС для покрытия дефицита и другие нецелевые расходы. Увеличения объемов финансирования не произошло. Наоборот финансовые органы сокращали бюджетные ассигнования здравоохранению на сумму средств, которые планировали собрать фонды ОМС. Результатом стало формирование в обществе и медицинской среде весьма критического отношения к медицинскому страхованию [6].

Внедрение ОМС с самого начала проходило в условиях все большего разбалансирования между экономической и социальной системами общества, что, не сомненно, способствовало снижению ожидаемого социально-экономического эффекта. С одной стороны, был заложен реальный механизм реформирования и государственного регулирования здравоохранения в условиях перехода к рынку, а с другой – на всех уровнях, управления обнаружились явные проблемы и недостатки законодательного, организационного, технологического и психологического характера, тормозящие ход реформы [5].

Необходимо сделать особый акцент на несовершенстве законодательной базы при определении источника оплаты медицинской помощи неработающему населению. Те, кто по каким-либо причинам не работает, составляют более 60% населения страны, а потребляют 2/3

всей медицинской помощи. В Законе "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" обозначен только плательщик взносов на страхование неработающих граждан, однако не определен размер взносов, не расписан механизм уплаты, не обозначена мера ответственности за неуплату этих взносов. То есть имеются все предпосылки для того, чтобы закон в этой части можно было не исполнять или делать видимость его исполнения.

Выбранная модель бюджетно-страховой медицины оказалась сложной и дорогостоящей. Недостаточная координация со стороны федеральных органов власти привела к значительному разнообразию подходов к реализации Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" на территориях. Произошло частичное дублирование функций фондов ОМС и органов управления здравоохранением. Финансовые средства двигались по удлинённой цепочке, что не всегда способствовало их доведению до пациентов в полном объёме. Значительные финансовые средства шли на содержание фондов и страховых компаний. Кроме того, в системе ОМС отсутствовали два важнейших звена, формирующих здоровье людей, – профилактика заболеваний и реабилитация после перенесенного заболевания.

24 апреля 2001 года Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации рассмотрела вопрос «О деятельности системы обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации и мерах по введению в стране обязательного медико-социального страхования» и отметила в своём решении своевременность введения ОМС, позволившего сохранить государственный характер здравоохранения. Вместе с тем было констатировано, что в сложившейся системе ОМС из-за недостаточной уплаты взносов на страхование неработающего населения отсутствуют действенные механизмы выравнивания условий финансирования здравоохранения, как по отдельным субъектам Российской Федерации, так и в пределах каждого из них. Значительная часть бюджетных средств поступает в здравоохранение, минуя систему ОМС, что затрудняет финансовое планирование, сдерживает совершенствование методов оплаты труда за конечный результат.

Нерешённой проблемой осталась резкая дифференциация финансового обеспечения здравоохранения различных регионов в расчёте на душу населения. Низкий уровень финансового обеспечения системы ОМС поставил под угрозу реализацию Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, так как более 80% всего объёма гарантируемой помощи по Программе приходится на ОМС, в то время как финансовые средства ОМС составляют только 35% от фактических расходов на здравоохранение.

Тарифы на медицинскую помощь являются главным инструментом экономического управления здравоохранением. В современных социально-экономических условиях медицинская услуга становится товаром. Для оценки потребности ЛПУ в финансовых средствах и формирования планового объема медицинской помощи и ее структуры требуется проведение расчетов стоимости отдельных медицинских услуг, а также стоимости лечения больных в соответствии с технологией их лечения. С этой целью была подготовлена Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденная совместным приказом Минздрава России и РАМН от 10.11.1999 №01-23/4-10.

Тарифы на медицинские услуги зависят от выбранного метода оплаты, что вносит разночтения в объективизм оценки экономической эффективности ЛПУ. Например, в Московской области размер выделенных средств на одинаковую медицинскую помощь в равнозначных лечебных учреждениях (но различных муниципальных образований) различались более чем в 5 раз. В методических рекомендациях по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС, утвержденных приказом Федерального фонда ОМС от 18 октября 1993 года, анализировались положительные и отрицательные стороны каждого из возможных методов расчетов, а также предлагался путь определения оптимального способа. В частности, оплата скорой медицинской помощи могла осуществляться в рамках пяти возможных вариантов:

1. Финансирование по смете расходов в рамках договора под согласованные объемы помощи, количество пролеченных больных, количество операций и т.д.).
2. Оплата фактических расходов за госпитализацию каждого пациента (на основе детальной калькуляции по фактически оказанным услугам).
3. Оплата услуг стационара по числу фактически проведенных пациентом койко-дней в отделении стационара (возможно раздельное финансирование: койко-дня и не вошедших в его стоимость операций, сложных исследований, манипуляций).
4. Оплата услуг стационара по средней стоимости лечения одного больного в профильном стационаре.
5. Оплата услуг стационара за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с принятой классификацией медико-статистические группы, медико-экономические стандарты и т.п.).

Анализ каждого из этих способов показывал, что ни один из них не отвечает таким современным требованиям, как:

\*усиление материальной заинтересованности ЛПУ в качественном оказании медицинской

помощи;

\*минимизация затрат на госпитализацию при сохранении должного современного уровня оказания медицинской помощи (принцип необходимой достаточности);

- экономическое стимулирование сокращения сроков госпитализации и, соответственно, уменьшение стоимости стационарной медицинской помощи;
- идентификация тарифов с целью обеспечения возможности автоматизированной обработки счетов и планирования деятельности медицинских учреждений и организация управления здравоохранением.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи также осуществлялась несколькими способами, но ни один из них не отвечал одновременно таким требованиям, как:

- повышение заинтересованности ЛПУ и медицинских работников в оказании оптимального объема амбулаторной медицинской помощи и обеспечении качества при сокращении сроков лечения;
- усиление профилактической направленности работы;
- возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи;
- рациональное использование и контроль потребления ресурсов;
- формирование механизма материальной заинтересованности медицинских работников.

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ состояния финансирования здравоохранения показал, что финансирование ЛПУ являлось основной, но не единственной функцией системы ОМС. Помимо обеспечения эффективности использования финансовых средств, важнейшей задачей ОМС являлась защита прав и интересов граждан на получение доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи.

Для повышения уровня социальной защиты населения предлагалось введение системы обязательного медико-социального страхования. По мнению разработчиков, объединение социального и медицинского страхования приблизило бы переход к принципам страхования здоровья, однако эти идеи не получили своего дальнейшего развития.

Основной целью совершенствования здравоохранения, наравне с обеспечением доступности современных медицинских технологий, должно стать обеспечение качества медицинских услуг.

### Список литературы

1. Кучеренко В.З., Татарников М.А., Шамшурина Н.Г. Основные направления

реформирования Российского здравоохранения на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 8. – С. 11-19.

2. Лентищев И.В. Реформа системы территориальных медицинских под разделений в субъектах Российской Федерации // Экономический вестник МВД России. – 2006. - № 4. – С. 19-22.

3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для студентов мед.вузов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 507 с.

4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. – М., 2005.

5. Решетников А.В. Предоставление медицинских услуг в региональной системе ОМС // Экономика здравоохранения. – 2001. - №3. – С. 5-17.

6. Щепин О.П., Таранов А.М. Социально-экономические аспекты здравоохранения и ОМС // Вестник ОМС. – 2000. - № 2. – С 3-8.

**Рецензенты:**

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор, первый зам. директора АНО «НИМЦ «Геронтология», г.Москва;

Иванова М.А., д.м.н., профессор, профессор-консультант многопрофильного клинического медицинского центра «Ваша клиника», г. Москва.