

Тукаева А.Р.

МУНИЦИПАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Аннотация

В данной статье содержится анализ эмпирических данных, полученных в ходе проведения в период с ноября 2006 г. по июнь 2010 г. исследовательских проектов НУЛ «Лаборатория муниципального управления» Государственного университета – Высшей школы экономики в муниципальных образованиях Кировской, Архангельской, Костромской, Калининградской областей, Алтайского края, Республики Алтай, Республики Татарстан и Республики Башкортостан. Основная часть собранных материалов посвящена проблемам муниципального здравоохранения, механизмам выживания медицинских учреждений первичного звена в современной системе управления в условиях финансового дефицита, слабой материально-технической базы и нехватки квалифицированных кадров.

В статье рассмотрены особенности системы обязательного страхования, а также разнообразие форм системы ОМС на региональном и муниципальном уровнях, дан краткий анализ планируемых изменений в системе ОМС в связи с новой редакцией № 212-ФЗ от 24 июля 2009 г. «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», а также с появлением законопроекта «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Ключевые слова: система обязательного медицинского страхования, финансирование муниципальных учреждений здравоохранения, первичное звено здравоохранения, одноканальная система финансирования.

* * *

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», определяющий правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования российских граждан, был принят в 1991 г., а в редакции 1993 г. уточнялось, что закон направлен на усиление заинтересо-

ванности и ответственности населения, государства и организаций в сфере здравоохранения в новых экономических условиях [5]. При этом новые экономические условия еще не были созданы, а реформирование системы здравоохранения осуществлялось совершенно непоследовательно – сначала был принят закон, и только в 1997 г. была принята Концепция реформы здравоохранения.

Значительные изменения начали происходить в связи с внедрением положений ФЗ-131, реализацией национального проекта «Здоровье» и политикой, проводимой Федеральным фондом ОМС. Среди основных тенденций в сфере муниципального здравоохранения, сложившихся с начала 2006 г., следует отметить уменьшение числа участковых больниц, врачебных амбулаторий и ФАПов, сокращение количества круглосуточных коек и штатной численности медицинского персонала, отток медицинских кадров из сельских учреждений здравоохранения в городские, высокий износ основных материальных фондов, отсутствие планового обеспечения сельских учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, автотранспортом.

С позиции руководителей территориальных фондов ОМС, государственных или муниципальных органов здравоохранения, а также главных врачей центральных районных больниц, этот процесс рассматривается как реорганизация системы здравоохранения. Хотя с точки зрения исследователя или потребителя услуг здравоохранения, данный процесс больше похож на ликвидацию системы. Чтобы понять реальное положение муниципального здравоохранения на уровне центральных районных и участковых больниц, врачебных амбулаторий и ФАПов, сформированное в течение последних лет, рассмотрим схему функционирования системы ОМС в муниципальных учреждениях здравоохранения, а затем и разнообразие региональных систем оплаты медицинских услуг и территориальных специфик системы ОМС.

Устройство системы обязательного медицинского страхования

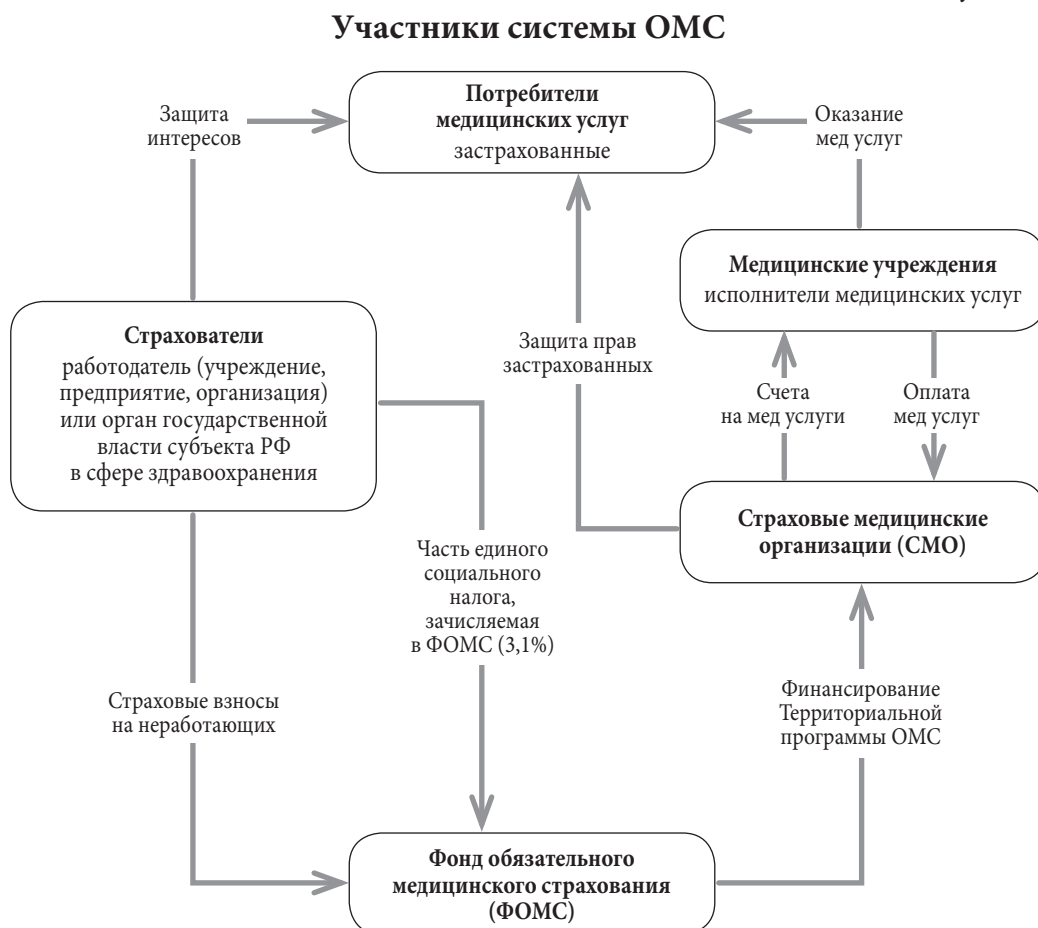
В начале 90-х гг. в России произошел радикальный переход к системе обязательного медицинского страхования: от бюджетного финансирования к изолированному выделению денежных средств на здравоохранение. Для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования граждан были созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС как независимые некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

По закону об ОМС страховые компании должны оплачивать услуги врачей и контролировать качество лечения. Финансовые средства на осуществление этих функций страховые компании получают от Федерального и территориальных фондов ОМС (часть единого социального налога в размере 3,1% от фонда заработной платы делится между Федеральным (1,1%) и региональными (2 %) фондами ОМС – для годовых доходов менее 280 тыс. руб. в соответствии со ст. 214 ч. 1 Налогового кодекса РФ) (рис. 1).

Причем Федеральный фонд ОМС должен уравнивать доступ к услугам здравоохранения в более бедных регионах, а также выделять средства в случае чрезвычайных ситуаций (катастроф, эпидемий и т.д.). Финансовые средства государственной системы ОМС также формируются за счет единого налога, уплачиваемого страхователями в связи с применением специальных налоговых режимов в соответствии с Налоговым кодексом Российской Федерации [1].

Следует отметить, что уже с 2010 г. единый социальный налог был отменен. Вместо него налогоплательщики должны уплачивать страховые взносы по привычным ставкам непосредственно в Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, федеральный и территориальные ФОМСы в соответствии с ФЗ-212 от 24.07.2009 «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». А уже с 1 января 2011 г. ставки отчислений будут увеличены: в Пенсионный фонд – 26%, Фонд социального страхования Российской Федерации – 2,9, Фонд обязательного медицинского страхования – 2,1, территориальные фонды обязательного медицинского страхования – 3%.

Рисунок 1



Финансирование территориальных программ ОМС определяется с учетом поступления страховых взносов от страхователей на обязательное медицинское страхование населения на конкретной территории. Страхование неработающего населения осуществляют территориальные органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления, но конкретный механизм финансирования безработных в законе об ОМС пока не прописан.

Страховые компании, заключая контракты с медицинскими учреждениями, должны бороться за удовлетворение потребностей пациентов, стараясь максимально эффективно расходовать имеющиеся средства. Однако в России сложилась несколько иная ситуация: из-за высокого уровня коррумпированности всех уровней власти и отсутствия регулируемого рынка страховые компании, по сути, не включили потребителей медицинских услуг в процесс принятия решений относительно системы здравоохранения, несмотря на то что в этом заключался один из главных принципов новой реформы. Получается, что страховые компании пропускают через себя огромные финансовые потоки, оставляя часть средств на свое развитие, а контроль за качеством обслуживания пациентов и за эффективностью расходования денежных средств практически не осуществляется. Пациенты не имеют полноценного права выбора страховой компании, медицинского учреждения и врача, тем более если речь идет о сельских районах.

Произошедший переход к системе медицинского страхования не привел сферу здравоохранения к ожидаемым результатам: баланс между спросом и предложением в области медицинских услуг не достигнут, качество медицинской помощи ухудшается, материальные ресурсы используются крайне неэффективно. При этом не достигнута, пожалуй, главная цель реформы – уход от бюджетного финансирования.

В рамках ОМС оказываются далеко не все виды медицинской помощи, этот список зависит еще и от конкретной территориальной программы ОМС. К примеру, за счет средств из федерального бюджета финансируются дорогостоящие виды медицинской помощи. Существует определенный перечень видов высокотехнологичной медпомощи, составленный и утвержденный Министерством здравоохранения и социального развития совместно с РАМН, предоставляемой гражданам за счет федерального бюджета с учетом квот, установленных для субъектов РФ. В специальном приказе Минздрава от 19.03.2004 № 125/13 определены порядок направления и отбор больных на оказание специализированных медицинских услуг (консультирование, лечение) в федеральные учреждения здравоохранения, подведомственные как Министерству, так и Российской академии медицинских наук [1]. А это значит, что далеко не все пациенты, нуждающиеся в дорогостоящей медицинской помощи, смогут получить ее бесплатно.

Существует целая категория работников, не подлежащих страхованию по ОМС. В соответствии с Налоговым кодексом РФ федеральные органы исполнительной власти (Министерство обороны РФ, МВД, ФСБ, ГТК, Министерство юстиции и т.д.) освобождены от уплаты единого социального налога, а значит, не могут воспользоваться системой ОМС. Согласно дей-

ствующему законодательству, оказание всех видов медпомощи работникам федеральных учреждений осуществляется за счет средств федерального бюджета в специальных ведомственных больницах и поликлиниках. Значит, медицинские учреждения, обслуживающие отдельные группы граждан (государственных гражданских служащих, военнослужащих и служащих правоохранительных органов, судей, прокуроров, депутатов и др.), образуют отдельную сферу в системе здравоохранения, не связанную с бюджетной отраслью и муниципальными лечебными учреждениями. Показательный пример данного явления – медицинская «империя» РАО «Российские железные дороги» (компания имеет в своем ведомстве не только больницы и поликлиники, но и детские сады во многих городах России).

Таким образом, российская система здравоохранения является неоднородной, она состоит из множества отдельных институтов, имеющих различные источники финансирования. Причем медучреждения, работающие в системе ОМС, – это только часть отрасли, обслуживающая работников бюджетной сферы, служащих коммерческих организаций, неработающих, пенсионеров и др. Очевидно, что «ведомственные» сферы здравоохранения имеют большие объемы финансирования по сравнению со сферой ОМС, что обуславливает заведомо несправедливое распределение ресурсов в обществе.

В 1998 г. для обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в Конституции РФ, Правительство утвердило Программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, которая включает в себя перечень видов медицинской помощи, базовую программу ОМС, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений.

Именно на основе данной Программы органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают свои территориальные программы, которые могут предусматривать оказание дополнительных видов медицинской помощи за счет средств субъектов РФ. Однако Программа государственных гарантий, ежегодно утверждаемая Правительством РФ, в большинстве регионов не обеспечивается необходимыми финансовыми ресурсами, что влечет за собой снижение качества медицинского обслуживания и вынуждает население увеличивать расходы на оплату медицинских услуг и лекарств.

Региональные системы оплаты медицинской помощи в рамках ОМС

В субъектах РФ различаются не только объемы финансирования территориальных программ государственных гарантий, но и нормативы финансирования страховых медицинских организаций (СМО) территориальными фондами ОМС (ТФОМС), методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС, а также система оказания платных медицинских услуг. Рассмотрим

специфику этих различий в региональном аспекте с использованием уникальной базы данных об организации финансирования и управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации, сформированной Независимым институтом социальной политики в 2005 г. [4].

Одним из наиболее значимых недостатков в системе финансирования здравоохранения является неравенство в размерах финансирования территориальных программ государственных гарантий в расчете на одного жителя (показатели в различных регионах колеблются от 20 тыс. до 2 тыс. руб. на человека). Лишь в нескольких субъектах РФ размеры государственного финансирования территориальной программы были не ниже рассчитанной величины ее стоимости и составляли около 100% (в среднем по стране этот уровень в 2005 г. составил 79%, минимальное значение – 40%). Причем доля средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий составила в среднем 47% (минимальное значение в 22% отмечено в Ханты-Мансийском АО, а максимальное, 77%, в Тюменской области).

В регионах, где страхование граждан осуществляют СМО (в некоторых регионах функции страховщиков совмещали СМО и филиалы ТФОМС), существуют нормативы их финансирования территориальными фондами ОМС. Эти нормативы различаются в зависимости от возраста, пола и места жительства застрахованных. В разных субъектах РФ применяются различные методы дифференциации нормативов финансирования, а также их сочетания. Более того, нормативы финансирования СМО пересматриваются территориальными фондами ОМС как минимум один раз в квартал (возможно, это служит инструментом административного контроля со стороны ТФОМС). В итоге, финансовые условия деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС являются нестабильными, что становится препятствием к эффективному использованию денежных ресурсов.

В системе финансирования здравоохранения не существует единого правила оплаты услуг медицинских учреждений. В территориальных системах ОМС используются шесть различных методов оплаты амбулаторной помощи и пять методов оплаты стационарной помощи.

Методы оплаты амбулаторной помощи различаются по смете расходов, по посещениям, по балльной системе, за отдельные услуги, за законченный случай лечения, по подушевому принципу на одного прикрепившегося к данному медицинскому учреждению. Методы оплаты стационарной помощи, в свою очередь, различаются по смете расходов, по количеству проведенных пациентом койко-дней, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении, за законченный случай госпитализации и за согласованные объемы медицинской помощи.

В большинстве регионов среди методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи преобладает оплата по посещениям, хотя этот метод поощряет рост обращений к врачам и не стимулирует работу по профилактике заболеваний, в то время как метод оплаты по подушевому принципу, не имеющий этих недостатков, используется в нашей стране лишь в нескольких регионах.

Расчет тарифов на медицинские услуги стационаров в различных ТФОМС осуществляется пятью разными способами: по категориям ЛПУ, по каждому ЛПУ, по профилям отделений стационара, по клинко-статистическим группам, по заболеваниям (в некоторых регионах применяется несколько методов одновременно). Метод дифференциации тарифов по случаям заболеваний является наиболее эффективным, но используется только в ряде субъектов РФ, в том числе в Московской области и Алтайском крае [4].

В действительности, тарифы ТФОМС, по которым производится оплата медицинской помощи, не возмещают всех расходов лечебных учреждений, связанных с ее оказанием. А помимо оказания медицинской помощи каждому учреждению необходимо оплачивать коммунальные расходы, оборудование, продукты питания и т.д. В итоге средства, выделяемые в рамках ОМС, являются источником финансирования лишь узкого перечня расходов медицинского учреждения и покрывают в основном не более половины от их общей суммы.

Подводя краткие итоги вышесказанному, следует отметить, что система здравоохранения, сформированная в ходе долголетнего реформирования, стала еще более сложной и еще менее эффективной. Несмотря на изменения в межбюджетных отношениях и внедрение новых инструментов выравнивания бюджетной обеспеченности субъектов РФ в сфере здравоохранения, сохраняется значительное неравенство в размерах государственного финансирования медицины в различных регионах.

Система ОМС нуждается в качественной модернизации и реструктуризации, а в списке региональных моделей финансирования здравоохранения должны остаться только те, которые могут гарантировать эффективную и результативную работу лечебно-профилактических учреждений. А самое главное, система ОМС должна обеспечивать населению *равные возможности* в получении медпомощи за счет средств ОМС, как это было заявлено в законе «О медицинском страховании граждан в РФ».

Территориальная специфика работы муниципальных учреждений здравоохранения в системе ОМС

Территориальная специфика функционирования и финансирования муниципальных учреждений здравоохранения была изучена на примере ЛПУ первичного звена здравоохранения, включая центральные районные и участковые больницы, врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).

Рассмотрим территориальное устройство системы муниципальных лечебно-профилактических учреждений на уровне муниципального района, городского и сельского поселения (рис. 2):

- **муниципальный район:** центральная районная больница, расположенная в поселении районного значения, в чьем подчинении могут находиться также стационарные отделения, станция скорой медицинской помощи, а также городские и участковые больницы в других городских

- поселениях муниципального района, врачебные амбулатории и ФАПы – в сельских поселениях;
- **городское поселение:** городская или участковая больница, в состав которой могут входить небольшие стационарные отделения, станция скорой медицинской помощи, врачебные амбулатории, ФАПы;
 - **сельское поселение:** ФАП или врачебная амбулатория, имеющая в своем подчинении сельские ФАПы.

Рисунок 2

Территориальное устройство системы муниципальных учреждений здравоохранения

Источники финансирования ФОМС – заработная плата, начисления на з/п, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь, муниципальный бюджет, платные услуги (менее 5%)



Каждый год фонд ОМС субъекта РФ производит расчет тарифов на медицинские услуги на своей территории исходя из объема поступивших страховых взносов на ОМС (очевидно, что в различных субъектах тарифы будут разными). Далее средства ТФОМС идут на оплату четырех статей, а именно на заработную плату и начисления на заработную плату, медикаменты, продукты питания и мягкий инвентарь (оплата производится по факту

оказания медицинских услуг). На первый взгляд система унифицирована и прозрачна, однако на уровне отдельных муниципальных районов и поселений проявляются яркие различия функционирования ЛПУ, которые стоит изучить подробнее.

Вследствие изменений полномочий в области оказания медицинской помощи между федеральными, региональными и муниципальными структурами объем оказываемых медицинских услуг сельскому населению стал напрямую зависеть от бюджета **центральной районной больницы**, которой подчиняются врачебные амбулатории и ФАПы.

Центральная районная (городская) больница муниципального района (ЦРБ) представляет собой многопрофильное медицинское учреждение (с прикрепленной поликлиникой), являющееся центральным звеном и основным получателем, распределителем денежных средств в системе здравоохранения муниципального района. В фактическом подчинении ЦРБ могут находиться несколько десятков лечебно-профилактических учреждений, включая участковые больницы, врачебные амбулатории и ФАПы (рис. 2).

В сельских районах, отдаленных от крупных городов и промышленных центров, сложилась крайне неблагоприятная демографическая ситуация: продолжается процесс старения населения, падает рождаемость, увеличивается общая смертность, что обусловлено низким уровнем жизни населения, высоким уровнем алкоголизации и оттоком молодых людей в региональные центры. Это привлекает дополнительное внимание со стороны региональных чиновников и накладывает особую ответственность на сферу медицинского обслуживания населения в муниципалитетах.

Начиная с 2003 г. были приняты сразу несколько нормативно-правовых документов, которые значительно повлияли на работу медицинских учреждений, в том числе Федеральные законы № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ», № 95-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ»». Если до конца 2005 г. все ЛПУ муниципальных районов подчинялись напрямую органу государственной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, то с начала 2006 г. в соответствии с ФЗ-131 центральные районные больницы стали подчиняться непосредственно администрации муниципального района. Следовательно, главного врача ЦРБ назначает также глава администрации муниципального района.

Тем не менее влияние органа государственной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения на деятельность ЦРБ сохраняется. В Кировской области, например, Департамент здравоохранения уже не издает распоряжения и приказы по отношению к центральным районным больницам, но по-прежнему может оказывать организационно-методическую помощь в виде проверок «дружественного» характера. Но если глава Департамента захочет каким-либо образом повлиять на работу Зуевской ЦРБ, ему придется действовать через главу администрации района.

Совсем другая ситуация наблюдается в Республике Татарстан и Республике Башкортостан, где Министерство здравоохранения обладает значительной

властью и имеет огромный вес. В Татарстане действует республиканская система индикативных показателей здравоохранения, и в конце каждого квартала главные районные врачи отчитываются на общих совещаниях в Казани о достижении или недостижении показателей. Районы, демонстрирующие плохие показатели, по поручению Министерства разрабатывают программы, способствующие достижению необходимых показателей. Например, в Спасском районе (г. Болгар) из-за высокой младенческой смертности была разработана программа по выходу из демографического кризиса.

Из интервью с главными врачами Чистопольского района Республики Татарстан и Караидельского района Республики Башкортостан становится понятно, что они взаимодействуют в равной степени со своими министерствами здравоохранения и администрациями районов (административными центрами). Следовательно, можно говорить о том, что хозяйственные вопросы решаются с администрацией района и районного центра, а вопросы, касающиеся непосредственно оказания медицинских услуг, а также их оплаты в рамках ОМС, решаются на уровне ответственного органа государственной власти субъекта РФ.

Остановимся подробнее на статьях расходов, финансируемых из ТФОМС.

1. Заработная плата и начисления на заработную плату. Величина заработной платы варьируется в зависимости от региона и даже от конкретного муниципального района. Медицинский персонал лечебно-профилактического учреждения, работающего в системе ОМС, получает зарплату по единой тарифной сетке, рассчитанной ТФОМС. В большинстве регионов расходы на оплату труда персонала ЛПУ составляют более 60% средств ТФОМС.

Некоторые категории медработников получают федеральные надбавки к зарплате по национальному проекту «Здоровье» (участковые педиатры, участковые терапевты и их медсестры, врачи отделения скорой помощи, фельдшера и медицинские работники ФАПов). Узкие специалисты могут зарабатывать на оказании установленных платных услуг и диспансеризации населения.

Так, зарплата главного врача Спасской участковой больницы (Мантуровский район Костромской области) составляет около 35 тыс. руб. при зарплате фельдшера 12 тыс. руб. (с учетом доплаты 3 500 руб. по национальному проекту «Здоровье»). В Зуевском районе Кировской области разброс зарплат у врачей различных специальностей в ЦРБ составляет от 4 до 12 тыс. руб. в месяц. В то же время средняя зарплата медицинского персонала в Кировской ЦРБ Ленинградской области – 22 тыс. руб. при зарплате врачей – 30 тыс. руб., медицинских сестер – 26 тыс. руб. Причем зарплата в Кировской ЦРБ является самой высокой в Кировском районе Ленинградской области, что было достигнуто благодаря внедрению системы одноканального финансирования, о которой будет сказано ниже.

Низкая заработная плата в некоторых регионах вынуждает врачей совмещать работу в стационаре, ночные дежурства и дежурства на дому, чтобы в совокупности получить до 15 тыс. руб. (Зуевский район Кировской об-

ласти), в то время как участковый терапевт той же больницы зарабатывает на порядок больше других специалистов за счет национального проекта «Здоровье», в данной ситуации усилившего социальную разрозненность коллектива ЛПУ.

Основным источником дополнительного заработка для ЦРБ могут являться периодические медицинских осмотры работников местных предприятий, проведение диспансеризации, а также платные услуги, объем которых обычно не превышает 5–6% всего перечня оказываемых медицинских услуг.

Стоит отметить, что диспансеризация эффективна для жителей и самих учреждений здравоохранения в том случае, если в штате ЛПУ есть все необходимые специалисты и оборудование (полный набор обследований включает в себя проведение лабораторных и функциональных исследований и осмотр врачей-специалистов: терапевта, гинеколога (уролога), невролога, оториноларинголога, хирурга, окулиста и эндокринолога). Рассмотрим ситуацию в ЦРБ среднего муниципального района: каждый специалист помимо приема текущих пациентов должен проводить медицинские осмотры работников предприятий, школьников и других категорийных работников, а сверх того – большое количество людей по диспансеризации. Зачастую врачи работают шесть дней в неделю, совмещая при этом сельские приемы и обходы, обязанности в стационаре и в городской поликлинике.

Если же необходимого для проведения диспансеризации специалиста в районной ЦРБ нет либо он не сертифицирован, главный врач заключает договор на оказание соответствующих медицинских услуг с больницей соседнего района. Причем в случае с диспансеризацией недостающий специалист должен лично приезжать на осмотры пациентов (например, в Кировской области врач-уролог проезжает 100 км из г. Кирово-Чепецка в г. Зуевку для проведения диспансеризации в Зуевской ЦРБ, в то время как у этого специалиста в Кирово-Чепецке есть свой объем работы, включая ту же диспансеризацию).

В Мантуровской городской больнице (Костромская область), обслуживающей городскую округ Мантурово, к примеру, нет врача-окулиста: пациентов, нуждающихся в получении консультации окулиста, направляют в ЦРБ Шарьинского района, возникают лишние траты на оплату услуг «соседского» врача. В то же время сама Мантуровская больница по специальным договорам оказывает медицинские услуги жителям соседних районов, включая Мантуровский, Макарьевский, Межевской, Кологривский, Шарьинский муниципальные районы, муниципальный район г. Нея и Нейский район. Договоры касаются оплаты тех статей, которые не входят в перечень расходов, оплачиваемых Фондом ОМС. Несмотря на наличие подобных договоров, соседи регулярно задерживают оплату долгов из-за отсутствия средств в собственных бюджетах. В таких случаях, если совокупный долг превышает 40 тыс. руб., главный врач Мантуровской городской больницы подает заявление в Арбитражный суд.

2. Медикаментозное обеспечение. Территориальные фонды ОМС выделяют лечебно-профилактическим учреждениям средства на медикаменты,

в том числе на медикаменты для оказания экстренной медицинской помощи. Несмотря на то что существует определенный перечень лекарственных средств, который обязателен к предоставлению в медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС, единообразной системы распределения средств на медикаменты не существует и многое зависит от политики конкретной ЦРБ.

Из-за нехватки средств в ТФОМС Кировской области Зуевская ЦРБ испытывает огромный дефицит лекарственных препаратов и не способна закупить все медикаменты из обязательного перечня. В зависимости от объема поступивших из ТФОМС средств Зуевская ЦРБ регулирует этот список самостоятельно и закупает в основном медикаменты, необходимые для оказания скорой медицинской помощи.

В некоторых регионах устанавливается норматив средств, выделяемых на «экстренные» медикаменты. Например, в Мантуровском районе Костромской области в 2010 г. этот норматив составил 60 руб. на человека в год (с каждым годом норматив уменьшается).

В среднем расходы на медикаменты составляют 24,2% от общего объема средств, выделяемых ТФОМС.

3. Продукты питания. Удельный вес расходов средств ОМС на продукты питания составляет около 7,0%. В некоторых регионах продукты питания частично или полностью закупаются централизованно через ТФОМС с целью контроля над расходованием финансовых средств. Решение о централизованном размещении государственного заказа на закупку продуктов питания принимается медицинскими учреждениями, в структуре которых есть стационары. Для ряда ЛПУ этот вариант становится удобным, так как ТФОМС берет на себя большую часть организационной работы (сбор заявок, подготовку аукционной документации, взаимодействие с поставщиками и т.д.), медицинскому учреждению остается подать в ТФОМС заявку и принять товар. Однако механизм централизованного обеспечения ЛПУ продуктами питания действует не во всех регионах.

4. Мягкий инвентарь. По официальным данным ФОМС, расходы на закупку мягкого инвентаря из средств ОМС составляют в различных ЛПУ в среднем 1–4% [3], хотя в действительности покупка мебели и обмундирования происходит довольно редко и основные средства все же расходуются на заработную плату сотрудникам и медикаменты.

Расчет тарифов в системе ОМС происходит следующим способом: в конце каждого года ЛПУ рассчитывает на будущий год свои тарифы с учетом реальных расходов на один койко-день. Территориальный ФОМС, в свою очередь, рассчитывает тарифы, исходя из объема поступивших средств. Зачастую получается, что Фонд не располагает нужными ЛПУ средствами (в Зуевском районе Кировской области сумма, рассчитанная ТФОМС на один койко-день, в которую вошли шприцы, перевязочные материалы, медикаменты для оказания экстренной медицинской помощи, в 2007 г. составила 58 руб., тогда как в 2006 г. эта сумма составляла 87 руб.).

При недостатке средств в ТФОМС в первую очередь уменьшаются расходы на медикаменты и мягкий инвентарь (заработная плата и питание

пациентов считаются «защищенными» статьями). Но если эти меры не помогают, тогда сокращаются расходы и на медикаменты, и на продукты питания, и на заработную плату.

При этом «богатые» ТФОМС расходуют средства ОМС, в том числе и на приобретение оборудования и предметов длительного пользования, на командировки и служебные разъезды, на канцелярские принадлежности, на оплату транспортных, коммунальных услуг и услуг связи и т.д. (данные статьи рекомендованы Фондом ОМС для бюджетного финансирования) [3]. ФОМС также может оказывать финансовую помощь ЛПУ на приобретение оборудования и предметов длительного пользования, оплату труда с начислениями, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь, капитальный ремонт, оплату текущего ремонта зданий и помещений, оплату коммунальных услуг, капитальное строительство, канцелярские принадлежности, оплату текущего ремонта оборудования и инвентаря, оплату транспортных услуг, служебные командировки, оплату услуг связи и даже на трансферты населению. Следует отметить, что информация Фонда ОМС о финансовой помощи и финансировании статей, рекомендованных для бюджетного финансирования, не была подтверждена ни в одном ЛПУ, которое посетили в ходе проведенных исследований.

Что касается статей, финансируемых из бюджета муниципального образования, то помимо коммунальных услуг и услуг связи, приобретения оборудования и канцелярских товаров на балансе администрации находятся еще **врачебные амбулатории и ФАПы**.

Средства, выделяемые на финансирование первичного звена здравоохранения (врачебные амбулатории, ФАПы), проходят несколько этапов: из бюджета муниципального района они поступают в бюджет сельского поселения, на территории которого расположено медицинское учреждение, далее они поступают в бюджет вышестоящей ЦРБ, а затем – в бюджет врачебной амбулатории или ФАПа (рис. 3).

Рисунок 3

Схема финансирования сельских ЛПУ



Учитывая тот факт, что средствами амбулаторий и ФАПов распоряжается ЦРБ, возникает вероятность несправедливого распределения ресурсов.

Так, при полной обеспеченности Караидельской ЦРБ (Республика Башкортостан) Магинская сельская врачебная амбулатория и два ФАПа (подчиненные Караидельской ЦРБ) вплоть до марта 2010 г. не получали средств на покупку лекарств (пациенты покупали медикаменты за свой счет). В настоящий момент средства на экстренные медикаменты на балансе ЦРБ со-

ставляют 40 тыс. руб./месяц на лекарства и 27 тыс. руб./месяц есть, однако больница закупает медикаменты централизованно, и многих необходимых лекарств нет. Как распределяются неиспользованные средства ЦРБ на покупку медикаментов, персонал амбулатории, и тем более ФАПа, не знает. Зачастую в медицинских учреждениях этого уровня нет своего бухгалтера или статиста.

Для сравнения, в ФАПы Мантуровского района Костромской области на медикаменты для оказания экстренной помощи выделяется 4 650 руб. в год, но закупать они их могут самостоятельно.

В Соколовской амбулатории (Зуевский район Кировской области), где ведется своя бухгалтерия, каждый год составляется постатейный бюджет, рассчитанный на 5 ЛПУ: амбулаторию и 4 ФАПа. Приведем некоторые статьи расходов и годовые суммы (общая сумма расходов на МЛПУ «Соколовская врачебная амбулатория» и 4 ФАПа составляет 213,4 тыс. руб.):

- коммунальные услуги – 130,1 тыс. руб.;
- фармацевтическая продукция, в том числе лекарственные средства – 19 тыс. руб.;
- инвентарь хозяйственный – 2,5 тыс. руб., и т.д.

При мизерном обеспечении основных расходов (медикаменты и медицинское оборудование) в бюджете амбулатории есть такие статьи, как услуги гостиниц и ресторанов, крепежные изделия, в том числе цепи и пружины, и пр. В действительности, как видно из основного перечня статей и расходов, большая часть средств уходит на оплату коммунальных услуг, для обеспечения остальных статей расходов деньги перекидываются с одной статьи на другую.

Перспективы реформирования системы ОМС

Законопроект «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [6] одновременно с поправками в Закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» вносят новые правила в постоянно изменяющуюся сферу оказания медицинской помощи населению, а именно:

1. Пациент сможет выбрать врача, медучреждение (муниципальное или частное), страховую компанию.

Право выбора врача, медучреждения и страховой компании есть и в нынешнем законе об ОМС. Однако выбор коммерческой клиники и частнопрактикующего врача – это явное новшество (частные медицинские учреждения смогут войти в систему ОМС, если их устроят тарифы ОМС и они заключат об этом соответствующие договоры со страховыми компаниями и территориальными фондами ОМС).

Также планируется, что с января 2014 г. пациент сможет осуществлять выбор страховой компании (не чаще раза в год), а ТФОМС обязан открыто публиковать на своем сайте информацию обо всех страховых компаниях и

медучреждениях, с которыми они сотрудничают. В действующем законодательстве право выбора страховщика принадлежит работодателям и региональным властям, и СМО не конкурируют за конкретного человека.

2. Предусмотрен переход к единому электронному полису ОМС с индивидуальным номером, занесенным в общероссийскую базу данных (она будет создаваться параллельно), в которую будет вноситься информация об изменениях места работы, жительства, страховой компании и т.д. Параллельно с внедрением телекоммуникационных систем и системы электронного документооборота законопроект предусматривает ввод электронных медицинских карт пациентов. Все это позволит персонифицировать объемы оказанных медицинских услуг.

Единый электронный полис ОМС должен гарантировать получение бесплатной медицинской помощи по системе ОМС на всей территории РФ, а лечебно-профилактическое учреждение, найдя человека по полису в банке данных, сможет выставить счет страховой компании. Вместе с тем принцип оказания первичной медицинской помощи по территориальному принципу сохраняется.

3. Унификация тарифов на оплату медицинских услуг:

- в рамках одного лечебно-профилактического учреждения тарифы будут едиными для всех страховых организаций;
- для субъектов РФ будут определены тарифный минимум и сроки перечисления денег в систему ОМС для оказания услуг неработающему населению.

Единство функционирования всей системы ОМС будет обеспечивать Федеральный фонд ОМС, средствами которого в 2011–2012 гг. планируется обеспечить программу модернизации здравоохранения регионов, в том числе укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, новое строительство, завершение строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт медицинских учреждений. Переход на новую систему ОМС планируется осуществить в течение трех лет, до 2014 г.

Каковы реальные перспективы планируемых изменений в системе ОМС, и повлияют ли они на муниципальное здравоохранение районного уровня? В целом предлагаемые изменения весьма полезны и актуальны. Тем не менее возникают большие сомнения в реализации основных положений при существующих условиях: неблагоприятное состояние экономики регионов, слабое инфраструктурное развитие территорий и т.д.

Так, невозможно предоставить право выбора пациенту, проживающему на территории муниципального образования, которое обслуживает одно лечебно-профилактическое учреждение и всего один врач той или иной специальности (либо этот специалист отсутствует). А внедрение телекоммуникационных систем и системы электронного документооборота осложнено тем, что не во всех ЛПУ есть соответствующее оборудование и квалифицированные сотрудники, способные пользоваться новыми системами.

Законопроект также основывается на том, что все лечебно-профилактические учреждения, работающие по системе ОМС, успешно перешли на одноканальную систему финансирования. Но на практике этот принцип полностью реали-

зован только в Кировском районе Ленинградской области, ставшей «пилотным» регионом по реализации этой системы в 2006 г. В Республике Татарстан одноканальное финансирование осуществляется на всей территории по следующей схеме: 50% совокупного бюджета на учреждение здравоохранения из муниципального бюджета направляется в ТФОМС, остальная часть средств идет непосредственно через ОМС. Затем деньги из муниципального бюджета распределяются ТФОМСом на текущий год, выделяются медицинским учреждениям порционно каждый месяц. Иногда выплаты задерживаются, а выделенной в месяц суммы недостаточно на осуществление, к примеру, текущего косметического ремонта и других подобных мероприятий, требующих значительных затрат в сравнительно короткий период времени. В Спасском районе Республики Татарстан проблемы задержек выплат решаются с помощью главы района, который, используя свой административный ресурс, решает все вопросы напрямую с руководством ТФОМС.

С начала 2010 г. в Костромской области, как и в других субъектах РФ, также начался процесс перехода на одноканальную систему финансирования. В настоящее время можно говорить лишь о частичном переходе на одноканальную систему. В Мантуровском районе Костромской области, например, для оплаты через территориальный фонд ОМС переданы такие статьи, как услуги связи, горюче-смазочные материалы, заработная плата врачам фтизиатру и венерологу.

Если не учитывать пример Кировского района Ленинградской области, где благодаря эффективной системе управления финансами и внедрению одноканальной системы финансирования зарплата медперсонала стала самой высокой в области, то в остальных субъектах РФ, осуществляющих или осуществивших переход на одноканальную систему финансирования, это всего лишь передача денег из одних рук в другие.

Таким образом, большинство постулатов и нововведений законопроекта об ОМС основываются на положениях, которые, по мнению чиновников, уже реализованы, хотя в действительности они не имеют места в большинстве лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе ОМС.

В материалах к законопроекту об ОМС предлагается финансовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования до 2013 г., рассчитанное с использованием устаревших данных 2002 г. о численности постоянного населения в России – 141,9 млн. человек, неработающего населения – 82,9 млн. человек (по оценке разработчиков законопроекта), без учета данных, полученных во Всероссийской переписи населения 2010 года (табл. 1).

Таблица 1

Финансовое обеспечение системы ОМС, млрд. руб.

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Стоимость программы ОМС	667,6	840,6	858,3	1272,8
Источники финансового обеспечения программы ОМС, в том числе:	465,5	750,3	826,6	1272,8
– страховые взносы работодателей	255,5	315,0	361,0	712,0

– страховые взносы на неработающее население	210,0	224,7	239,3	254,9
Разница между установленным федеральным нормативом и обеспеченностью программы ОМС	202,1	90,3	29,7	0
Передача расходов бюджетам в ОМС, в том числе:				
– содержание учреждений здравоохранения субъектов РФ	–	173,0	190,7	229,0
– скорая медицинская помощь	–	–	–	76,9
Повышение уровня обеспеченности стандартов предоставления медицинской помощи в связи с осуществлением программ модернизации	–	37,6	37,6	–
Из стоимости программы дополнительные расходы бюджетов субъектов РФ к осуществляемым в настоящее время	–	14,7	14,6	15,6

Источники: Финансово-экономическое обоснование законопроекта об обязательном медицинском страховании на сайте: http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc_projects/371/.

Как видно из таблицы, основная черта финансовых ожиданий разработчиков законопроекта – переложить финансовые обязательства на плечи работодателей и субъекты РФ. Таким образом государство попытается избавиться от ранее возложенных на себя социальных обязательств, переводя их в разряд социальных услуг. Но есть вероятность, что с повышением налоговой ставки отчислений в Фонд ОМС и другие федеральные фонды часть работодателей уйдут в «тень» и необходимое обеспечение программы не будет достигнуто.

* * *

Рассмотрев систему обязательного медицинского страхования в региональном разрезе, можно сделать следующие выводы:

- система ОМС не единообразна, различные «региональные» модели системы формируются под воздействием или по договоренности регионального органа здравоохранения с территориальным фондом ОМС и страховыми компаниями;
- система ОМС не учитывает особенностей и территориальных масштабов страны: населенные пункты, расположенные далеко от районного центра, фактически лишены возможности получения квалифицированной специализированной медицинской помощи;
- система ОМС не учитывает интересы сельских жителей: узкоспециализированная помощь отдалена и малодоступна из-за больших очередей в центральных районных больницах и отсутствия развитых коммуникаций между сельскими поселениями и районным центром;
- эффективность системы ОМС, в том числе возможность зарабатывать, а самое главное, тратить эти средства, зависит от инициативы главного врача и его взаимоотношений с руководителями органа здравоохранения, территориального фонда ОМС и страховых компаний. Даже

при условии принципиальной договоренности основных участников процесса, эффективность расходования средств ТФОМС зависит от главного врача и его административной команды: квалифицированных юристов и бухгалтеров.

Таким образом, прежде чем внедрять новый закон об ОМС, в том числе телекоммуникационные системы и системы электронного документооборота, необходимо как минимум удостовериться, что в медицинских учреждениях есть персональные компьютеры и специалисты, которые будут обслуживать все новшества в районном центре субъекта РФ. Иными словами, для достижения положительного эффекта и рационального использования ресурсов, мероприятия в рамках реформирования системы ОМС должны основываться на глубоком анализе существующей ситуации в муниципальных образованиях регионального и районного масштаба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Московская городская система обязательного медицинского страхования. В помощь страхователю. В помощь пациенту, застрахованному по ОМС. – М.: Здоровье и общество, 2004.
2. Назаров Г.Ф. Экономика и организация здравоохранения. – СПб.: Профи-Информ, 2004.
3. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: <http://web.ffoms.ru/webffoms/otchetn.nsf/>.
4. Шишкин С.В., Чернец В.А., Бесстремьянная Е. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России // Ремедиум, № 1. – М.: Ремедиум, 2007.
5. Закон РФ № 1499-1 от 28.06.1991 «О медицинском страховании граждан в РФ».
6. Проект Федерального закона от 25 мая 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании»: http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc_projects/371/.
7. Федеральный Закон РФ № 5487-1 от 22.07.1993 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан».
8. Федеральный Закон РФ № 131 от 06.10.2003 «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ».