

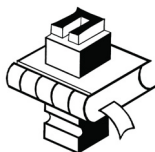
**В.М. Донин**

---

# **Регулирование российского здравоохранения**

**Реалии и возможности**

**Монография**



**ПАЛЕОТИП**

Москва  
2006

**УДК 61(075.8)**

**ББК 5я73**

**Д67**

**Д67**     **Донин В.М.**     Регулирование российского здравоохранения. Реалии и возможности : монография / В.М. Донин. – М. : Издательство «Палеотип», 2006. – 260 с.

**ISBN 978-5-94727-291-8**

В книге на основе отечественного и зарубежного опыта, обобщения мнений и оценок состояния и проблем системы общественного здравоохранения анализируются исходные концептуальные основы действующей российской системы медицинского страхования и ход реализации программ ОМС, исследуется влияние рынка, предпринимательства и конкуренции на состояние и развитие здравоохранения и решение социальных задач, проблемы государственного регулирования для обеспечения государственных гарантий медицинской помощи. Излагаются методологические основы структурного анализа для определения и выбора инструментов балансирования объема государственных гарантий и их финансового обеспечения. На базе формализованного представления действующих организационно-экономических моделей в российском здравоохранении рассматриваются варианты механизмов обеспечения сбалансированности. С учетом опыта развитых стран исследуются актуальные меры по государственному регулированию предпринимательства, конкуренции и поддержке общественного сектора здравоохранения.

Книга предназначена для руководителей органов и учреждений здравоохранения, менеджеров, предпринимателей в этой отрасли, преподавателей и студентов медицинских вузов.

**УДК 61(075.8)**

**ББК 5я73**

**ISBN 978-5-94727-291-8**

© Донин В.М., 2006

© Издательство «Палеотип», 2006

# Содержание

<b>Введение</b> .....	5
<b>1. Медицинское страхование в России</b> .....	7
<b>1.1.</b> История возникновения и развития социального страхования.....	7
<b>1.2.</b> Исходные концептуальные основы создания современной системы медицинского страхования в России .....	15
<b>1.3.</b> Общественная оценка состояния и проблем системы обязательного медицинского страхования .....	39
<b>2. Влияние рынка на состояние и развитие системы общественного здравоохранения</b> .....	59
<b>2.1.</b> Конкуренция в сфере общественного здравоохранения.....	60
Объекты конкуренции .....	62
<b>2.2.</b> Влияние развития платных услуг .....	80
<b>2.3.</b> Влияние частной медицины .....	91
<b>2.4.</b> Проблемы государственного регулирования при реализации программы государственных гарантий .....	97
<b>3. Структурный анализ в определении направлений реформирования российского общественного здравоохранения</b> .....	111
<b>3.1.</b> Структуризация и реструктуризация – основа системного реформирования .....	111
<b>3.2.</b> Классификационные методы описания и изучения систем здравоохранения .....	118
<b>3.3.</b> Использование метода морфологического анализа для многоаспектного анализа возможных направлений реформирования системы здравоохранения.....	143
<b>3.4.</b> Морфологическое пространство организационно-экономических моделей в здравоохранении .....	150
<b>3.5.</b> Идентификация существующих организационно-экономических моделей звеньев системы ОМС России .....	167
<b>4. Фильтрация предпочтений при выборе вариантов оптимальной модели организационно-экономического механизма развития системы российского здравоохранения</b> .....	175
<b>4.1.</b> Определение вариантов возможных преобразований.....	175

4.2. Оценка ресурсного потенциала вариантов преобразований .....	188
<b>5. Актуальные направления дальнейшего реформирования российского здравоохранения .....</b>	<b>203</b>
<b>5.1. Задачи и ожидаемые результаты Национального проекта     «Здоровье» .....</b>	<b>205</b>
<b>5.2. Государственное регулирование развития конкуренции     и предпринимательства в общественном     здравоохранении России .....</b>	<b>209</b>
<b>5.3. Проблемы формирования рынка и развития     предпринимательства в российском здравоохранении .....</b>	<b>230</b>
<b>Заключение.....</b>	<b>244</b>
<b>Литература .....</b>	<b>246</b>

# Введение

Российская Федерация перешагнула пятнадцатилетний рубеж коренных реформ в национальном здравоохранении, центральным моментом которых явился переход к модели обязательного медицинского страхования (ОМС). В стране продолжается широкое обсуждение достигнутых результатов, нерешенных задач и путей дальнейшего продвижения реформ в здравоохранении.

Отношение к результатам и путям дальнейшего развития здравоохранения не однозначно с точек зрения различных субъектов системы ОМС. По некоторым результатам реформ и направлениям дальнейших преобразований достигнут определенный консенсус, по другим возникают острые дискуссии и выдвигаются альтернативные оценки и предложения. Сопоставление различных заинтересованных точек зрения, выявление их согласованности и существующих противоречий становится необходимым условием для выработки эффективной и реализуемой политики дальнейших преобразований в здравоохранении на основе поддержки и активного участия в реформах всех субъектов системы и симметричного учета их интересов.

В одной оценке все стороны сходятся однозначно, - несмотря на впечатляющие масштабы разработанных и реализованных мероприятий по реформированию отрасли, общие цели государственной политики в области реформирования здравоохранения, определенные Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, как «улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических, организационных условий в предоставлении медицинских услуг, соответствующих современному уровню развития медицинской помощи, а также ресурсов, которыми располагает государство и граждане», так и не были достигнуты. Казалось бы очевидные преимущества новой системы и ее доказанная опытом других стран эффективность остались не реализованы.

Упрощенный подход к решению проблем экономического развития и финансового обеспечения здравоохранения, выразившийся в абсолютизации идеи регулирующего воздействия свободного рынка, медицинского страхования и негосударственных форм финансирования отрасли, не позволил пока решить актуальные задачи государственной социальной политики, найти оптимальный путь реформирования отрасли.

Сохраняющиеся от административно управляемой экономики методы распределения ресурсов в российском здравоохранении, и в то же время ослабление государственного контроля в результате децентрализации управления, снижают эффективность регулирующих мер по развитию предпринимательства и конкуренции, деформируют конкурентные отношения и подрывают социальные функции здравоохранения.

В книге дается краткая историческая справка развития социального страхования в Европе и в России, рассматриваются исходные концептуальные основы создания действующей российской системы здравоохранения, приводятся общественные оценки состояния и проблем обязательного медицинского страхования, рассматривается влияние рынка, предпринимательства и конкуренции на состояние и развитие общественного здравоохранения, решение социальных задач, проблемы государственного регулирования для реализации государственных гарантий. Излагаются методологические основы структурного анализа для определения и выбора инструментов обеспечения сбалансированности объема государственных гарантий и их финансового обеспечения, направлений реформирования российского общественного здравоохранения, приводится формализованное представление действующих организационно-экономических моделей в российском здравоохранении. В заключительной части книги с учетом опыта развитых европейских стран рассматриваются актуальные задачи и меры развития предпринимательства, конкуренции и государственной поддержки общественного сектора здравоохранения.

# 1. Медицинское страхование в России

## 1.1. История возникновения и развития социального страхования

Колыбелью социального страхования, в которой в конце XIX века были сформированы его основы, признается Германия.

Законами от 1883, 1884 и 1889 годов, подготовка которых приписывается историей Отто фон Бисмарку, были созданы три отрасли, которые и по сей день характерны для немецкого социального страхования: страхование на случай болезни, от несчастных случаев, на случай инвалидности и старости. В 1911 г. эти виды страхования были объединены в имперские правила страхования, в которые, кроме того, было включено обеспечение семьи в виде пенсий вдовам и сиротам в случае утраты кормильца.

Эти правила вошли в сводный Закон о социальном страховании, включающий все виды страхования: по случаю болезни, несчастному случаю, инвалидности, старости, утраты кормильца. Закон поэтапно вводился с 1912 по 1914 годы. В 1927 г. было введено страхование от безработицы.

После второй мировой войны традиционная система социального страхования в ФРГ возрождается. В первые послевоенные годы приоритетно развивается пенсионное страхование и страхование по болезни инвалидов войны, сирот, лиц преследовавшихся фашизмом, беженцев. В 1952 г. вводится самоуправление и паритетное представительство работников и работодателей в учреждениях социального страхования, возрождаются структуры, функционировавшие до 1933 г.

С конца 50-х до середины 60-х годов высокие темпы роста национального дохода обеспечивают в Германии рост средств и расширение функций социального страхования. В последующее десятилетие рост расходов на социальное страхование в ФРГ опережал рост валового национального продукта.

Система социального страхования в ФРГ характеризуется как совокупность мер, призванных обеспечить экономическое и социальное существование различных групп населения перед такими общими опасностями для жизни, как несчастный случай, болезнь, инвалидность, старость, безработица и смерть кормильца.

**Страхование на случай болезни в современной Германии.** Почти все население Германии застраховано на случай болезни в системе обязательного или добровольного страхования.

Законом установлена обязательность страхования от болезни для всех рабочих, служащих и других профессиональных групп, если их доход не превышает определенную сумму. От болезни застрахованы также дети, пенсионеры, безработные, учащиеся и студенты. В зависимости от рода занятий страхование проводится через местные, производственные или целевые больничные кассы, морские больничные кассы, федеральные кассы горнорабочих, сельскохозяйственные больничные кассы. У всех застрахованных свободный выбор среди определенных врачей больничных касс.

Страховые взносы лиц по обязательному страхованию производятся наполовину работниками и работодателями. Установленный размер взноса составляет 14% от застрахованных доходов.

Структура выплат включает:

1. Выплаты для поддержания здоровья. Сюда относится санитарное просвещение застрахованных в отношении угрозы для их здоровья и профилактика заболеваний.

2. Выплаты по профилактике стоматологических заболеваний (в том числе в детских дошкольных учреждениях и школах), включая снабжение лекарствами, перевязочными, лечебными и вспомогательными средствами, а также по системе профилактических мероприятий для женщин.

3. Выплаты по ранней диагностике заболеваний. Сюда относятся медицинские обследования каждые два года для застрахованных достигших 35-летнего возраста; ежегодные обследования по раннему распознаванию рака у женщин, начиная с 20-летнего возраста, а у мужчин начиная с 45 лет.

4. Выплаты на лечение заболеваний. Они распространяются на:

а) бесплатное врачебное и стоматологическое лечение, включая зубное протезирование;

б) бесплатное снабжение стандартным набором лекарственных и перевязочных средств. Дополнительные издержки, связанные с получением более дорогих лекарственных и перевязочных средств, застрахованный оплачивает сам;

в) предоставление вспомогательных средств с доплатой 10% для взрослых страхователей;

г) предоставление протезов и слуховых аппаратов, ортопедических и прочих приспособлений. Эти услуги оказываются бесплатно, если на соответствующие приспособления установлены фиксированные платежи;

д) домашний уход за больными с участием квалифицированного персонала, когда лечение в больнице показано, но не осуществимо, а



также семейная помощь, когда застрахованные лишены возможности заниматься домашним хозяйством и в семье есть ребенок меньше 8 лет или инвалид, зависящий от помощи со стороны;

е) бесплатное лечение в больнице;

ж) медицинские и прочие выплаты по реабилитации.

5. Пособие по нетрудоспособности в размере 80% от общей суммы заработной платы за вычетом всех налогов, начиная с седьмой недели нетрудоспособности вследствие болезни. В первые 6 недель работодатель обязан обеспечить выплату пособия в полном объеме. Пособие выплачивается в течение 3 лет, если нетрудоспособность обусловлена одной и той же болезнью. Пособие выплачивается и в том случае, если заболевший ребенок до 8 лет нуждается в присмотре, обслуживании или уходе, а другой член семьи принять на себя эти заботы не в состоянии (права распространяются максимум на 5 дней на каждого ребенка в течение календарного года).

6. Выплаты по уходу за тяжелобольными выражаются в оплате 25 явок в месяц (каждая продолжительностью 1 час). В альтернативном плане по просьбе застрахованного касса выплачивает определенную сумму, если тяжелобольной может сам обеспечить себе уход, пригласив для этой цели сиделку, няню или санитарку.

7. Пособие по беременности и родам, включая врачебный контроль и обеспечение лекарствами, а также финансовую помощь во время и после беременности. По истечении срока охраны материнства в послеродовой период выплачивается пособие по уходу за ребенком.

8. Семейное пособие для супруги и детей застрахованных. Оно предусматривает мероприятия по раннему распознаванию заболеваний, медицинское обслуживание, уход за больными, лечение с пребыванием в больнице и пособие по охране материнства и семьи.

Деятельность больничных касс финансируется из взносов, выплачиваемых наполовину работодателями и наполовину работающими по найму. Страховые взносы за пенсионеров выплачиваются Пенсионным фондом и самими пенсионерами. Страхование безработных на случай болезни осуществляется федеральным ведомством по трудоустройству.

**Голландская модель страхования на случай болезни.** В Голландии существует три схемы страхования здоровья:

1) страхование на случай очень высоких медицинских расходов (катастрофических расходов) для всех граждан;

2) система обязательного страхования здоровья для 2/3 граждан, чей доход не превышает установленного максимума;

3) частное страхование здоровья для остальных граждан.

Система здравоохранения финансируется из трех основных источников:

- взносы в систему социального страхования, устанавливаемые в % к фонду заработной платы и выплачиваемые как работодателями, так и работниками. В начале 90-х за счет этого источника покрывалось 50% расходов на здравоохранение;
- прямые платежи пациентов и взносы частного страхования-25%;
- общие налоги – 15%.

Общее руководство системой медицинского страхования осуществляет Центральный фонд страхования здоровья. Текущее руководство системой обязательного страхования осуществляют примерно 50 фондов обязательного страхования, которые регистрируют граждан. Они не являются государственными учреждениями.

Большинство поставщиков медицинских услуг в Голландии являются частными организациями. Стационары, как правило, имеют некоммерческий статус.

До 1983 г. стационары финансировались на основе количества оказываемых услуг. Эта система оплаты приводила к росту продолжительности пребывания пациентов в стационарах, увеличению количества предписываемых диагностических тестов и других процедур. С 1983 г. эта система возмещения расходов была заменена на составление перспективного бюджета для стационаров.

До начала реформы страхования здоровья в Голландии ни в одной из стран с системой социального страхования здоровья к обязательному социальному страхованию не допускались частные страховые компании; система управлялась либо государственными учреждениями, либо общественными институтами.

С 1989 г. начала осуществляться реформа. Она основывалась на результатах работы правительственной комиссии и была направлена на развитие рыночных сил в секторе здравоохранения. Комиссия отметила, что голландская система имеет недостаточно стимулов эффективности, ограниченную конкуренцию и мало подлинного выбора для пациентов. Также имело место растущее государственное регулирование страховых взносов, цен и доходов.

Основными чертами новой системы являются постепенное введение основного пакета страхования для всех и расширение рыночных начал в системе медицинского страхования. Основной пакет страхования покрывает около 85% расходов и включают все основные медицинские услуги, за исключением оплаты медикаментов и стоматологической помощи (последняя может быть оплачена через добровольное

медицинское страхование). Любая страховая компания (частная или общественная) обязана предоставить любому желающему основной пакет страхования. Таким путем ликвидируется проблема, связанная с тем, что ряд страховых компаний отказывался страховать лиц с повышенным риском заболеваемости. Обязательная страховка частично оплачивается фондом страхования здоровья, чьи финансовые средства формируются из поступлений налога на заработную плату для целей медицинского страхования. Страховые компании получают из фонда обязательного страхования определенную сумму денег на каждого застрахованного в объеме, зависящем от возраста, пола, места проживания застрахованного. Остаток оплачивается застрахованным гражданином непосредственно страховой компании. Все лица, застрахованные у одного страховщика, выплачивают одинаковый страховой взнос за основной пакет страхования независимо от рискованных характеристик застрахованного. Страховые компании обсуждают цены и объем услуг с производителями, давая возможность правительству обходиться без множества регулирующих распоряжений. Страховые компании обсуждают условия контракта с различными производителями медицинских услуг, и они не обязаны, как это было ранее, сохранять все эти контракты. Стационары и врачи, работающие с меньшими затратами, таким образом, могут получать большее количество пациентов. Если более низкие цены отражаются на ухудшении качества услуг, застрахованный имеет право сменить страховую компанию по своему усмотрению.

Таким образом, в системе обеспечивается самоуправление. За государством, в то же время, остается ряд контролирующих функций: определение адекватной медицинской помощи для базисного пакета страхования и обеспечение соответствующего контроля качества; определение мощности и размещение крупных стационаров и медицинских центров; регулирование численности студентов в медицинских учебных заведениях; обеспечение условий, не допускающих антиконкурентного поведения, содействие информационному обмену.

**Социальное страхование в России.** Зарождение социального страхования началось в России во второй половине XIX века с добровольного пенсионного страхования, когда стали организовываться эмеритальные (пенсионные) кассы – организации, в которые человек на добровольной основе вносил деньги и из которых через определенное количество лет участия в кассе или по выслуге выплачивалась ежегодная пенсия как самим участникам, так и членам их семьи в случае смерти кормильца.

Первая эмеритальная касса, устав которой впоследствии был принят за образец для пенсионных касс других учреждений, была основана при Московском ведомстве в 1858 г.

Обязательное устройство страховых касс в России восходит к 1861 году, когда был принят Закон «О вспомогательных товариществах» при казенных заводах. В 1901 г. были приняты «Временные правила о пенсиях рабочим казенных горных заводов и рудников, утративших трудоспособность на заводских и рудничных работах».

В России наряду с городской и земской медициной уже во второй половине XIX века существовала фабрично-заводская медицина. В этот период для охраны здоровья действовали: закон 1866 г., устанавливающий обязанность предпринимателей обеспечивать рабочих медицинской помощью, закон 1882 г., утвердивший фабричную инспекцию, закон 1903 г., устанавливающий ответственность работодателей при несчастных случаях, который вводил необходимость компенсации потерпевшим и их семьям за увечье или смерть в промышленных предприятиях.

Наряду с развитием фабрично-заводской медицины в России в этот период, как и в других странах Европы, получает развитие общественная система страхования ремесленников и наемных рабочих, основой которых становятся больничные кассы.

В 1912 г. III Государственная Дума приняла пакет страховых законов: «Об утверждении присутствий по делам страхования рабочих», «Об утверждении Совета по делам страхования рабочих», «Об обеспечении рабочих на случай болезни», «О страховании рабочих от несчастных случаев на производстве». Общее руководство социальным страхованием в стране осуществлял Совет по делам страхования рабочих при Министерстве торговли и промышленности. В губерниях и крупных городах учреждались страховые присутствия, наблюдавшие за соблюдением страховых законов. Рабочими органами на местах являлись больничные кассы, которые объединяли работодателей по округам.

Органом проведения страхования на случай болезни по закону являлась больничная касса, учреждаемая на каждом предприятии с числом рабочих не менее 200. Больничная касса управлялась общим собранием, являвшимся высшим органом, и правлением, которое являлось исполнительным органом.

Средства больничной кассы состояли из взносов рабочих и предпринимателей. При этом, в соответствии с законом, взносы рабочих в полтора раза превышали взносы предпринимателей. Размер взносов устанавливался общим собранием больничной кассы.

Основной функцией больничной кассы была выдача пособий в случае болезни, увечья, родов, смерти.

Первая кассовая лечебница была создана в России в 1914 г. на Тульских заводах.

Первая помощь при несчастных случаях и амбулаторное лечение при заболеваниях участникам больничных касс по закону должны были обеспечиваться за счет предпринимателя, а стационарная помощь и родовспоможение – на общих основаниях.

Врачебная помощь членам семей участников больничных касс за счет владельцев не оказывалась.

По закону 1912 г. больничные кассы подчинялись губернским страховым присутствиям, которые возглавлялись губернаторами или градоначальниками. Страховые присутствия подчинялись Российскому страховому Совету.

Вокруг страховых законов 1912 г. развернулась острая политическая борьба. Важнейшие требования рабочих в области социального страхования и охраны здоровья были сформулированы в докладе Н.А. Семашко в январе 1912 г. Эта программа имела решающее значение для создания в 1917 г. системы охраны здоровья, которая получила название «Рабочая страховая медицина».

30 октября 1917 г. была объявлена программа социального страхования Советского правительства. Был издан ряд декретов в корне изменивших структуру социального страхования: 14 ноября 1917 г. – декрет о передаче больничным кассам лечебных учреждений, 29 ноября – о страховых присутствиях и страховом совете, 11 декабря – о страховании на случай безработицы, 22 декабря – о страховании на случай болезни.

Больничные кассы развернули активную деятельность, и за короткий период была создана система лечебных учреждений, где застрахованные получали квалифицированную медицинскую помощь. Рабочая медицина была относительно самостоятельна, контролировалась лишь Народным комиссариатом труда в плане соблюдения законов, декретов, постановлений.

Создание в июле 1918 г. Народного комиссариата здравоохранения привело к существованию двух параллельных систем здравоохранения – «рабочей страховой медицины», подчиненной Народному комиссариату труда, и «советской медицины», созданной на основе городской и земской медицины, подчиненной Народному комиссариату здравоохранения.

Было принято решение об объединении рабочей страховой медицины с общегосударственной (постановление Совета народных комиссаров от 18 февраля 1919 г «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному комиссариату здравоохранения»).

Рабочая страховая медицина была ликвидирована и утверждена единая советская медицина. Одновременно проходила реформа всей

системы социального страхования, которая заменялась государственной системой социального обеспечения.

В 1918 г. Народным комиссариатом труда принято Положение о социальном обеспечении трудящихся, в соответствии с которым все органы социального страхования ликвидировались.

Возрождение социального страхования началось в 1921 г. в связи с новой экономической политикой. Появление в период НЭПа различных форм собственности на средства производства потребовало новых подходов к социальному страхованию. Постановлениями Совнаркома 1921-23 гг. были определены страховые взносы работодателей различных форм собственности по отдельным видам социального страхования. Устанавливались взносы на временную нетрудоспособность, инвалидность, вдовство и сиротство, на безработицу и на лечебную помощь. Размер страхового взноса в 1922 г. составлял суммарно от 21 до 28,5% по отношению к оплате труда.

Установленные законом взносы на лечебную помощь передавались непосредственно органам здравоохранения: 10% Наркомздраву и 90% губернским и местным органам для улучшения медицинской помощи застрахованным. В 1925 г. страховые взносы давали 1/3 средств, необходимых для медицинского обеспечения населения.

После НЭПа отдельные элементы медицинского страхования продолжали существовать. За счет страховых средств частично финансировалось санаторно-курортное лечение, отдельные виды профилактической и оздоровительной работы на промышленных предприятиях

В начале 30-х годов был осуществлен переход к государственной системе социального обеспечения и страхования в стране. В 1933 г. социальное страхование было передано в ведение профсоюзов, а страховые кассы ликвидированы. Бюджет социального страхования был консолидирован в государственный бюджет. Данная система социального страхования просуществовала до начала 90-х годов и характеризовалась высокой степенью централизации и интеграции в государственные структуры.

Бюджет системы социального страхования и социального обеспечения включал в себя средства государственного бюджета (расходы на социальное обеспечение), бюджета государственного социального страхования, Союзного фонда социального обеспечения колхозников, Союзного фонда социального страхования колхозников и социальных фондов государственных предприятий и колхозов. Доля государственных средств в этих расходах в последние 15 лет существования Советского Союза достигала 95 %.

С этого же периода медицинское страхование, как форма организации и финансового обеспечения системы здравоохранения, прекратило свое существование, трансформировавшись в финансирование медицинских учреждений и органов управления системой здравоохранения по смете расходов из средств соответствующего бюджета. Управление системой здравоохранения, контроль за деятельностью учреждений здравоохранения, объемом и качеством предоставления медицинской помощи населению были выстроены в соответствии с общими принципами государственного устройства, строго регламентированы и не менялись на протяжении нескольких десятилетий.

## **1.2. Исходные концептуальные основы создания современной системы медицинского страхования в России**

В течение многих лет здравоохранение советского периода признавалось мировым сообществом одним из самых мало затратных и эффективных в мире. Государство, как основной заказчик мероприятий по охране здоровья граждан, служило гарантом уровня оказания и доступности медицинской помощи.

Однако ярко выраженная централизация, отсутствие материальной заинтересованности и свободы производителей медицинских услуг значительно снижали функциональную эффективность данной системы. Монопольный государственный характер лечебной сети учреждений здравоохранения затруднял развитие конкурентной среды. Бесплатный характер медицинских услуг обесценивал их значимость и привел к иждивенческому отношению населения к своему здоровью.

Чрезмерное развитие в стране с 70-х годов специализированных видов медицинской помощи (особенно в амбулаторно-поликлиническом секторе), расширение коечной сети, низкая эффективность ее деятельности привели к затратному механизму финансирования отрасли и снижению качества медицинской помощи при сохранении ее доступности.

Экономические реформы, начатые в России в конце 80-х годов XX века, породили ряд дополнительных проблем и негативных тенденций в системе медицинского обеспечения и состоянии здоровья населения.

С начала 90-х годов показатели здоровья населения стали явно ухудшаться. Четко обозначились рост заболеваемости, болезненности, инвалидизации и общей смертности населения [35]. С 1992 года начался процесс естественной убыли населения страны из-за преобладания

смертности над рождаемостью. Достигнутая к 1986-1987 годам средняя продолжительность жизни в России в 70 лет стала катастрофически снижаться.

Главной социальной проблемой увеличения смертности стали резко увеличившиеся потери трудоспособного населения. Одновременно стал отмечаться подъем младенческой смертности, рост заболеваемости туберкулезом, венерическими болезнями, паразитарными заболеваниями, увеличение травматизма и числа случаев отравлений.

Не снижалась заболеваемость сердечно-сосудистыми и онкологическими болезнями, являющимися основными причинами инвалидизации и смертности. Отмечался рост частоты и утяжеление течения хронических заболеваний. Стала повышаться частота психических расстройств, алкоголизма, наркомании, самоубийств, асоциального и криминального поведения, в возникновении которых, как известно, велика роль социально-экономических условий.

Обострились проблемы инфекционной патологии. Впервые за многие годы практически во всех регионах страны были зарегистрированы случаи заболевания дифтерией, в том числе со смертельным исходом.

В результате ухудшения доступности и позднего обращения за медицинской помощью наметилась тенденция к росту осложнений и тяжести течения заболеваний

Ухудшение состояния здоровья граждан и низкая эффективность организации медицинской помощи, а также экономические проблемы, порожденные перестройкой всей экономической системы страны, явились исходными причинами начала реформирования здравоохранения в России.

К радикальным реформам подталкивало и то, что охрана здоровья в дореформенной России по показателям деятельности системы здравоохранения уже значительно уступала системам здравоохранения развитых промышленных стран и не улучшалась в течение длительного периода времени [1]. В то же время, в странах Запада показатели здоровья населения последовательно улучшаются за счет выработки рациональной политики и реализации различных программ.

Необходимость обеспечения доступной, бесплатной медицинской помощи и равных возможностей для поддержания уровня здоровья в условиях сокращения наполняемости государственного бюджета и, соответственно, объема отчислений на поддержание системы здравоохранения страны в конце 80-х годов, неудовлетворенность населения качеством медицинской помощи потребовали поиска новых, экономических механизмов управления и финансирования отрасли.



Следует подчеркнуть, что в России конца 80-х и начала 90-х годов введение рыночных механизмов во все области общественной жизни рассматривалось как универсальный способ решения любых проблем. В Верховном Совете СССР рассматривался проект закона, основанного на бисмарковской, публично-правовой основе обязательного медицинского страхования, подобно той модели, что действует сейчас в Германии и Франции.

Однако голландский эксперимент по организации обязательного медицинского страхования показался более привлекательным, и его положения, особенно те из них, которые предполагали активную роль государства, стали основой для принятого Россией закона о медицинском страховании.

Вместе с тем, в отличие от Голландии, подготовка к реализации закона (проработанность его норм, наличие необходимых расчетов, подготовка кадров, разъяснительная работа среди населения и т.д.) в России практически отсутствовала. К середине 1992 г., когда оставалось только полгода до введения в действие положений нового закона в полном объеме, практический механизм его реализации отсутствовал. Затрудняло внедрение обязательного медицинского страхования и то, что его субъектам законом предоставлялись значительные свободы в организации необходимых отношений. В то же время механизмы государственного регулирования отсутствовали.

С вводом в действие в 1993 году Закона "О медицинском страховании граждан Российской Федерации" начался процесс непосредственного реформирования системы национального здравоохранения. Он был ориентирован, прежде всего, на усовершенствование модели финансирования отрасли. Цели реформирования связывались с повышением эффективности использования имеющихся ресурсов, ликвидацией очередей на госпитализацию, усилением профилактической работы и повышением стимулов врачей на оказание адекватной медицинской помощи, устранением социальной несправедливости в отношении получения квалифицированной медицинской помощи жителями разных районов и регионов страны.

Из сложившихся в мире трех форм финансирования - государственной, социального страхования и частной, в качестве основы реформирования Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" была принята система социального страхования - обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС).

За прототип российской модели социального страхования, как отмечено выше, была принята действовавшая в то время голландская

модель, в которой сохранялась значительная роль государства наряду с использованием рыночных механизмов.

Уместно заметить, что мировым сообществом до настоящего времени не выработана универсальная или хотя бы однозначно эффективная модель организации здравоохранения. Принятые Всемирной Организацией Здравоохранения основополагающие принципы допускают возможность использования разнообразных инструментов рыночного и государственного регулирования оказания медицинской помощи в зависимости от экономических и других особенностей каждой страны. В настоящее время практически нет двух стран, в которых модели организации здравоохранения полностью идентичны. В то же время изучение различий в моделях, использование их преимуществ и периодическое проведение реформ по преодолению недостатков ведет с одной стороны к сближению моделей организации здравоохранения в разных странах, с другой - к поиску новых, более эффективных механизмов и инструментов. Наиболее показательными в этом смысле являются перманентно проводимые реформы здравоохранения в странах ЕЭС, в том числе и в Голландии, направленные на создание единых для всех стран-участниц Союза конкурентных, без страновых ограничений условий оказания медицинской помощи. Принципиальными системными отличиями принятой в России модели ОМС по сравнению с существовавшей в то время голландской моделью являются:

- всеобщность ОМС независимо от дохода застрахованных;
- сохранение для застрахованных бесплатности (без соплатежей из собственных средств населения) медицинской помощи в рамках гарантированного пакета медицинских услуг;
- введение ограничения на развитие медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию как дополнения к гарантированному пакету медицинских услуг.

Предполагалось, что принятая модель, по сравнению с действовавшими ранее будет обладать существенными преимуществами, к которым были отнесены:

1. Создание на основе единого общегосударственного подхода некоммерческих фондов ОМС, ориентированных на гарантированное выравнивание объемов финансирования программ ОМС на территории страны, своевременность и полноту сбора страховых платежей.
2. Обеспечение всеобщности медицинского страхования.
3. Формирование дополнительного, значительного и постоянного, источника финансирования медицины, сопоставимого с бюджетным.

4. Реализация для страхователей принципа солидарности в оплате медицинской помощи для всего застрахованного населения, независимо от состояния здоровья и объема потребления медицинских услуг.

5. Формирование социального характера оказания медицинской помощи, т.е. обеспечение равной доступности стандартного набора медицинской помощи для всех граждан страны независимо от каких-либо признаков.

6. Внедрение в работу медицинских учреждений рыночных механизмов, ориентированных на развитие конкуренции, стимулирование повышения эффективности и качества работы специалистов всех уровней, оптимизацию расходов на медицинские услуги, переориентацию медицинского персонала с лечебной на профилактическую работу, активное внедрение передовых профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных технологий.

7. Разработка и внедрение новых механизмов оплаты труда, основанных на оценке качества полученных результатов.

8. Обеспечение свободы выбора для страхователей – страховщиков, для застрахованного – врача и медицинского учреждения, т.е. создание рынка медицинских услуг.

9. Создание системы защиты прав застрахованных на получение качественной медицинской помощи необходимого вида и объема в соответствии с действующей программой медицинского страхования населения.

10. Улучшение показателей индивидуального и общественного здоровья населения страны.

В основу принятой в России системы медицинского страхования положено гражданско-правовое регулирование деятельности его субъектов, означающее, что субъекты равноправны, не подчинены друг другу и, вследствие этого, их взаимоотношения регулируются через систему договоров.

Субъектами обязательного медицинского страхования законом были определены: гражданин; страхователь (организации-работодатели, непосредственно уплачивающие страховые взносы, органы исполнительной власти и граждане); федеральный и территориальные фонды ОМС; страховые медицинские организации; производители медицинских услуг. Функции управления финансовыми потоками, организация управления медицинской помощью и оказание услуг были разделены и распределены между субъектами ОМС.

Внедрение системы ОМС исходило из главной цели — получения дополнительных источников финансирования системы здравоохранения и улучшения качества медицинского обслуживания пациентов в рамках соответствующих конституционных гарантий гражданам РФ.

Реформирование российского здравоохранения потребовало проведения масштабных структурных изменений, динамика которых представлена в табл. 1.1 и 1.2. Основные структурные изменения, предусмотренные Законом, по существу были завершены к 2001 году. Было осуществлено разграничение прав собственности на объекты этой отрасли между органами федеральной, субфедеральной и муниципальной власти. Реализованы мероприятия по переходу от централизованного финансирования государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) к многоканальной системе финансирования, в которой источниками покрытия расходов на здравоохранение были определены бюджеты соответствующих уровней, государственные внебюджетные фонды, собственные доходы учреждений здравоохранения, доходы других хозяйствующих субъектов, доходы домашних хозяйств. С целью повышения эффективности и качества медицинской помощи была весьма значительно либерализована финансово-хозяйственная деятельность медицинских учреждений. Начало развиваться врачебное самоуправление.

Создано базовое нормативно-правовое обеспечение, регламентирующее отношения по предоставлению медицинских услуг в новых условиях функционирования здравоохранения. Законодательно определены социальные гарантии населению, приняты определенные меры по разграничению полномочий и ответственности (в том числе финансовая) за их обеспечение между государственными, региональными и муниципальными органами власти.

В рамках выполненных мероприятий уточнены принципы защиты прав пациентов. Отношения пациент – система здравоохранения были переведены из сферы только административного права в сферу гражданского правового регулирования. Взаимодействие стало осуществляться на основе договоров медицинского страхования, предусматривающих права, обязанности и ответственность договаривающихся сторон.

Был внедрен вневедомственный контроль качества и заложены основы стандартизации медицинской помощи.

Страховые принципы позволили подойти к формированию новых методов медико-экономической оценки медицинских услуг.

Введен контроль рациональности использования средств в ТФ ОМС, СМО и ЛПУ. Для здравоохранения был разработан стратегический план развития отрасли на десять лет. С 1999 г. ежегодно стала разрабатываться и утверждаться Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. Были разработаны рекомендации по обоснованию территориальных программ ОМС. На программу ОМС было возложено 75 % всего объема медицинской помощи, а на бюджет – 25%.

Таблица 1.1

**Динамика развития системы ОМС в РФ за период 1993—2002 г.  
(на конец года) /92/**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ТФ ОМС Филиалы ТФ ОМС, всего	79	88	88	88	89	90	90	90	91	
Филиалы ТФ ОМС	587	1103	1140	1108	1160	1170	1123	1129	982	913
из них выполняющих функции страховщика	92	571	486	423	410	478	500	516	485	467
Доля филиалов, выполняющих функции страховщика, %	15,7	51,8	42,6	38,2	36,1	40,9	44,5	45,7	49,4	0,51
Темп роста/убыли филиалов, выполняющих функции страховщика, %		620,0	85,1	87,0	99,1	114,1	104,6	103,2	94,0	96,3
СМО	164	439	536	538	461	415	378	362	361	360
Темп роста/убыли СМО, %		267,7	122,1	100,4	85,7	90,0	91,1	95,6	99,7	99,7
Соотношение числа филиалов ТФ ОМС, выполняющих функции страховщика, и СМО	1:1,8	1:0,8	1:1,1	1:1,3	1:1,1	1:0,9	1:0,8	1:0,7	1:0,7	1:0,77
Число ЛПУ, действующих в системе ОМС	-			7416	7880	6955	7230	7594	8345	8293
Застраховано населения по договорам ОМС (в % к постоянной численности)	12,0	48,2	72,4	81,3	86,7	89,2	89,4	94,1	95,5	96,1

Таблица 1.2

**Динамика поступления средств в территориальные фонды ОМС  
(млрд. руб.) /124/**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Поступило средств, всего (в т.ч. прочие)	28,5	30,2	46,8	69,9	89	128
Налоговые поступления	17,3	18,9	31,2	47,6	53,3	77,3
Взносы субъектов за неработающих	6,5	7	10,9	17,8	23,8	42,4

Созданная система научной поддержки развития и совершенствования ОМС, включающая свыше 60 научно-исследовательских центров во многих городах страны, позволила за короткий период создать основы нормативно-правовой базы, обосновать политику и стратегию развития ОМС, разработать организационные, правовые и финансово-экономические механизмы функционирования участников системы ОМС, дать оценку ее медико-экономической и социальной эффективности.

Была принята и стала последовательно выполняться комплексная программа и концепция информатизации в системе ОМС. Автоматизированы основные задачи в подавляющем большинстве территориальных фондов.

К 2002 году улучшилась деятельность коечного фонда. Койка стала работать 316 дней в году против 300 дней в 1997 г. Число стационаров сократилось с 12 тыс. в 1991 г. до 9 тыс. единиц (22%) к 2002 г., число коек сократилось, соответственно, с 2 млн. до 1,5 млн. единиц.

Начиная с 1991 г. число ЛПУ, развернувших дневные стационары, и число коек в них увеличилось в 8-10 раз. Доля госпитализируемых в дневные стационары к 2003 году составила 13%. Ежегодно сокращается время пребывания больных в стационаре.

За период 1993-2002 гг. была создана система учета и контроля за полнотой перечисления работодателями и органами исполнительной власти субъектов РФ страховых взносов. В федеральном и территориальных фондах ОМС созданы контрольно-ревизионные службы.

Средний доход фондов в 2002 г. на одного застрахованного составил 927 рублей. Признано, что средства ОМС стали стабилизирующим фактором в сохранении для населения бесплатной медицинской помощи.

Однако, внедрение системы ОМС на территории России, после введения Закона Российской Федерации “О медицинском страховании граждан в РФ” с самого начала происходило неравномерно, с большими отступлениями от принятой законодательными документами модели. К началу 1995 года 19% территорий реализовали ОМС либо только по работающим гражданам, либо только по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи. В 18% территорий страхование проводилось только в части стационарной помощи. В 25% территорий принимали участие в ОМС лишь отдельные районы или медицинские учреждения [22].

В ряде территорий низкий уровень финансового покрытия программ ОМС не позволил говорить о внедрении системы в полном объеме. В связи с невозможностью оплаты стоимости медицинских услуг по всем статьям расходов расчеты с ЛПУ за выполненные ими объемы услуг стали производиться только по отдельным статьям.

В 1995 году 65 территорий имели финансовое покрытие территориальных программ ОМС менее 50%, половина из них - ниже 30%, а четыре территории - ниже 10% [22]. Существенные различия в подушевых нормативах финансирования территориальных программ ОМС сохраняются до настоящего времени. Финансовая обеспеченность регионов средствами ОМС различается во много раз. Так, по данным Федерального фонда ОМС, в 2002 году разброс в целом составил более чем 22 раза. Максимум на душу населения приходился на Чукотку (5055,9 руб.), а минимум на Чеченскую республику (221,5 руб.) /92/.

Предусматривалось, что введение дополнительного источника средств не должно было бы сокращать объемы бюджетного финансирования. Однако это стало происходить постоянно и повсеместно. Финансирование медицинской помощи стало осуществляться местными органами, как правило, таким образом, что на сумму единого социального налога (ЕСН) сокращалось выделение бюджетных средств. Это стало отражаться, прежде всего, на снижении финансирования учреждений неотложной помощи, а также учреждений оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях.

Модель ОМС вследствие ее неадекватности социально-экономическим условиям России и несовершенства правовых механизмов стала приобретать на территориях не соответствующие законодательству правовые и организационные формы. Так в 1995 году в 29 субъектах РФ система ОМС работала по схеме, предусмотренной законодательными и нормативными документами, при которой роль страховщика выполняла страховая медицинская организация (СМО), в 21 регионе эту функцию выполняли СМО и отделения фондов, в 24 — толь-

ко отделения фондов. Близкая ситуация сохраняется и до настоящего времени. Обозначенное разнообразие является закономерным и обусловлено спецификой расселения жителей на территории России и экономическими условиями рыночного хозяйствования [22].

Россия является слабозаселенной страной. При средней плотности населения в 8,7 чел. на 1 кв. км., в Северном экономическом районе такая составляла 4,1 чел., в Восточно-Сибирском -2,3 чел., в Дальневосточном — 1,3 чел., в том числе в Республике Саха — 0,3 чел., в Чукотском автономном округе — 0,2 чел., в Камчатской области — 0,9 чел. (для сравнения — в Европе на 1 кв. км. приходится 31 чел., в Африке и Латинской Америке — 21, в Северной Америке — 13, в Азии — 100 человек [39]). Поэтому принятая в России модель страхования, эффективно применяемая в странах с высоко урбанизированными территориями, не могла быть в полном соответствии с принятыми законодательными актами реализована в России. Не случайно страховые медицинские организации были организованы лишь в крупных российских городах. Лишь в крупных городских поселениях могут существовать условия для реализации идеи создания конкурентной среды среди страховщиков и производителей медицинских услуг.

Принцип свободного выбора страховой медицинской организации (СМО) и лечебного учреждения в настоящее время не реализован в России в полной мере, на наш взгляд, по той причине, что исторически, в соответствии с нормативным принципом размещения медицинских учреждений, в России развита сеть разнообразных государственных медицинских учреждений, которые, по сути, являются монопольными производителями медицинских услуг на обслуживаемой территории. К сельской местности это положение относится в полной мере. В городах, где имеется несколько поликлинических и больничных учреждений свободный выбор для населения имеется, но он ограничен пропускной способностью каждого из учреждений. В крупных городах ситуация со свободным выбором несколько облегчается, поскольку помимо территориальных учреждений здравоохранения в них, не редко, функционируют и ведомственные, которые создают конкурентную среду и могут в некоторой мере расширить поле выбора. Это положение подтверждается результатами проведенного в 2002 году в Новосибирске эксперимента по реализации права пациентов выбора лечебного учреждения и лечащего врача /101/. В течение месяца все желающие могли выбрать для себя поликлинику. Для этого гражданину нужно было подать заявление и предъявить страховой полис. В действительности большинство граждан получило отказы, мотивированные тем, что прикрепиться можно только к ЛПУ, обслуживающему тот



участок, где проживает гражданин. В других случаях обслуживание на дому не сможет быть обеспечено. В результате эксперимента выбрать ЛПУ смогли только около 7000 человек. Эксперимент показал, что пациенты и деньги не «потекут» в эффективно работающие ЛПУ, а потому у ЛПУ не появилось причины заботиться о своей конкурентоспособности, на что надеялись при проведении эксперимента. При увеличении срока возможного перехода из одного ЛПУ в другое до одного года отказы сохранились по причине перегрузки ЛПУ. Этот результат можно было спрогнозировать и без проведения эксперимента, исходя из фактического размещения ЛПУ на конкретно взятой территории.

Относительно СМО трудно предположить, что в регионах с малой плотностью населения появится экономическая возможность их создания, тем более, нескольких конкурирующих между собой организаций. Фактически в регионах с малой плотностью населения функции страховщиков приняли на себя территориальные фонды, а для неработающего населения, чаще всего, органы управления здравоохранением. В 2002 году доля филиалов территориальных фондов ОМС, выполняющих функции страховщика, составляла 51%.

Отступления от принятой в законе модели российского здравоохранения нашли свое отражение и в организации сбора финансовых средств. Так, большинство территориальных фондов ОМС выполняли не свойственные им функции сбора страховых взносов, их учета и контроля, не имея для этого достаточного кадрового, методического и технического обеспечения, расходуя на это значительную часть из собранных средств. Позднее функции сбора единого социального налога были переданы Министерству по налогам и сборам РФ.

Из поступивших в территориальные фонды ОМС средств в 1995 году лишь 82% было израсходовано на нужды учреждений здравоохранения. Это свидетельствовало о том, что модель ОМС была неоправданно дорогостоящей, потребляющей значительную часть средств на свою инфраструктуру [22].

Следует подчеркнуть, что вследствие неадекватности действующей модели историческим и социально-экономическим условиям России, не стали реализовываться и принципы функционирования здравоохранения, провозглашенные Конституцией страны и другими законодательными и нормативными документами, регламентирующими его реформирование. К этим принципам относятся:

– предоставление системой ОМС гарантированного минимума бесплатных медицинских услуг. Корзина гарантируемых услуг установленного качества определяется программами медицинского страхования. Система ОМС должна обеспечить одинаковое обслуживание в одинако-

вых ситуациях и защитить семейные бюджеты от затрат на медицинское обслуживание;

- обязательность медицинского страхования для всех граждан страны, обеспечивающая реализацию общепризнанного положения, в соответствии с которым финансирование основной корзины медицинских услуг определенного качества зависит от средств, а доступ к медицинскому обслуживанию от средств не зависит. Этим достигается социальная справедливость в обществе, когда за равное здоровье богатые платят за бедных, а при равных доходах — здоровые за больных;

- организационное разделение в системе ОМС ключевых функций финансирования, управления оказанием медицинской помощи, финансируемой из общественных источников, и оказания медицинской помощи;

- конкуренция в среде СМО и медицинских учреждений, в том числе за счет предоставления застрахованным права свободного выбора медицинского учреждения и лечащего врача;

- нормирование затрат на ОМС для контроля за затратами на медицинское обслуживание;

- допущение функционирования, наряду с государственными, учреждений здравоохранения других организационно-правовых форм, предоставляющих медицинские услуги на платной основе.

Однако реальный ход событий в значительной степени показал, что система стала функционировать во многом в разрез с этими основополагающими принципами.

1. За истекший период подавляющее число регионов не сумело обеспечить финансирование гарантированной Законом минимальной корзины бесплатных медицинских услуг, определенной Базовой программой (БП) ОМС. Поэтому часть медицинских услуг, предусмотренных этой программой и услуги повышенного качества стали переноситься в сферу платной медицины.

Поскольку в сфере платных услуг (в соответствии с правилами рынка) начали действовать договорные цены, то пациенты, не обладая информацией о требуемой и действительно необходимой ему медицинской помощи (которую фактически определяет лечащий врач) и реальной стоимости медицинского обслуживания, попали в полную зависимость от медицинских работников. Уровень и объем медицинской помощи стали зависеть от платежеспособности пациентов.

2. Не выполняется по существу и принцип обязательности медицинского страхования для всех граждан страны, а также не обеспечивается социальная справедливость в обществе. Российское здравоохранение сложилось как государственная система, в которой практически

все медицинские учреждения финансировались из государственного бюджета и до настоящего времени принадлежат государству и муниципалитетам. Частная медицина и ее материально-техническая база в России развита очень незначительно за исключением специфических услуг в области зубопротезирования, гомеопатического лечения, диагностики, и некоторых других специализированных видов медицинской помощи. Это создает серьезную проблему. Если населению гарантируется бесплатно только минимальная корзина медицинских услуг, допустим, среднего качества, а все медицинские учреждения являются государственными, то где и какими средствами могут быть произведены дополнительные платные услуги или услуги повышенного качества? В настоящее время эти вопросы методологически, организационно, законодательно и экономически остаются слабо регламентированными, поэтому в дело вступает практика с явно выраженными профессиональными эгоистическими интересами и ущемлением прав больших слоев малообеспеченного населения на получение бесплатной медицинской помощи. В условиях недостаточного финансирования общественного здравоохранения и низкой зарплаты медицинских работников на практике эта проблема решается различными путями.

Типичными стали следующие подходы:

– жизненно-важные медицинские услуги, имеющие первейшее значение для охраны здоровья населения, предотвращения потерь трудового потенциала и преждевременной смертности, стали переводиться в разряд платных услуг с высокими ценами;

– в структурах амбулаторно-поликлинического и больничного обслуживания стало совмещаться оказание как платных, так и бесплатных медицинских услуг населению. В результате этого опосредованно происходит перекачка ограниченных ресурсов, выделяемых на приобретение дорогостоящего оборудования, лекарственных препаратов и содержание государственных медицинских учреждений, из сферы бесплатной медицинской помощи в сферу платных медицинских услуг;

– происходит ущемление прав малообеспеченных слоев населения на бесплатную медицинскую помощь. Смещаются приоритеты в сторону первоочередного обслуживания и повышения качества медицинских услуг для пациентов, имеющих возможность оплатить услуги.

Основные претензии к медицинскому обслуживанию до настоящего времени разделяются на две группы:

— доступность медицинской помощи и взимание платы за оказываемые медицинские услуги. К этому следует добавить, что по данным Госкомстата России [29] уже к середине 1995 года численность населения, относящегося к категории малообеспеченного и живущего

за чертой бедности достигло 50 миллионов человек. В настоящее время численность бедных несколько уменьшилась, однако доля бедных остается очень высокой и доходит до 30% [30];

– нарушается налоговое законодательство Российской Федерации, так как не соблюдаются правила раздельного финансового учета коммерческой и некоммерческой деятельности, и наносится ущерб государственному бюджету. Средства, поступающие за счет платных услуг, направляются в основном на оплату труда, в результате чего утрачивается возможность восстановления и обновления основных средств.

3. Вследствие неадекватности принятой модели ОМС российским условиям, предусматриваемого разделения ключевых функций в системе здравоохранения на практике не происходит.

Резкое сокращение бюджетного финансирования в течение длительного времени привело к утрате влияния государственных органов управления на систему здравоохранения. В реальной практике происходит перемещение функций управления в территориальные фонды ОМС. Во многих субъектах РФ с внедрением ОМС создавалась вторая управленческая структура. Территориальные фонды стали брать на себя функции не только страховых медицинских организаций, но и органов управления. Данная структура недостаточно контролируется со стороны органов исполнительной власти, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Федерации. Более того, имея реальные финансовые резервы, фонды, тем не менее, не несут ответственности за здоровье граждан и состояние здравоохранения в целом, в то время как эта ответственность до настоящего времени остается за органами управления здравоохранением, как основными гарантами реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Структура и практика деятельности вновь созданных субъектов системы ОМС оказалась излишне бюрократичной и накладной. Ввиду того, что не был установлен надлежащий контроль финансовой деятельности фондов и страховых медицинских организаций, помимо повышенных расходов на выполнение функций по финансированию и страхованию здравоохранения, проявились грубые нарушения финансовой дисциплины этими структурами. В результате, действующие учреждения, призванные обеспечить медицинское обслуживание населения, были поставлены в тяжелые финансовые условия, вынуждающие их выживать путем развития платных услуг. В публикациях, посвященных анализу функционирования системы ОМС в России, отмечаются следующие характерные виды нарушений:

– не целевое использование средств (нерегламентированные размещения фондами ОМС поступающих средств на ОМС в депозиты и ценные бумаги);

– не полный учет поступающих средств;

– не своевременная оплата счетов ЛПУ;

– не полная оплата счетов ЛПУ;

– не полный учет плательщиков средств на ОМС;

– не полное страхование граждан;

– формирование страховых запасов фондами ОМС (до 19% от собранных средств);

– перечисление средств ОМС в местные бюджеты.

4. Необходимость учета региональных различий в социально-экономических условиях и состоянии здоровья населения по существу трансформировалась в страхование граждан по объему фактически собранных страховых взносов. Банкротство предприятий и сокращение объемов производства в регионах [22] не способствуют укреплению местных бюджетов и, соответственно, бюджетов фондов ОМС. Высокий уровень безработицы в некоторых регионах, старение и инвалидизация населения стали увеличивать бремя расходов региональных и местных бюджетов на страхование неработающего населения.

5. Состояние материально-технической базы российского здравоохранения и объем выделяемых средств на ее развитие до последнего времени не создали условий для развития конкуренции по оказанию бесплатной медицинской помощи. По существу идет конкуренция платной и бесплатной медицины с вытеснением последней. Формирование частной медицинской практики, способной оказывать населению бесплатные медицинские услуги в рамках программы ОМС, ограничивается необходимостью иметь значительный начальный капитал для организации собственного дела, большими налогами на предпринимательскую деятельность, а также большими расходами на приобретение лицензий. Все это привело к высокой стоимости медицинских услуг негосударственных учреждений здравоохранения и ограничению возможности их привлечения к реализации программ ОМС, в условиях низких тарифов медицинских услуг в рамках программ ОМС.

6. В связи с вводом в действие системы ОМС для обеспечения медицинского обслуживания ведется интенсивная работа по созданию нормативов и стандартов медицинской помощи, которые должны служить средством контроля рациональности лечения и целесообразности расходования финансовых средств. Однако полное или частичное разделение функций финансирования, управления и оказания медицинской помощи между независимыми структурами, создает однонаправ-

ленные стимулы для неоправданного увеличения потребления и производства медицинских услуг и, соответственно, роста финансовых расходов на медицинскую помощь. В сложившихся условиях пациент заинтересован в максимальном получении бесплатной медицинской помощи, медицинские учреждения заинтересованы в повышении объема оказанных медицинских услуг для получения повышенного дохода от страховой компании, страховые компании заинтересованы в повышении цен на медицинские услуги, а финансирующие организации (фонды ОМС) добиваются повышения уровня налогов на медицинское страхование.

7. Ненадежность государственных и негосударственных финансовых структур, в том числе и СМО, а также отсутствие надлежащей правовой защиты инвесторов, вызывают недоверие населения к возможности получения надлежащего обслуживания в случае вложения личных средств в добровольное медицинское страхование.

8. Ситуация на рынке лекарственных средств характеризуется слабоуправляемым ростом цен на медикаменты и изделия медицинского назначения, усугубляемым высокими процентными ставками за банковский кредит на приобретение медикаментов, высоким уровнем наценок. Цены в аптеках на один и тот же препарат одной и той же фирмы имеют значительный разброс. Торговые надбавки на лекарственные средства составляет по России от 50% в Центральном регионе до 160% в районах крайнего Севера, а в республике Коми доходили до 500–600% [22,65, 114]. В регионах отсутствует система вертикального подчинения и управления аптечными учреждениями. В государственной и коммерческой аптечной сети образуется дефицит жизненно необходимых медикаментов. Производится бесконтрольное приобретение медикаментов руководителями ЛПУ без учета информации о сложившихся на рынке ценах. Не исключается практика злоупотреблений при размещении заказов на поставку товаров, работ и услуг. В условиях дефицита финансового обеспечения ЛПУ их руководители имеют возможность перераспределять получаемые ими средства со статьи на статью в ущерб жизнеобеспечению учреждений, условий содержания и лечения больных. В большинстве регионов образуются большие задолженности по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно или за неполную стоимость. Высокие цены, снижение уровня государственного контроля в сфере лекарственного обеспечения и падение общего уровня жизни населения привели к снижению доступности наиболее современных и эффективных медикаментов.

9. Сократился размер субсидий на социальные цели со стороны предприятий, организаций и учреждений. Субсидирование в СССР было прямым образом связано с финансированием ведомственных учреждений здравоохранения. Доля этого источника в финансировании отрасли составляла не малую часть в общих расходах на здравоохранение. Во многих странах Восточной Европы с переходной экономикой снижение субсидий компенсировалось соразмерным увеличением государственных расходов. Поскольку в России этого не наблюдалось, сокращение субсидий существенно сказалось на финансовом положении отрасли.

Основным вопросом дискуссии практически во всех структурах государственной власти, а также научных кругах, является достаточность финансовых ресурсов для обеспечения эффективного функционирования национальной системы общественного здравоохранения и обеспечения конституционных гарантий граждан в области охраны здоровья. Финансовое обеспечение прямым образом отражается на состоянии материально-технической базы отрасли, ее кадровом обеспечении, качестве предоставляемых медицинских услуг и в конечном итоге на состоянии здоровья населения.

В настоящее время имеются убедительные данные, свидетельствующие о неустойчивости и недостаточности финансирования российской системы здравоохранения. К ним относятся:

1. Низкий уровень и нестабильность финансирования здравоохранения из общественных источников (см. табл. 1.3)

Таблица 1.3

### **Индекс реальных расходов на здравоохранение относительно года начала реформ\***

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Расходы (% от ВВП)	2,46	3,73	4,04	3,14	3,19	3,24	3,1	2,8	2,81	2,93	3,56	3,37	3,28	3,91
Индекс реальных расходов	100	138,2	133,3	93,3	94,3	100,6	88,7	86,9	92,5	127,7	128,5	118,4	111,5	132,9

2. Существенное сокращение объема средств, направляемых на восстановление основных фондов учреждений здравоохранения, и практически повсеместное неудовлетворительное состояние их материально-технической базы.

\* Данные Минэкономразвития России в сопоставимых ценах.

3. Низкий уровень заработной платы медицинских работников. Средняя заработная плата работников сферы здравоохранения существенно уступает среднему уровню заработной платы по стране и превышает среднюю зарплату лишь в отраслях сельского хозяйства, легкой промышленности, культуры и образования.

Анализируя результаты внедрения модели ОМС в Российской Федерации, разработчики проекта "ЗдравРеформ" отмечали, что переход на модель медицинского страхования не улучшил экономическое положение медицинских учреждений, организацию и качество медицинской помощи [133]. Страховые медицинские организации не уделяют достаточного внимания обоснованности расходов на медицинскую помощь. Они не имеют серьезных рычагов влияния на деятельность отдельных ЛПУ. Они не могут определять наиболее рациональные маршруты движения пациентов, решать вопросы закрытия или реперофилитирования излишнего коечного фонда, выбирать медицинские технологии, оптимальные с точки зрения затратной эффективности. Чаще всего их деятельность сводится к простой передаче средств от ТФ ОМС в ЛПУ. При этом часть и без того ограниченных средств расходуются на финансирование текущих расходов этих организаций. Функционирование многих региональных систем ОМС носит открыто-затратный характер.

Органы управления здравоохранением практически устранились от выполнения функций стратегического и текущего планирования развития отрасли. Местные органы исполнительной власти, контролируя основную часть финансовых ресурсов здравоохранения, далеки от решения этих проблем в силу загруженности и недостатка профессиональных кадров. Децентрализация привела к существенной функциональной, управленческой и финансовой дезинтеграции медицинских учреждений. Стационары и поликлиники действуют сами по себе без должной координации их работы, а также без адекватного управления структурой предоставляемой медицинской помощи и анализа эффективности использования ресурсов.

Следует заметить, что в разработках в рамках проекта "ЗдравРеформ" по развитию российского ОМС, с участием зарубежных партнеров, основной упор делался на совершенствование экономических механизмов в рамках организационной структуры ОМС, включающей фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации. Между тем практика показывает, что в результате нечеткого разграничения функций между органами управления здравоохранением и органами медицинского страхования, нечеткого разграничения полномочий и ответственности за состояние здоровья



населения эффективное функционирование внедренной модели ОМС, соответствующее теоретическим построениям, весьма проблематично. В то же время, например в Великобритании и Германии внедряется модель управляемой медицинской помощи, соответствующая современным представлениям, в которой функции покупателя медицинских услуг выполняют органы управления здравоохранением. Аналогичные эксперименты проводятся в Польше.

Представляется, что в рамках проводимых в РФ мероприятий, ориентированных, прежде всего, на внедрение рыночных отношений в здравоохранении, основной упор делается на формирование экономического интереса вновь созданных структур – фондов ОМС и страховых медицинских организаций, что подчас приводит к ущербу интересов потребителей и производителей медицинских услуг.

Сторонниками внедренной системы ОМС утверждается, что потенциал структурных преобразований в здравоохранении заложен в страховых медицинских организациях. По их мнению, он заключается в следующем:

1. Преимущественно СМО выступают в роли покупателей медицинской помощи на договорных началах. Такое утверждение явно не бесспорно. Альтернативными структурами, выполняющими эту роль, могли бы стать, например, ТФ ОМС и их филиалы, а также привычные для российской системы органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. В настоящее время дискутируется вопрос о передаче этих функций ТФ ОМС, а в ряде регионов такая передача реализована на практике.

2. Страховые компании выступают в роли третьей стороны, поскольку не связаны ведомственными интересами и обязательствами. Отсюда качественно новая роль в контроле качества и управлении ресурсами.

Этот тезис носит условный характер. При договорных отношениях обязательства сторон определяются характером договоров и могут регулироваться установленными процедурами их реализации. В качестве покупателя медицинской помощи, например, ТФ ОМС, их филиалы, а также органы управления здравоохранением также могут заключать договоры с лечебными учреждениями, производящими медицинские услуги, планировать структуру и объемы медицинской помощи. Кроме того, на наш взгляд органы управления здравоохранением располагают большими возможностями для организации межрегионального взаимодействия для оказания медицинской помощи при сложных случаях заболеваний, требующих дорогостоящих медицинских технологий.

3. Только страховщики экономически мотивированы в оптимизации структуры оказания помощи (по крайней мере, при правильной постановке системы ОМС).

Это утверждение чрезмерно категорично. Такая мотивация, но с большей общественной эффективностью, может быть применена и к ТФ ОМС и территориальным органам управления здравоохранением. Если мотивация СМО заключена, прежде всего, в получении дополнительного корпоративного дохода, то в ином случае экономия финансовых ресурсов может быть использована на цели развития регионально-го здравоохранения.

Правомерность высказанного подтверждается и мнениями некоторых идеологов проекта "ЗдравРеформ" о том, что не только страховые медицинские организации, но и органы управления здравоохранением могут выступать в роли информированного покупателя медицинской помощи. Существует много примеров активного поиска ресурсосберегающих форм оказания помощи, осуществляемого местными органами управления здравоохранением, в то время как страховщики уходят от этой проблемы. Дело заключается в понимании сути проблемы и уровне экономической работы, а не в том, кто контролирует деньги.

Современное положение российского здравоохранения вынуждает к поиску новых путей решения экономических проблем. Анализ попыток руководителей учреждений здравоохранения привлечь дополнительные источники финансирования в виде средств от реализации прямых договоров с организациями на дополнительное медицинское обслуживание работающих, различных вариантов взаимозачетов, платных услуг, спонсорства привел к выводам об их малой эффективности в силу низкого платежеспособного спроса основной массы населения и организаций.

Весьма показательными являются данные Счетов Здравоохранения Российской Федерации (табл. 1.4).

Динамика изменения общей структуры расходов на здравоохранение показывает, что сложившаяся система многоканального финансирования изменяется в направлении увеличения доли средств негосударственных источников, прежде всего, за счет домашних хозяйств. К 2000 году доля негосударственных средств в общих расходах на здравоохранение достигла 36,5%. Доля добровольного медицинского страхования в общих расходах на здравоохранение остается незначительной и не превышает 2%. В затратах домашних хозяйств весьма значительными являются расходы на товары медицинского назначения.

Доля расходов внебюджетных фондов в государственных расходах около 25% не соответствует классической модели социального

страхования, согласно которой основным источником поступлений является налог на заработную плату, а роль правительства сводится к выделению относительно небольших субсидий. Во Франции и Нидерландах доля налога на заработную плату составляет около 90% средств общественного здравоохранения, в Германии — 78%, в Бельгии 58 процентов [19].

Таблица 1.4

**Структура расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 1994—1999 гг. \* (в % к общим расходам)\*\***

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Расходы на здравоохранение в РФ в % к ВВП	4,04	3,14	3,19	3,24	3,1	2,8	2,7	2,8	3,1	2,9
Общие расходы на здравоохранение в РФ	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Государственные расходы, в том числе	85,9	78,8	76,9	73,9	67,7	63,5	63,3	62,5	63,2	61,8
Федеральный бюджет	7,6	5,3	5,1	5,5	5,2	4,1	5,1	5,4	5,8	5,8
Консолидированные бюджеты субъектов РФ	53,4	45,9	44,0	43,0	35,1	33,7	35,2	34,3	32,3	31,4
Государственные внебюджетные фонды	24,8	27,6	27,8	25,4	27,4	25,8	23,0	22,8	25,1	24,6
Негосударственные расходы	14,1	21,2	23,1	26,1	32,3	36,5	36,7	37,5	36,8	38,2

В затратах бюджетов субъектов РФ на здравоохранение доля средств, направляемых в фонды ОМС на страхование неработающего населения хотя и имеет тенденцию незначительного увеличения, не превышает 12%. Эти средства составляют лишь около 23% от расходов фондов ОМС. В то же время соотношение неработающего и работающего населения составляет 40/60. Приведенные данные могут рассматриваться как свидетельство того, что органы исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований с одной стороны финан-

\* Работы по составлению СЗ РФ после 1999 г. были приостановлены.

\*\* Таблица составлена автором по данным [112, 124].

сируют медицинские учреждения напрямую, минуя систему ОМС, с другой — происходит явное недофинансирование системы здравоохранения.

Данные Счетов здравоохранения сами по себе не дают ответа на вопрос относительно достаточности средств, выделяемых на цели оказания гарантированной медицинской помощи населению. Они должны быть сопоставлены со стоимостными оценками государственных гарантий.

В 1998 году в целях спецификации государственных гарантий было принято решение о разработке и ежегодном пересмотре Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (далее — ПГГ). ПГГ включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования (БП ОМС), объемы медицинской помощи, подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий предоставление гарантированных объемов медицинской помощи. Правительством РФ установлено, что нормативы объемов медицинской помощи, определяемые ПГГ, являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования.

Одновременно с принятием ПГГ Правительством РФ, Минздравом России и ФФ ОМС по согласованию с Минфином России были утверждены «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью» (далее — Методические рекомендации), которые позволяют расчетно определять нормативные объемы финансирования на реализацию территориальных ПГГ и подушевые нормативы расходов на здравоохранение.

Выполненные в Минэкономразвития России с участием автора [53] в соответствии с Методическими рекомендациями расчеты по оценке финансовых потребностей на реализацию ПГГ и их сопоставление с фактическими оценками расходов на здравоохранение показали, что фактические текущие расходы на оказание медицинской помощи в целом составляют 60-70% от нормативной потребности. Фактические бюджетные расходы в целом составили в 1999 г. 76,0% от нормативной потребности на реализацию ПГГ, а расходы фондов ОМС в целом — 33,2% от расчетной нормативной потребности на финансирование БП ОМС. Полученные оценки показали также, что фактические перечисления в фонды ОМС из бюджетов субъектов РФ на финанси-

вание неработающего населения в целом составляли 17,2% от нормативной потребности. Не изменилось существенно положение и в наши дни.

Приведенные данные говорят о том, что в сложившейся системе российского здравоохранения в целом не обеспечивается ни один норматив финансирования государственных гарантий.

Прогнозные оценки до 2010 года показывают, что сложившееся к 2000 году положение без принятия кардинальных мер будет сохраняться (см. диаграмму 1.1).

Диаграмма 1.1



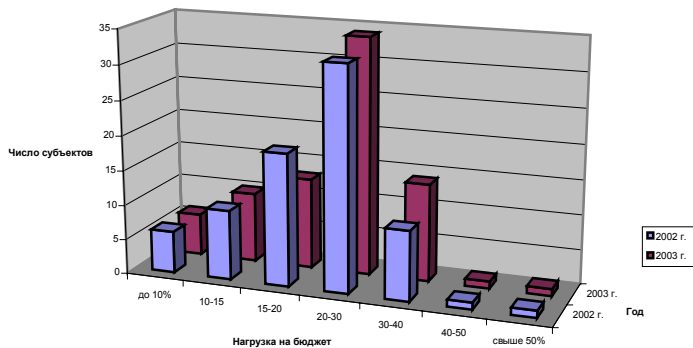
Данные прогноза показали, что реализация Программы госгарантий при существовавшем законодательстве и уровне взносов на ОМС не будет обеспечена финансовыми ресурсами, и будет выполняться с большими отступлениями. Расчеты показали также, что доля расходной части бюджетов субъектов РФ (исходя из объемных нормативов ПТ) на реализацию части программы, финансируемой из бюджета колеблется от 10 до 50%; при этом для большинства регионов она составляет свыше 20 % (см. диаграмму 1.2).

Проблема перечисления средств на страхование неработающего населения из бюджетов субъектов РФ остается наиболее острой. В связи с тем, что норматив взносов на ОМС неработающего населения законодательно не определен, региональные и местные власти произ-

вольно решают вопросы финансирования медицинской помощи этой категории населения. Во многих случаях они предпочитают напрямую финансировать муниципальные ЛПУ.

Диаграмма 1.2.

**Распределение субъектов РФ по соотношению прогнозируемых бюджетных расходов на ПГГ к прогнозируемым доходам бюджетов (%)**



	до 10%	10-15	15-20	20-30	30-40	40-50	свыше 50%
■ 2002 г.	6	10	19	32	10	1	1
■ 2003 г.	6	10	13	34	14	1	1

Приведенные выше оценки не означают, однако, что недофинансирование Программы госгарантий происходит повсеместно. В ряде субъектов РФ со сравнительно высоким уровнем развития экономики, относительно низким уровнем безработицы и высоким официальным уровнем заработной платы работающих параметры нормативного финансирования соблюдаются.

Наименьшая нагрузка на доходы бюджетов субъектов РФ (менее 10%) расходами на реализацию части ПГГ, финансируемой из бюджета, приходится на Тюменскую область, Чукотский А.О., г. Москву Республику Саха (Якутия).

Наибольшая нагрузка на бюджеты субъектов РФ (30 и более процентов) расходами на реализацию части Программы госгарантий, финансируемой из бюджета, приходится на Республику Алтай, Читинскую область, Курганскую область.

Если принять во внимание, что субъектами РФ на здравоохранение в среднем фактически выделяется 14—15% от расходной части, то заложенные в ПГГ механизмы сокращения расходов путем применения

менее дорогостоящих стационарозамещающих технологий не обеспечат приемлемого снижения нагрузки на региональные и местные бюджеты и потребует выделения трансфертов из федерального бюджета. Органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления будут по-прежнему испытывать серьезные финансовые затруднения, а зачастую будут не в состоянии справиться с бременем финансирования здравоохранения.

Приведенные оценки подчеркивают то обстоятельство, что только консолидация и перераспределение финансовых средств не позволят обеспечить нормативные параметры финансирования ПТГ во всех регионах.

К этому следует добавить, что в настоящее время действенные механизмы выравнивания условий финансирования здравоохранения, как по отдельным субъектам РФ, так и в пределах каждого из них не созданы. Централизуемая в ФФ ОМС часть взносов явно недостаточна для поддержки территорий.

Несбалансированность программы ОМС с выделяемыми финансовыми ресурсами стала главной и хронической проблемой российского здравоохранения. Ее решение требует системного рассмотрения путей совершенствования или изменения существующей модели функционирования общественного здравоохранения.

### **1.3. Общественная оценка состояния и проблем системы обязательного медицинского страхования**

Десятилетие перехода здравоохранения Российской Федерации к модели обязательного медицинского страхования (ОМС) в 2002 году было отмечено в среде специалистов широким и конструктивным обсуждением достигнутых результатов, нерешенных задач и путей реформирования здравоохранения.

Отношение к результатам и путям дальнейшего развития отрасли не однозначно как с позиций различных субъектов системы, так и общественного мнения.

По некоторым аспектам результатов реформ и направлениям дальнейших преобразований отмечается определенная согласованность, по другим возникли острые дискуссии, альтернативные оценки и предложения. Сопоставление различных заинтересованных точек зрения, выявление их согласованности и существующих противоречий является важным моментом для выработки эффективной политики

дальнейших преобразований в здравоохранении на основе активной позиции всех субъектов системы.

Заинтересованными сторонами в организации, предоставлении и получении медицинской помощи являются государство, в лице федеральных, субфедеральных и муниципальных органов управления, фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации (СМО), руководители лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) — как организаторы лечебного процесса, медицинские работники — как непосредственные производители медицинских услуг и население. В последнее время законодательно в круг заинтересованных субъектов от лица государства включены налоговые органы, Пенсионный фонд России, казначейства.

Противоречивость интересов обозначенных сторон очевидна и обусловлена их ролями в процессах функционирования и финансирования общественного здравоохранения, производства и потребления населением медицинских услуг.

С одной стороны, государство, в лице его исполнительных и законодательных органов, имея определенные ограничения на выделение ресурсов для выполнения общественных функций, заинтересовано в максимально возможном снижении общественных затрат на цели здравоохранения. С другой стороны, определены государственные гарантии в области охраны здоровья граждан, которые не позволяют государству полностью отказаться от выделения общественных средств на цели бесплатного здравоохранения или сделать совокупные затраты как угодно низкими. Чрезмерно низкий уровень финансирования может привести к неприемлемым и неоправданным, а возможно и невозполнимым потерям, в том числе в обеспечении доступности и качества медицинской помощи. Государство имеет прямой экономический интерес в снижении потребления медицинских услуг и уменьшении общественных затрат за счет улучшения здоровья граждан, снижения частоты и тяжести заболеваний, уменьшения числа хронических заболеваний, снижения инвалидизации, повышения эффективности функционирования системы здравоохранения и качества медицинской помощи.

Производители медицинских услуг заинтересованы в повышении притока средств в сектор здравоохранения. При отсутствии ограничений и неправильно выстроенных стимулах медики могут неоправданно использовать дорогостоящие и затратные технологии оказания медицинской помощи, избыточные и неэффективные с медицинской точки зрения процедуры. При утверждении бюджетов на всех уровнях представители сектора здравоохранения, отстаивая корпоративные ин-