

Каратаев М.М., Парханов А.К.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ОМС

М.М. Karataev, A.K. Parkhanov

SOME ASPECTS OF THE FINANCING HEALTH FACILITIES IN NMR

УДК: 616.085/615.03

В статье рассматриваются некоторые вопросы, касающиеся финансирования лечебно-профилактических организаций в условиях обязательного медицинского страхования.

The article discusses some issues related to financing of health care organizations in terms of compulsory medical insurance.

Известно, что обязательное медицинское страхование не обеспечило выполнения такой своей основополагающей задачи, как обеспечение дополнительного финансирования отрасли. Правда, вот это как раз трудно поставить в вину обязательному медицинскому страхованию. Это не вина, а беда обязательного медицинского страхования (ОМС). Но как бы там, ни было, средства ОМС не стали дополнением бюджетного финансирования. Произошло лишь замещение средствами ОМС части бюджетных средств. На этом фоне трудно согласиться с достаточно распространенным утверждением о том, что средства ОМС позволили не допустить краха финансовой системы здравоохранения, способствуя, по крайней мере, смягчению последствий резкого снижения бюджетного финансирования. Но не стоит забывать, что взносы в фонды ОМС - это часть налоговой системы. Что бы изменилось, если бы эти 2,0% от фонда оплаты труда направлялись сначала в бюджет, а уже оттуда шли на финансирование здравоохранения? А изменилось бы следующее: исчезла бы адресность - эти средства могли не дойти до здравоохранения. Таким образом, в системе ОМС средства сразу идут в здравоохранение, а при бюджетном финансировании благополучие отрасли во многом определяется доброй волей органов власти. Да, все понимают, что не враги здравоохранения сидят в органах власти, но все же мы привыкли считать, что адресность (т.е. ОМС) - это для здравоохранения хорошо, а общий котел (т.е. бюджет) - это плохо. К тому же эта самая адресность обеспечивает вроде бы и выравнивание уровней оказания медицинской помощи по регионам, и стабильность финансирования. Так ли это на самом деле? Выравнивание уровней оказания медицинской помощи по регионам.

В республике до последнего времени сохранялось неравномерное финансирование организаций здравоохранения по регионам, кроме того в ущемленном положении оставались малые города и сельские районы. Для улучшения ситуации в отчетном году начато выравнивание финансирования регионов, введены сельский коэффициент и коэффициент малых городов на эти цели направлены 61,0 и 59,5 млн.сомов.

На рис. 1 приведены минимальные и максимальные значения финансового обеспечения областей средствами ОМС и бюджета здравоохранения в 2006 году на одного жителя и их разброс.

Выравнивание финансирования регионов по Программе государственных гарантий, на 1 жителя, сом



Рис. 1.

В структуре консолидированного бюджета страховые взносы составляют только 23%, тогда как республиканский и местный (Бишкек) бюджет составил около 70% (рис.2).

Таким образом, мы приходим к парадоксальному заключению: обязательное медицинское страхование не только не обеспечивает выравнивание уровней финансирования здравоохранения регионов, но и является главным фактором, увеличивающим этот разрыв. И пресловутая "адресность" системы ОМС, как выясняется,

вовсе не такое уж благо. Равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи. Стоит ли при этом говорить, что равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи в условиях столь разительных различий в уровнях финансирования по регионам в системе ОМС обеспечить невозможно.

Структура консолидированного бюджета Программы государственных гарантий

(за 2008 г.)

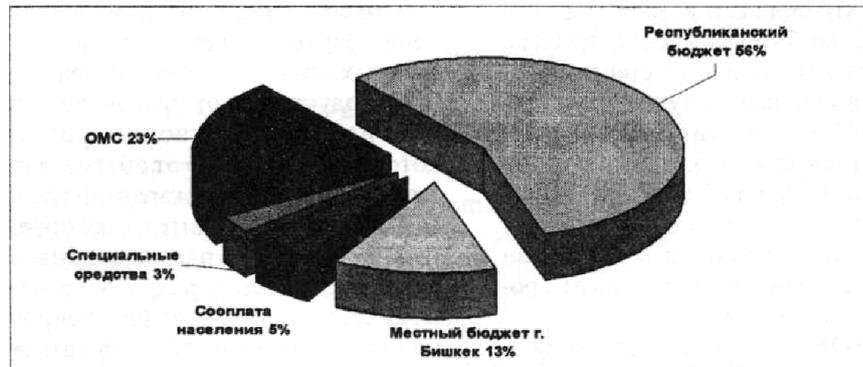


Рис. 2.

В настоящее время бюджеты организаций здравоохранения формируются по прогнозируемому количеству госпитализаций и остаются фиксированными в течение года. Нарастание госпитализаций при фиксированном бюджете приводит к нерациональному использованию и без того недостаточных ресурсов организаций здравоохранения.

Так, по результатам проверок, проведенных Фондом ОМС, выявлено 1003 необоснованных случая госпитализации. Так, например: в Ошской ООБ выявлено 79 случаев необоснованных госпитализаций и 21 случай заполнения двойных КСФ на общую сумму 177,9 тыс. сом; ТБ г. Ош - 94 случая необоснованных госпитализаций и 33 случая заполнения двойных КСФ на общую сумму 131,9 тыс. сом. На данные организации здравоохранения в 2008 г. наложены финансовые санкции на сумму выявленных нарушений.

Таблица 1

Финансирование ОЗ системы Единого плательщика из государственного бюджета за 2007-2008 г., млн.сом

Наименование	2007 г.	2008 г.	темп роста	отклонение + /-
г. Бишкек (респ. ОЗ)	240,0	275,4	114,7%	35,4
Чуй	289,9	300,0	103,5%	10,1
Ыссык-Куль	155,5	171,4	110,2%	15,9
Нарын	134,1	152,2	113,5%	18,1
Талас	85,9	94,8	110,4%	8,9
Джалал-Абад	331,5	373,8	112,8%	42,3
Ош. область	96,2	103,8	107,9%	7,6
г. Ош	382,5	433,1	113,2%	50,6
Баткен	175,3	194,6	111,0%	19,3
Итого (респ. бюджет)	1890,9	2099,1	111,0%	208,2
г. Бишкек (гор. ОЗ)	290,5	504,9	173,8%	214,4
Всего	2181,4	2604,0	119,4%	422,6

Данные таблицы 1 позволяют развенчать еще один достаточно распространенный миф, касающийся системы ОМС. Часто полагают, что средства ОМС (особенно в части платежей за работающее на участие) обеспечивают стабильность финансирования или хотя бы способствуют этому. Казалось бы, это действительно так: ведь предприятия регулярно начисляют заработную плату и, соответственно, производят страховые взносы в фонды ОМС. Однако, во-первых, поскольку доля этих взносов в совокупном финансировании невелика (всего около

1/4 от общей суммы финансирования здравоохранения), то она не в состоянии обеспечить стабильности всей системы финансирования. Во-вторых, и это главное, коэффициент разброса в уровне бюджетного финансирования здравоохранения почти в два раза меньше разброса по страховым взносам предприятий. Не может быть более признана стабильной система ОМС, которая на различных территориях демонстрирует столь показательные различия, намного превосходящие различия в уровнях бюджетного финансирования. Таким

образом, бюджетное финансирование обеспечивает большую стабильность по сравнению с системой ОМС. Это и понятно, бюджет имеет то преимущество, что обладает компенсаторными возможностями: низкий уровень поступлений по одним налогам может в той или иной степени компенсироваться более высокими поступлениями других налогов. Система ОМС (в части страховых взносов за работающих) такой возможности лишена: низкий уровень взносов в фонд ОМС, вызываемый низкими объемами совокупного фонда оплаты труда, не может быть компенсирован ни акцизами, ни местными налогами и сборами, ни чем-то иным, кроме как бюджетными средствами.

Многих в системе ОМС прельщал уход от бюджетного финансирования, как не обеспечивающего необходимых способов финансирования и механизмов стимулирования работы медицинских учреждений.

Кроме того, около 1/3 ресурсов обязательного медицинского страхования напрямую формируются за счет бюджетных средств (страхование неработающего населения).

Так что дело не в источнике средств, а в конкретных механизмах, для использования которых бюджет, кстати, предоставляет достаточно большие возможности.

Здравоохранение, рассматриваемое в широком смысле не только как функция отрасли, но и как общенациональная система мер, направленных на охрану здоровья, предполагает, что заботиться о здоровье должны в первую очередь местные власти, в наибольшей степени, определяющие его состояние - предприятия и сами граждане. С введением обязательного медицинского страхования связывались надежды на определенный прогресс в этом отношении. Оправдались ли они?

Как известно, в настоящее время ни само состояние здоровья работников, ни обуславливающие его производственные факторы (условия труда, экологическая ситуация и т.д.) никак не влияют на размер взносов предприятия в фонд обязательного медицинского страхования. Поэтому система ОМС не стимулирует охрану здоровья работников. Не предполагает она и мер экономической ответственности. Поэтому данные факторы остаются безразличными для предприятий.

Не появилось экономических стимулов следить за своим здоровьем и у самого населения. Более того, людям даже выгодно болеть - ведь они не только ничего не платят за летние, но и получают выплаты по больничным листам. Во всяком случае, с точки зрения заинтересованности в охране здоровья для населения обязательное медицинское страхование не изменило абсолютно ничего по сравнению с бюджетным финансированием здравоохранения.

Несколько по-иному обстоит дело с государством в лице органов государственной власти различных уровней. Не будет преувеличением сказать, что в лице обязательного медицинского страхования

органы исполнительной власти получили уникальную возможность самоустраниться от проблем здравоохранения, сваливая все на недостаточное финансирование со стороны территориальных фондов ОМС.

Объемы финансирования системы здравоохранения. Здравоохранение и здоровье населения неизменно рассматриваются как два весьма существенных продукта, на которые любое общество выделяет те или иные ассигнования, основной функцией которых, не зависимо от объема, является обеспечение конституционных гарантий граждан, касающихся их здоровья. Правительство определенную часть из налоговых поступлений выделяет на здравоохранение. Сегодня сектор здравоохранения Кыргызстана имеет недостаточное финансирование, хотя экономика начинает восстанавливаться. Наряду с этим просматриваются негативные тенденции при распределении бюджетных средств, что не отвечает законам так называемого "эффективного управления". Объемы профилактических мероприятий увеличиваются, а средства на их проведение систематически сокращаются.

Доходная часть бюджета Кыргызской Республики не позволяет поддерживать в образцовом порядке материально-техническую часть сектора здравоохранения. В такой ситуации, когда возможности дополнительного роста доходов бюджета исчерпаны, государству необходимо избавиться от части лечебно-профилактических учреждений, передав их в частную собственность путем разгосударствления сектора здравоохранения. В таком случае оставшаяся часть государственного сектора здравоохранения будет иметь достаточное финансирование, а следовательно, и более высокий уровень медицинского обслуживания. Унаследованная система характеризовалась избыточными мощностями, особенно на стационарном уровне. На это оказали влияние несколько факторов. Прежде всего, метод ассигнования ресурсов поставщикам, обусловленный исходными нормативами (например, количество коек), поощрял расширение физических мощностей. Последствия такой финансовой инициативы составлялись на основе организационной структуры системы здравоохранения.

Для решения проблем, возникших при переходе страны к независимости и созданных экономическим положением, Министерство здравоохранения начало процесс реформирования сектора здравоохранения. Диапазон его широкий: от внесения изменений в клиническую практику до внесения изменений в организацию и финансирование системы. Результаты исследования фокусированы на политике сооплаты населения, введенной в марте 2001 года в Чуйской и Иссык-Кульской областях и входящей в состав более широкой системы "единого плательщика". Так как эти реформы имеют отношение к другим изменениям, необходимо анализировать их в более широком контексте реформирования системы.

Таким образом, необходимость преодоления кризисного состояния здравоохранения и стабилизации показателей общественного здоровья приобретает для республики неотложный характер. В комплексе антикризисных мер исключительно важная роль отводится стационарной помощи. Проведенные исследования показали, что стационарные службы не обеспечивают необходимый объем и уровень качества медицинских услуг, в основе которых лежат следующие причины:

1. Неадекватный уровень управления всей деятельностью стационаров, преемственности и взаимосвязи с другими учреждениями (ЦСМ, ГСВ, АДО).

2. Неудовлетворительное материально-техническое обеспечение стационаров, что не позволяет создать надлежащие условия для оказания медицинских услуг диагностического и лечебного характера высокого качества.

3. Отсутствие четкой организации в плане госпитализации, что является причиной высокого уровня необоснованной госпитализации в обход семейного врача, что дискредитирует принцип семейной медицины.

4. Неудовлетворительная организация передачи исчерпывающей информации пациентам и другим учреждениям, что способствовало увеличению количества больных, обращающихся повторно и "самотеком".

5. Отсутствие стимулов внедрения новых передовых методов диагностической службы и методов автоматизации и информатизации проводимых исследований.

6. Отсутствие полноценной и эффективной внутренней самооценки и мониторинга за объемом, качеством и результатом консультативного и диагностического процесса в целом.

7. Недостаточное использование средних медработников.

8. Недоступность высококвалифицированной консультации как для больного, так и для специалиста.

Главным недостатком стационарной помощи на уровне территориальной больницы (ТБ) является то, что их деятельность в основном сосредоточена на оказании медико-социальных услуг, а не высококачественной медицинской помощи.

Система здравоохранения сегодня не в состоянии обеспечить население общедоступной и высококвалифицированной помощью в связи с возрастающим дефицитом материальных и финансовых средств, оборудования, медикаментов, современных технологий и подготовленных в соответствии с новейшими требованиями кадров. Главным недостатком стационарной помощи является то, что сложившаяся структура не вписывается в рыночные механизмы.

Мировой опыт финансирования здравоохранения свидетельствует о том, что нет ни одной экономически развитой страны, которая не использовала

бы в той или иной форме рыночные, конкурентные страховые модели (методы) финансирования медицинской помощи, предоставление которой гражданам гарантировано государством на бесплатной основе.

Существующая система контроля качества медицинских услуг приводит неизбежному антагонизму между управленческим аппаратом и исполнителями. Лечащие врачи приспосабливаются под контролеров, а руководство ЛПУ не в состоянии контролировать лечебно-диагностический процесс. Большое количество субъектов вневедомственного контроля ведет к отсутствию четкого разграничения их функций и, как следствие, к их дублированию. Во всем цивилизованном мире недопустимым считается наложение штрафных санкций страховыми медицинскими организациями на лечебно-профилактические учреждения, что в конечном итоге приводит к ухудшению качества медицинской помощи (КМП). К тому же, требуя от лечебно-профилактических организаций гарантий КМП, страховщики не обеспечивают гарантий адекватного (а не от крайне недостаточного по факту) финансирования медицинских услуг. Эффект от инспекционного контроля КМП остается низким, выявляется не более 5% дефектов в лечении и диагностике пациентов, да и то постфактум.

Суть экономических взаимоотношений между медицинскими учреждениями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования при медицинском страховании строится на противоречии их интересов, что должно найти отражение в снижении затратности отрасли. Амбулаторное лечение обходится дешевле стационарного и вполне естественно, что территориальные управления фонда ОМС должны быть заинтересованы в сокращении объемов госпитализации. Напротив, лечебно-профилактические организации, как правило, заинтересованы в увеличении объемов стационарной помощи: стационары - для зарабатывания средств, а амбулаторно-поликлинические - для того, чтобы не связываться с лечением наиболее тяжелых заболеваний (особенно при подушевом или сметном финансировании амбулаторной службы). Конфликт интересов должен ставить барьер на пути необоснованной госпитализации.

Однако ужесточение контроля за использованием средств ОМС привело к тому, что они потеряли заинтересованность в рациональном использовании средств. Поэтому страховые фонды нередко не только не имеют стимулов к контролю за рациональным использованием средств, но и зачастую предлагают руководителям медицинских учреждений заниматься прямыми приписками (естественно, отнюдь не бескорыстно).

В ряде случаев страховые фонды выполняют по сути функции кассиров - даже не расчетных центров. Функции расчетных центров (занимающихся в том числе и проверкой выставляемых счетов) зачастую

выполняют специальные органы при территориальном фонде ОМС.

Экспертиза качества оказания более 60 тыс. предоставленных медицинских услуг на соответствие действующим стандартам выявила, что количество дефектов в обследовании составило 7% (2007 г. - 9,5%), лечении - до 11,5% (2007 г.-12,9), уменьшился уровень госпитализации больных с заболеваниями, регулируемые на первичном уровне. Так, уровень госпитализации больных бронхиальной астмой снизился с 44,4% до 38,1%, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки - с 32,5% до 28,8%, с гипертонической болезнью- с 14,5% до 13,6%.

Быть может, благодаря ОМС удалось уйти от налогового характера сбора средств для финансирования здравоохранения, заменив его более эффективным или социально более справедливым механизмом? Отнюдь. Во-первых, от налогов мы никуда не ушли - в соответствии с действующим законодательством взносы в государственные социальные внебюджетные фонды относятся к республиканским налогам и сборам. Во-вторых, вряд ли кому-то удастся однозначно доказать, что существующий механизм внесения предприятиями взносов в фонд ОМС более эффективен и социально более справедлив, нежели уплата налога на прибыль, налога на добавленную стоимость и т.д. В-третьих, значительная часть средств ОМС по-прежнему поступает через бюджет, формируемый на традиционной налоговой основе (страхование пенсионеров, детей, официально зарегистрированных безработных и т.д.).

Мы не случайно в начале статьи упомянули о том, что систему ОМС необходимо сравнивать с предшествующей системой финансирования здравоохранения. Так вот, при бюджетном сметном финансировании у медицинских учреждений вообще не

было стимула увеличивать госпитализацию и, хотя проблема необоснованной госпитализации существовала, она была обусловлена не экономическими причинами, а организационными и социальными. В какой-то мере это была проблема гуманизма - хотя часто было ясно, что человека можно лечить и амбулаторно, но считалось, что в стационаре качество оказания медицинской помощи выше, к тому же обеспечивается бесплатное питание. Система же ОМС сначала создала для медицинских учреждений материальный стимул увеличения госпитализации, а затем запустила механизм противодействия этому. Но, к сожалению, стимулы, направленные на госпитализацию, работают хорошо, а вот механизм противодействия пробуксовывает.

Как видим, обязательное медицинское страхование далеко не всегда может обеспечить возможности оптимального развития медицинских организаций, поскольку не учитывает главного - реальной потребности в медицинской помощи. Структура медицинских учреждений (специализация подразделений, мощности и т.д.) и основные направления их деятельности в условиях ОМС ориентируются не на заболеваемость, не на потребность населения в медицинской помощи, а на зарабатывание средств, на получение максимального размера финансирования. Правда, предполагается, что сам объем финансирования определяется уровнем потребности в медицинской помощи: при оплате за оказанные услуги - посещаемостью или количеством законченных случаев и т.д., а при среднелюдном финансировании - численностью населения и его половозрастными характеристиками. Однако все это опосредованные факторы, не всегда точно учитывающие истинную потребность в структуре и объемах медицинской помощи.

Рецензент: д.м.н., профессор Абилов Б.А.