СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ НА ПУТИ ОТ ЗАМЫСЛА ДО ЦЕЛИ: УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Фельдман М. А.

доктор исторических наук, профессор, профессор кафедры государственного управления и политических технологий Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Россия), 620990, Россия, г. Екатеринбург, ул. 8 марта, д. 66, mikhail.feldman@uapa.ru

УДК 614(470)
ББК 51.1(2Рос)

Цель. Статья посвящена проблеме становления российской страховой модели здравоохранения. Выявлены главные трудности на пути взаимодействия социальной защиты и социального страхования в медицине.

Методы. Из общенаучных методов главными стали дедуктивный и индуктивный метод, логический, анализ и синтез, использовался также сравнительный, кросснациональный анализ.

Результаты. Автор раскрывает основные направления реформирования системы здравоохранения: конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи; стандартизация медицинской помощи; инновационное развитие здравоохранения; модернизация системы финансового обеспечения оказания медицинской помощи; информатизация здравоохранения.

Ключевые слова: страховая модель, медицина, здравоохранение, система, социальная защита, помощь, расходы, бюджет, профилактика заболеваний.

INSURANCE HEALTH MODEL IN RUSSIA ON THE PATH FROM IDEA TO GOAL: MANAGERIAL ASPECTS

Feldman M. A.

Doctor of Science (History), Professor, Professor of the Department of Public Administration and Political Technologies of the Urals Institute of Management – Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, (Russia), 66, 8 Marta str., Ekaterinburg, Russia, 620990, mikhail.feldman@uapa.ru

Purpose. The article deals with the problem of formation of the Russian insurance health-care model. The author identified the main obstacles on the way of interaction between social protection and social insurance medicine.

Methods. Among the general scientific methods, the main ones are deductive and inductive method, logical method, analysis and synthesis, comparative, cross-national analysis was used too.

Results. The author reveals the main directions of reforming the health system: refining the state guarantees for free medical care; standardization of medical care; innovative health promotion; modernization of the system of the financial providing of medical assistance; computerization of healthcare.

Key words: insurance model, medicine, health care, social protection, assistance, costs, budget, prevention of diseases.

© Фельдман М. А., 2015

В середине сентября 2013 г. Левада-Центр опубликовал результаты опроса россиян по вопросу степени удовлетворенности граждан системой отечественного здравоохранения. Удовлетворенную оценку дали только 23 % респондентов (суммированы варианты: «определенно нет» и «скорее нет») [1, с. 13].

Если говорить о сфере здравоохранения в целом, то невысокие оценки ей сегодня выставляет не только население, но и руководство страны. В своем ежегодном послании Федеральному Собранию в декабре 2013 г. Владимир Путин отмечал, что система здравоохранения России ***далека от необходимых показателей,***

и сегодня не на должном уровне обеспечены гарантии оказания медицинской помощи. По мнению президента, акцент должен быть сделан на профилактику заболеваний, а именно на более активную работу на уровне муниципального здравоохранения, а также на выявление болезней на ранних стадиях [2].

Неэффективность системы российского здравохранения была отмечена в начале 2014 г. и председателем Совета Федерации Валентиной Матвиенко, назвавшей систему здравоохранения ***«черной дырой» для бюджета***, причем проблема с выделением денежных средств на здравоохранение обострена на региональном уровне. Объем дефицита региональных госпрограмм по гарантиям оказания медицинской помощи в 2013 г. составил 164 миллиардов рублей» [3].По оценке председателя ФОМС Н. Стадниченко, в 2015 г. даже номинальные доходы бюджета фонда в части страховых взносов на работающих сокращаются на 23,7 млрд руб., это 1,5 % расходов [4]. По расчетам специалистов, бюджетных средств на бесплатную медицинскую помощь в 2015 г. не хватит на 30 %, чтобы покрыть необходимые расходы» [5].

Справедливость подобных критических высказываний не противоречит тому факту, что за последние годы, благодаря принятым мерам по модернизации медицинских учреждений, произошло заметное улучшение ряда показателей здравоохранения РФ, прежде всего, *выход на уровень 1990* г. по такому важному индикатору как «продолжительность жизни».

Исходя из неизбежной конкуренции систем здравоохранения в европейском пространстве, статистика состояния заболеваний и смертности в нашей стране продолжает вызывать тревогу. Например, около трети умершихв России, а это примерно 650 тыс. чел. в год, составляют трудоспособные – такой показатель втрое выше, чем в РКС» [6,с. 22].

Это свидетельствует о ***несвоевременности проведения диагностики и необеспеченности нуждающихся необходимой помощью***. Характерно, что РФ находится в числе лидеров по количеству ВИЧ-инициированных и онкологических больных. По оценке экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), экономические потери только от смертности вследствии кардиологических заболеваний, инсульта и диабета в России на порядок превышают аналогичные показатели в Великобритании и Канаде (соответственно (1 % и 0,1 % ВВП)» [6, с. 23].

При сохранении прежнего уровня смертности от болезней системы кровообращения потери государственной казны составят в 2015 г. более **5 %** ВВП» [7] – цифра, заметим, *сопоставимая с потерями от введения антироссийских санкций и падения цен на нефть*.

Столь неблагоприятную медико-демиграфическую ситуацию в стране эксперты объясняют рядом причин:

Таблица 1. **Динамика показателей здравоохранения РФ в 1990–2013 гг.**

Показатель	Годы				
	1990	**2000**	**2008**	**2010**	**2013**
Смертность на 1000 чел.	11,2	15,3	14,8	14,3	13,1
Заболеваемость на 1000 чел.	1069,8	1314,4	1561,5	1582	1612
В том числе с диагнозом, установленным впервые	651	730,5	772		800
Продолжительность жизни	69,2	65,3	67,9		70

Источник: В. Роик. ОМС в России: институциональное становление // Человек и труд. 2013. № 11–12. С. 22; Об итогах работы минздрава РФ за 2013 г. и задачах на 2014 г. // rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/020/221/original/

неудовлетворительное развитие социальной и экологичской сферы; состоянием сети лечебно-профилактических учреждений; но прежде всего, это связано с недостаточным уровнем расходов на здравоохранение, и как следствие, с невысокой технической оснащенностью медицинских учреждений. Так в 2011 г. в России на здравоохранение было затрачено 3**,7 %** ВВП, тогда как в Евросоюзе (в среднем) – **7,2** %. К сожалению, за 15 лет (1997–2011 гг.) этот показатель остался фактически неизменным, даже с учетом удвоении соответствующих затрат Федерального бюджета в 2008–2011 г. В последние годы, доля совокупных государственных расходов на здравоохранение не растет, а сокращается: с 3,6 % в ВВП в 2013 г. до 3,4 % в 2014 г. [8, с. 9].

Аналогичная тенденция прослеживается и в консолидированном бюджете РФ, где доля расходов на здравоохранение за 2005–2012 гг. уменьшилась с 11,7 % до 10,8 %. [9, с. 4].

Сопоставление объема трат ФОМСа в 2014 г. и медуслуг, оплаченных населением, показывает: примерно пятую часть расходов оплачивают сами граждане [5]. По другим оценкам специалистов, непосредственные расходы населения на *медицинские услуги и лекарства* составили (данные 2010 г.) четыре пятых от величины государственных расходов на здравоохранение [10, с. 123]. Столь масштабное расхождение показателей можно объяснить скорее слабой изученностью вопроса.

Как результат, в России продолжительность лечения в стационарах составляет в среднем 13 дней, тогда как в РКС – 6–7 дней. Продолжительность жизни

хронического больного соответственно в России составляет 7 лет, а в РКС – 20 лет. [11, с. 98–99].

Среди многих причин отметим и нехватку медицинских работников. Так, в Свердловской области в 2012 г. не хватало до 40 % врачей от штатной численности [12].

Недопустимость сохранения подобной ситуации осознавалось руководством страны. Разработанная в 2009 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ, долговременная «**Концепция развития здравоохранения России до 2020 г**.» [13] следующим образом определяла основную цель государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года: формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Главная целью концепции провозглашалось ***обеспечение население бесплатной, гарантированной государством, качественной медицинской помощью,*** основанной на применении современных технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена в соответствии с принципами доказательной медицины.

Основными задачами Концепции были названы: финансирование здравоохранения к 2020 г. выше рубежа в 5 % от ВВП; остановка убыли населения к 2011 г. и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 г.; увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет; снижение общего коэффициента смертности до 10 (общий коэффициент смертности — это число умерших от всех причин на 1000 человек в год); формирование здорового образа жизни населения.

Стратегия социально-экономического развития Свердловской области на период до 2020 г. уточняет некоторые плановые показатели в этой сфере: достижение средней продолжительности жизни до 75 лет (в 2005 г.–63,2); снижение уровня смертности (на 1000 чел.) с 16,6 в 2005 г. до 12,2 в 2020 г.; повышение рождаемости с 10,5 в 2005 г. до 12,2 в 2020 г. [14].

Выделим основные направления реализации Концепции:

1) конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

2) стандартизация медицинской помощи;

3) инновационное развитие здравоохранения;

4) модернизация системы финансового обеспечения оказания медицинской помощи;

5) информатизация здравоохранения.

Концепция и новые страховые законы сформулировала принципы новой модели здравоохранения, нацеленной на приоритет сохранения здоровья человека, приоритет профилактических мер по недопущения болезней, а не лечения запущенных болезней. Суть документа (Концепции) можно выразить так: переход к модели здравоохранения, ориентированной на потребности человека и профилактику его здоровья; модели, основанной на программах государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, осуществляемых через систему обязательного медицинского страхования; на оплате труда медиков по конечному результату.

На **первом этапе** реализации Концепции (2009–2015 гг.) предполагались: конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; переход на преимущественно одноканальную модель финансирования медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования на принципиально иной, всеобщей основе (этот важной инструмент реализации Концепции, в соответствии с основными положениями федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вступил в силу с 1.1. 2011 г.). Можно выделить в свою очередь основной инструмент реализации закона − разработку стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. **N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**, статьей № 10 «Доступность и качество медицинской помощи» [15] *доступность и качество* медицинской помощи обеспечиваются:

1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;

3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения, исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

Если до принятия страховых законов, по которым будут оцениваться эффективность работы медицинских учреждений оценивалась по 16 критериям доступности и качества, то с 2011 г. – по 26 [16].

В целом эксперты положительно отзываются о новых законах (ФЗ-№ 323 и (ФЗ-№ 326) поскольку теперь центральным звеном системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) является человек. Согласно закона, пациентам (из числа работающих граждан) предоставлено право самостоятельно выбирать страховую медицинскую организацию (СМО), лечебное учреждение и врача, правда, при условии, что учреждение или врач согласятся на прикрепление пациента. Характеризируя новый закон, Т. Голикова (министр здравохранения и социального развития РФ в 2007–2012 гг.) заявила: «Мы переходим к **конкурентной модели**, в которой на первый план выходят пациент и качество медпомощи» [17].

Реализация программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи должна осуществляться через систему обязательного медицинского страхования, (включая лекарственное обеспечение граждан), на основе медико-экономических стандартов. **Таким образом, в основе новой модели здравоохранения России должны быть заложены страховые принципы.**

При этом развитие системы предоставления медико-социальной помощи, в том числе помощи, оказываемой пожилому населению на дому, предполагает координацию взаимодействия здравоохранения с ***системой социальной защиты*; в частности,** повышение роли и расширение функций среднего персонала при оказании медицинской помощи лицам старшего возраста.

Подведем черту: развитие здравоохранения предполагает оказание услуг через **систему социальной защиты и систему социального страхования**. Ключевым вопросом в такой ситуации становится проблема разграничения функций каждой из систем.

Программа РФ « Развитие здравоохранения» на 2013–2020 г., утвержденная Постановлением правительства РФ 21 ноября 2010 № 1950-р, конкретизировала содержание Концепции. В апреле 2014 г. была принята *новая редакция* Программы РФ « Развитие здравоохранения на 2013–2020 гг.». При сохранении в Программе основных показателей роста, существенным изменением стало *сокращение ассигнований* из федерального бюджета на период 2013–2020 гг. с 2,7 трлн. рублей до 2, 45 трлн. рублей [7].

Подобные меры явно противоречат стратегии «Концепция развития здравоохранения России до 2020 г.». Тем не менее, Программа РФ « Развитие здравоохранения» на 2013–2020 гг. *при более эффективном использовании инструментов регулирования* позволяет совершить определенный шаг вперед на пути модернизации отрасли.

Как уже отмечалось, с 1 января 2011 г. вступил в силу закон № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [15], изменивший систему финансирования отрасли: так в частности, произошло увеличение с 2011 г. ставки обязательного медицинского страхования с 3,1 % **до 5,1** % – т.е. более чем в полтора раза. Это решение согласовано с работодателями, с российским бизнесом и, естественно, связано с сегодняшней ситуацией в экономике. Следует помнить, что в РКС (странах с государственным обязательным медицинским страхованием) взносы составляют более **10 %** от фонда оплаты труда (в РФ 5,1 %), не зависят от размера дохода и, чаще всего, в равной мере распределяются между работодателем и работником [18,с. 100].

Понятно, что увеличение финансирования (с 2011 г. ставки обязательного медицинского страхования с 3,1 процента до 5,1 процента) означает **рост расходов примерно в 1,6 раза**, что для здравоохранения будет, конечно, существенным подспорьем; с учетом ранее принятых государством мер, расходы на финансирование программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи из федерального бюджета с 2006 г. по 2013 г. увеличились в 2,9 раза, правда, без учета инфляции.

С 2013 г. деньги на финансирование госзаказа (количество больных пролеченных по госпрограмме оказания медпомощи) стали выделяться из Федерального фонда ОМС. Но тариф покрывал только пять статей затрат; государственные клиники недостающие деньги покрывали из бюджета субъекта или бюджета муниципальных образований. При этом у частных клиник компенсировалось только 25–30 % затрат. С 2013 г. деньги стали приходить из Федерального фонда ОМС только по количеству застрахованных больных.

К плюсам формирования элементов нового страхового пространства (на основе ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном страховом медицинском страховании в РФ») следует отнести:

- право гражданина самостоятельно (ежегодно с 1 по 10 ноября) выбирать страховую медицинскую организацию в рамках оказания бесплатной

медицинской помощи. В зависимости от того, сколько застрахованных лиц прикрепилось к той или иной страховой медицинской организации, столько денежных средств и выделит ей территориальный фонд медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий населению [6];

• право каждого гражданина на получение информации, имеющейся в медицинском учреждении (копии соответствующих документов), о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследований, наличии заболеваний, их диагнозе и прогнозах развития, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского лечения, а также результатах проведенного лечения. Таким образом, возможно на основании этих данных подвергнуть сомнению результаты диагностики, проконсультироваться у других специалистов [6].

К настоящему времени ***утверждены стандарты оказания медицинской помощи по заболеваниям***. Как правило, разработанные стандарты включают перечни оказываемых медицинских услуг, примерный срок оказания медицинской помощи; вид организации, в которой должна оказываться медицинская помощь, ожидаемые результаты. Но указанный процесс шел явно замедленными темпами: медико-санитарные стандарты, обязательные для всех медицинских учреждений с 2013 г., в том же 2013 г. имелись лишь в 19 регионах России [6]. Между тем, работа по внедрению медико-санитарных стандартов оказания медицинских бесплатных услуг должна завершиться в 2015 г.

Кроме того, если сравнить **планируемый объем средств** на 2020 г. по обеспечению бесплатных медицинских услуг – 30400 рублей – рассматриваемое как стоимость минимального стандарта необходимых медицинских услуг, *реальное наполнение 2012 г. (7 633,4 рубля) составляло менее четверти необходимого*.

Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. N 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.» [19] прописаны нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средние подушевые нормативы финансирования. В 2013 г. они составят на каждого гражданина 9032,5 руб., в 2014 г. – 10294, 4 – в 2015 г. 12 096, 7 руб. (*сюда не входят средства на целевые программы*). Получается, что государственные гарантии бесплатной медицинской помощи профинансированы лишь частично [20].

Таким образом, тарифы далеко не всегда покрывают все обоснованные расходы медучреждений. Не менее важно и то, что, «в системе ОМС сейчас действуют *искусственные тарифы,* которые ничем не обоснованы, а нарисованы в зависимости от уровня бюджетного финансирования. Приведение тарифов в соответствие с реальной стоимостью медицинских услуг – еще один неизбежный вопрос, который необходимо решать» [21, с. 35]. Сокращение финансирования здравоохранения в 2014 − 2015 гг. только обостряет ситуацию. Сомнителен и размер оплачиваемого бюджетом времени приема врачом одного пациента – 12 мин.

Тем не менее, даже первые шаги по внедрению элементов страховой модели дали определенные положительные результаты. Выборка свыше 90 тысяч человек из всех регионов в 2015 г. показала существенное повышение удовлетворенности оказанием медпомощи и здравоохранением. Показатель 40,4 % – на 10,5 % выше, чем в 2006 г., и на 5 % выше, чем в 2012-м. При этом очень велика разница между регионами, максимальный показатель – 61,5 %, а минимальный – 23 % [22].

Как отмечают специалисты, в законе об ОМС имеются правовые лакуны: например, отсутствуют конкретные правовые механизмы привлечения к ответственности страховой организации, а также Фонда ОМС в случае причинения застрахованному лицу вреда в результате неисполнения или ненадлежащего исполнения ими своих обязанностей [6].

Существенное отставание в формировании института ОМС во многом обусловлено тем, что до сих пор не определены:

• объемы и стандарты государственных гарантий населению, обеспечиваемых медицинским страхованием; фактически отсутствуют механизмы обратной связи между застрахованными гражданами и структурами ОМС; не сформированы *независимые экспертные службы по оценке качества предоставляемых страховых услуг*;

• не сформированы страховые механизмы для конкретных групп населения (работающие и неработающие граждане, пенсионеры, группы с высокими и низкими уровнями риска заболевания) а также в территориальном аспекте (в результате невозможно увязать в приемлимых пропорциях размеры страховых взносов и объемы получаемой медицинской помощи);

• не сформированы проритетные программы и не определены финансовые источники для создания страховой инфраструктуры оценки рисков заболеваний по их видам (нозологии), возрастным группам и в территориальном разрезе;

• в процессе разработки находится государственная программа создания *сети центров ранней диагностики хронических и профессиональных заболеваний*.

В декабре 2013 г. Владимир Путин, констатировал на заседании Госсовета, что страховые медицинские организации (СМО), на которые возложена эта функция, «в основном являются лишь посредниками

при передаче финансовых средств, не мотивированы на повышение качества медпомощи и практически не несут за нее никакой ответственности» [2].

Система ОМС не справляется с социальной функцией, на нее возложенной. Одна из задач страховых медицинских оранизациях (СМО) заключается в том, чтобы человек мог по шкале объективных показателей определить качество оказанной ему медицинской помощи. Дает ли бращение к СМО, по ожидаемый эффект? Судя по незначительному числу обратившихся в страховые компании – скорее нет. По данным председателя ФОМС РФ Н. Стадченко, в 2014 г. от граждан было подано порядка 47 тыс. жалоб на работу медицинских организаций, из них в досудебном порядке было разрешено 26,7 тыс. спорных случаев, в том числе с материальным возмещением на сумму 15 млн руб., средняя сумма — 560 рублей. (Для сравнения в 2012 г. в страховые компании и территориальные фонды поступило **44,3 тыс. жалоб** пациентов, из которых 24,7 тысячи признаны обоснованными). Как видно, число жалоб в 2012− 2014 гг. стабилизировалось. Но поверить в то, что эти цифры отражают реальное состояние здравоохранения, сложно. В 2010–2014 гг. уровнем оказания бесплатной медицинской помощи, было довольно ***34–40 % пациентов***. [1,с. 13].

Другими словами, отсутствует центральный элемент медицинского страхования – публично-правовые механизмы соблюдения прав застрахованных [1,с. 13].

Задача страховых компаний, работающих в системе ОМС − помогать людям решать проблемы в досудебном или судебном порядке. Возможно, куда более важная функция страховщика — консультировать клиентов по любым вопросам, касающимся медицинской помощи. По-прежнему, огромное количество проблем не доходят до тех, кто может дать квалифицированный ответ [1,с. 14].

Если говорить о судебной практике, то в 2014 г. в целом по Российской Федерации в судебном порядке было рассмотрено 360 исковых заявлений, из них судами было удовлетворено 223 иска на общую сумму 67 млн руб. [4].

Сегодня в СМО созданы структурные подразделения по защите прав застрахованных, почти во всех есть круглосуточные диспетчерские службы правовой поддержки, онлайн-консультанты. Вместе с тем, штаты структурных подразделений по защите прав застрахованных в СМО минимальны.

Мы рассмотрели ход реализации Концепции развития здравоохранения России до 2020 г. на ее первом этапе (2009–2015 гг.), выявив предварительные позитивные и негативные результаты. Однако при всей важности обсуждаемы проблем, с точки зрения становления страховой модели здравоохранения, они носят все-таки *вторичный характер*.

Вне поля внимания исследователей, общества в целом, остается ключевой вопрос внедрения в РФ страховой модели здравоохранения: проблема разграничения функций системы социальной защиты и системы социального страхования.

При всем различии моделей здравоохранения в современном мире, общим принципом в развитых странах планеты является то, что практика предоставления государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется в рамках *системы социальной защиты.* При этом объем конкретных социальных гарантий зависит в каждой стране от многих факторов (например, от социальных стандартов Европейского союза) и направлен на обеспечение равного доступа *к определенному набору наиболее важных медицинских услуг,* особенно в случае угрозы жизни пациента. Это означает, что затраты на лечение идут не из кармана граждан, а завуалированно через налоговую систему и общий бюджет.

Система медицинского социального страхования нацелена на ***качественно более высокую степень оказания медицинских услуг.*** Страховая система здравоохранения наиболее распространена в мире. Обязательное медицинское страхование не обеспечивает 100 % потребности застрахованных в медицинской помощи: часть расходов оплачивает сам застрахованный, либо за него платит предприятие, благотворительный фонд и пр. Вследствие этого обстоятельства система здравоохранения в тех странах, где существует такой механизм, названа страховой медициной.

Типичен опыт медицинского страхования в Германии. В случае болезни медицинская помощь оказывается бесплатно для застрахованных и членов их семей. Средний страховой взнос составляет 6,5 % от заработной платы работника, столько же платит и работодатель. Финансирование здравоохранения Германии обеспечивается на 60 % за счет фондов обязательного медицинского страхования, на 10 % — за счет добровольного медицинского страхования, на 15 % — из средств государственного бюджета. Еще 15 % дополнительно оплачивает пациент. Обязательным медицинским страхованием охвачено 90 % населения, остальные 10 % пользуются добровольным медицинским страхованием. Существует балльная система цен на медицинские услуги. Сумма баллов на каждый вид медицинских услуг фиксирована и представлена в справочнике. Цена балла меняется в соответствии с конъюнктурой рынка медицинских услуг [23].

Как видно, система обязательного медицинского страхования в России принципиально отлична от мировой практики медицинского страхования *по целям; формам и масштабам финансирования; публично-правовым механизмам соблюдения прав застрахованных граждан; организации оплаты врачей*.

На пути внедрения страховой модели медицинского страхования стоит и сохранение теневой экономики, поскольку средства страховых компаний должны были формироваться из двух легальных и прозрачных источников: страховые взносы работников и работодателей, пропорциональных фонду оплаты труда, а также страхование неработающего населения, осуществляемого из государственных бюджетов. В современной России средства страховых компаний длительное время формировались преимущественно из региональных бюджетов, а не из отчислений с фонда заработной платы [10,с. 122].

Отталкиваясь от уже приводимых слов президента – «страховые медицинские организации в основном являются лишь посредниками при передаче финансовых средств » − можно сделать вывод о том, что система обязательного медицинского страхования в России в настоящее время представляет собой *видоизменный вариант все того же бюжетного финансирования, выполняющий задачи системы социальной защиты* и дополненный отдельными элементами социального страхования, наиболее полно представленных в корпоративной медицине.

Однако масштаб работников, охваченных корпоративной страховой медициной невелик, и не сравним, например, с США, около 60 % граждан США имеют страховку, спонсируемую работодателем, и только 9 % американцев приобретают ее лично. В 2008 году более 95 % работодателей США со штатом более 50 человек предлагали своим работникам частную страховку. Сегодня в США принимаются активные меры, чтобы стимулировать работодателей покупать медицинскую страховку сотрудникам, а с 1 января 2014 года, согласно Акту о доступной медицинской помощи, предприятиям со штатом более 50 человек придется платить дополнительно по 2 000 долларов налога, если они не будут страховать свой персонал [24].

Внедрение подлинно страховой модели медицинского страхования не должно выступать самоцелью. Во-первых, во всех развитых странах прослеживается сочетание бюджетного, частного и страхового финансирования здравоохранения. Во-вторых, страховая модель медицинского страхования может стать реальностью только при реформировании всей социальной политики, прежде всего, *введении прогрессивного подоходного налога* − ведущего инструмента пополнения бюджетных средств [25], необходимых для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Составной частью такого реформирования должно стать введение современной структуры социальных взносов по примеру РКС, идущих на профилактику и лечение заболеваний *по среднему уровню стандартов* медицинского обслуживания. Конкретно, для выхода на средний уровень стран с государственным обязательным медицинским страхованием, указанные взносы должны составлять не менее 10 % от фонда оплаты труда. Удвоение социальных взносов, адресованных защите от заболеваний, распространение социальных вычетов на зарплату работников – трудно назвать популярными мерами. Такие шаги возможны не только при увеличении размера зарплат большинства граждан, включая оплату труда медработников по конечному результату, но и при максимально широком диалоге власти, предпринимателей и работников.

Важнейшим направлением при формировании заинтересованности работающего населения в обязательном медстраховании должно стать формирование обоснованного и прозрачного механизма по установлению зависимости между величиной уплачиваемых страховых взносов и объемов предоставляемых медицинских услуг на протяжении длительных периодов жизнедеятельности застрахованных лиц.

Еще одним крупным вопросом финансового обеспечения медицинского страхования является проблема выравнивания уровня страхования в различных регионах страны.

Для решения последней задачи требуется не так уж много средств – ***всего 1,5 % от фонда оплаты труда***, что позволит Федеральному фонду ОМС обеспечить выравнивание условий финансирования базовой программы ОМС во всех субъектах Федерации [6,с. 25].

Кроме того, одной из проблем реализации закона является проблема свободы выбора врача по новому правилу. Очевидно, что пациент будет стремиться сделать свой выбор на поиске высококвалифицированной медицинской помощи. Поэтому в нормативных документах должны были быть определены официальные процедуры оценки качества работы специалистов.

Важное значение имеют и такие управленческие рычаги, как: **критерии эффективности выполнения программ и подпрограмм**. Критериями эффективности системы здравоохранения для населения являются доступность и качество медицинских услуг; снижение порога заболеваемости на уровне показателей; увеличение продолжительности жизни.

Критерии эффективности системы здравоохранения для органов власти: возможность и сроки получения качественной медицинской услуги сопоставимые с лучшими показателями в РФ; показатель положительноых оценок населением, не ниже индикаторов, обозначенных в Указе Президента № 601; доля пациентов, предпочитающих лечение в региональных больницах и поликлиниках, выше среднероссийских показателей.

Вопросы здравоохранения должны быть в центре внимания институтов гражданского общества, в частности Общественной палаты области и Общественных палат в муниципальных образованиях. Все материалы Министерства здравоохранения области, управлений здравоохранения в муниципальных образованиях,

Областного Фонда медицинского страхования должны быть доступными и прозрачными, сопровожаться аналитическими материалами. Должны быть задействованы все формы взаимодействия органов власти и населения в сфере здравоохранения, прежде всего, механизм обратной связи.

Литература:

1. Белоусов А. На что жалуетесь? // Эксперт-Урал. 2013. № 41. С. 12–16.
2. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 22 декабря 2013 г. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. Сенаторы хотят исправить ситуацию в здравоохранении [Электронный ресурс]. URL: http://www.rostov-tfoms.ru/press-center/news/federalnye-novosti/1479-senatory-khotyat-ispravit-situatsiyu-v-zdravookhranenii (дата обращения 23.03.2014).
4. Николаева Д. Мы не можем однозначно сказать, что у нас все будет в порядке (Интервью с Н. Стадченко) // Коммерсантъ. 2015. 15 апреля.
5. Якорева А. Чем медицинская реформа обернулась для врачей и больных // Коммерсантъ. 2015. 19 января.
6. Роик В. ОМС в России: институциональное становление // Человек и труд. 2013. № 11–12. С. 22–28.
7. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (2013–2020 гг.): Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014. № 294-р. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
8. Дмитриева О. Пояснительная записка к проекту Альтернативного федерального бюджета на 2014 г.// Российский экономический журнал. 2013. № 6. С. 6–14.
9. Горина Е. А. Государственные расходы и приоритеты социальной политики в России. М.: НИУ ВШЭ, 2013.
10. Черкашина Т. Ю. Дифференциация населения России по потреблению медицинских услуг: масштабы и факторы // SPERO. 2012. № 17. С. 121–136..1
11. Шабунова А. А. Кризисное состояние здравоохранения: проблемы и перспективы // Уровень жизни населения в регионах России. 2010. № 9. С. 96–102.
12. Хайдаршина Л. То, что доктору прописали // Областная газета. 2012. 27 декабря.
13. Концепция развития здравоохранения России до 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.spruce.ru/text/conceptio/02.html. (дата обращения 15.04.2014).
14. Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Свердловской области на период до 2020 года: Постановление Правительства Свердловской области от 27 августа 2008 г. № 873-ПП [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
15. Об обязательном медицинском страховании в РФ: Федеральный закон Российской федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ [Электронный доступ]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
16. Батенева Т. Здоровье с гарантиями // Российская газета. 2012. 25 октября.
17. Новиков К. Врачи не всегда виноваты: медстрахование станет электронным и повсеместным// Российская газета. 2010. 25 ноября. № 5345 (266).
18. Ермаков Д. Н. Правовое обеспечение качества медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования // Государство и право. 2009. № 11. С. 99–103.
19. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.: Постановление Правительства РФ № 1074 от 22 октября 2012 г. [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
20. Шарпаева Е. Бесплатных частных клиник стало в полтора раза больше // Известия. 2014. 9 января.
21. Комлева Н. Лекарство для ОМС // Эксперт-Урал. 2010. № 22. С. 34–36.
22. Латухина К. Градус доверия // Российская газета. 2015. 1 сентября.
23. Страховая модель здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: http://medicinapediya.ru/sistemyi-zdravoohraneniya-organizatsiya/strahovaya-sistema-zdravoohraneniya.html (дата обращения 10.11.2015).
24. Медицинское страхование в США – американские системы медицинского страхования [Электронный ресурс]. URL: http://medbe.ru/news/lechenie-za-rubezhom/meditsinskoe-strakhovanie-v-ssha-amerikanskie-sistemy-meditsinskogo-strakhovaniya (дата обращения 10.11.2015).
25. Захаров В., Голикова Е. О зависимости благополучия страны и прогрессивности шкалы налогообложения // Экономист. 2015. № 8. С. 23–40.

References:

1. Belousov A. What are your complaints? Expert-Ural. 2013. № 41. P. 12–16.
2. Message from the RF President to the Federal Assembly of the Russian Federation December 22, 2013 [e-resource]. Access from the ref.-legal system «KonsultantPlus».
3. Senators want to rectify the situation in health care [e-resource]. URL: http://www.rostov-tfoms.ru/press-center/news/federalnye-novosti/1479-senatory-khotyat-ispravit--v zdravookhranenii situatsiyu (date of reference 23.03.2014).
4. Nikolaeva D. We can't unequivocally say that we all will be all right (Interview with N. Stadchenko) // Kommersant. April 15, 2015.
5. Yakoreva A. What has medical reform turned to be for doctors and patients // Kommersant. 19 January, 2015.

6. Roik B. OMS in Russia: institutional formation // Chelovek i trud. 2013. № 11–12. P. 22–28.
7. On approval of the State Program "Development of Health Care in the Russian Federation" (2013–2020): the Decree of the Government of the Russian Federation dated April 15, 2014. № 294-r. [e-resource]. Access from the ref.-legal system «KonsultantPlus».
8. Dmitrieva O. Explanatory note to the draft of the Alternative Federal Budget for 2014 // Rossiyskiy ekonomicheskiy zhurnal. 2013. № 6. P. 6–14.
9. Gorina E. A. Public spending and priorities of social policy in Russia. M.: NIU VShE, 2013.
10. Cherkashyna T. Yu. Differentiation of the Russian population according to health services consumption: dimensions and factors // SPERO. 2012. № 17. P. 121–136..1
11. Shabunova A. A. Health Care Crisis: problems and prospects // Uroven zhizni naseleniya v regionakh Rossiyi. 2010. № 9. P. 96–102.
12. Khaidarshina L. What the doctor is prescribed // Oblastnaya gazeta. December 27, 2012.
13. The concept of health care development in Russia up to 2020 [e-resource]. URL: http://www.spruce.ru/text/conceptio/02.html. (date of reference 15.04.2014).
14. An approval of the Strategy of socio-economic development of the Sverdlovsk region for the period up to 2020: the Decree of the Government of the Sverdlovsk region dated August 27, 2008 № 873-pp [e-resource]. Access from the ref.-legal system «KonsultantPlus».
15. On compulsory medical insurance in Russia: Federal law of the Russian Federation dated November 29, 2010 № 326-FL [e-resource]. Access from ref.-legal system «KonsultantPlus».
16. Batenyova T. Health safeguards // Rossiyskaya gazeta. October 25, 2012.
17. Novikov K. Doctors are not always to blame: medical insurance will be electronic and universal // Rossiyskaya gazeta. November 25, 2010. № 5345 (266).
18. Yermakov D. N. Legal providing of quality of medical services within the system of compulsory medical insurance // Gosudarstvo i pravo. 2009. № 11. P. 99–103.
19. On the programme of state guarantees of free medical care for citizens in 2013 and the planning period in 2014 and 2015: Russian Federation Government Decree № 1074 dated October 22, 2012 [e-resource]. Access from the ref.-legal system «KonsultantPlus».
20. Sharpaeva E. The number of free private clinics has become one and a half times more // Izvestiya. January 9, 2014.
21. Komleva N. Medicine for OMS // Expert-Ural. 2010. № 22. P. 34–36.
22. Latukhina K. Degree of confidence // Rossiyskaya gazeta. September 1, 2015.
23. Insurance health care model [e-resource]. URL: http://medicinapediya.ru/sistemyi-zdravoohraneniya-organizatsiya/strahovaya-sistema-zdravoohraneniya.html (date of reference 10.11.2015).
24. Health insurance in the United States – the American health insurance systems [e-resource]. URL: http://medbe.ru/news/lechenie-za rubezhom-/meditsinskoe-strakhovanie-v-GSSAPI-amerikanskie-sistemy-meditsinskogo-strakhovaniya (date of reference 10.11.2015).
25. Zakharov V. V., Golikova E. On dependence of well-being of the country and progressiveness of the tax scale // Ekonomist. № 8. P. 23–40, 2015.