

«Сложно осуществить расчеты, когда правила расчета не объявлены...»

Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», организованного в Высшей школе экономики

Такое признание прозвучало в докладе директора Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Владимира Зеленского на организованном Высшей школой экономики обсуждении проекта Концепции развития здравоохранения, в котором приняли участие более 80 представителей медицинского сообщества, страховщиков, ученых-экономистов и защитников прав пациентов.

Доклад В.А. Зеленского был посвящен вопросам с финансированием здравоохранения. В качестве исходной прозвучала констатация того факта, что в силу ограниченности ресурсов в отрасли сложилась ситуация, когда средства на оплату медицинской помощи поступают в лечебное учреждение из различных источников, что крайне затрудняет контроль эффективности их использования.

«Деньги, поступающие из системы ОМС, — лишь часть средств. Напрямую в ЛПУ поступают средства из бюджетов различных уровней, при такой ситуации посчитать, во сколько обходится та или иная медицинская услуга, очень сложно. Далеко не во всех регионах выполняются программы госгарантий с финансовыми и объемными нормативами, установленными на федеральном уровне. Нормативов на страхование неработающего населения сегодня нет, поэтому получается, что зачастую дефицитность или бездефицитность территориальных программ ОМС зависит не от объективных факторов, а от желания субъектов Федерации, поскольку сохраняется возможность, например, не вносить платежи на неработающее население, а платить заработную плату медицинским работникам напрямую из бюджета.

По финансовой обеспеченности территориальные программы могут различаться в регионах в десятки раз, но средний норматив по РФ признать достаточным нельзя».

В связи со сложившейся ситуацией, согласно пояснениям Зеленского, акцент в концепции сделан на конкретизацию существующей системы формирования госгарантий. «Предлагается законодательно закрепить их источники и объемы по условиям и видам медицинской помощи, установить критерии оценки реализации гарантий и, что главное, ответственность за их неисполнение».

В.А. Зеленский прокомментировал основные приоритеты экономической части концепции, среди которых: конкретизация государственных гарантий, одноканальная система финансирования;

внедрение страховых механизмов, в первую очередь принципа « деньги следуют за пациентом»; мотивирование каждого из участников системы ОМС к наиболее качественной работе.

«Без конкретизации государственных гарантий невозможно разграничить платные и бесплатные услуги и определить, сколько государство готово платить за медицинскую помощь. Сейчас существует схема, по которой программа государственных гарантий выходит ежегодно в формате постановлений правительства. На ее основе субъекты РФ принимают территориальные программы, исходя из имеющихся ресурсов. После чего федеральный центр в лице Федерального фонда ОМС осуществляет выравнивание условий территориальных программ ОМС. В 2008 г. дефициты региональных программ ОМС впервые были закрыты полностью.

В концепции предлагается законодательно закрепить государственные гарантии бесплатной медицинской помощи по условиям, критериям эффективности и мере ответственности за их неисполнение, а не выпускать каждый год постановление правительства примерно с одинаковым текстом. Эти гарантии должны быть объявлены раз и навсегда!

Принимаемая правительством программа государственных гарантий станет более конкретной и будет содержать в себе базовые нормативы финансового обеспечения, объемные показатели для оценки сбалансированности и дефицитности системы госгарантий бесплатной медпомощи и базовые значения критериев ее качества и доступности. Программы предлагается принимать сроком на три года, а не как сейчас — на один. Это делается для того, чтобы объявленные обязательства совпадали с циклом бюджетного планирования (на три года).

В чем же состоят принципиальные отличия предлагаемого в концепции подхода от ныне существующего? Самое главное изменение — базовый норматив, обозначенный в федеральной программе госгарантий, за счет выравнивания гарантированно обеспечивается во всех субъектах РФ. Кроме того, конкретизация государственных гарантий заключается в создании стандартов медпомощи и дальнейшей разработке медико-экономических стандартов в субъектах РФ. Человек получает возможность узнать, какая помощь ему гарантируется бесплатно, а за что с него могут взять деньги. Это основа разграничения платных и бесплатных услуг.

Второе отличие — формирование бюджета ОМС. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г. и в основных направлениях деятельности Правительства РФ до 2012 г. предусмотрен переход от Единого социального налога (ЕСН) к системе страховых взносов. В дополнение к этому вводятся единые правила по формированию страховых платежей на неработающее население. В рамках перехода на страховые взносы предусмотрено увеличение ставки страхового взноса (с 3,1% до 5,1%). Все предложенные в концепции расчеты основаны именно на таком повышении ставки. Для расчета были взяты показатели 2007 г. В базовую программу, составившую в 2007 г. 328 млрд. руб., входят, как правило,

только прямые расходы (зарплата, продукты питания, медикаменты, мягкий инвентарь, оплата некоторых видов услуг). При этом субъектами выделялось еще 400 млрд. прямым бюджетным финансированием. Из них почти 200 млрд. руб. были истрачены на те же пять статей, которые оплачиваются из средств ОМС. Эти деньги могли быть перенесены в систему ОМС в качестве платежей на неработающее население, но этого не произошло, т.к. бюджетное финансирование — важный управленческий механизм для регионов.

Какие правила игры для неработающего населения предложены в базовом сценарии концепции. Известен объем поступления от ЕСН и стоимость территориальной программы ОМС, при этом, исходя из численности населения и коэффициентов потребления помощи по возрастам, всегда можно определить, сколько из 328 млрд. потреблено работающим населением. Было высчитано, что помимо тех 130 млрд. руб., которые работающие граждане платят за себя через ЕСН, еще 120 с лишним миллиардов на оплату услуг, оказанных работающему населению, тратит бюджет. Получается, что работающий гражданин потребляет помощи в два раза больше, чем оплачивает через ЕСН. При переходе на страховую модель работающие должны платить в том объеме, в каком они потребляют медпомощь, т.е. их вклад во взнос по ОМС должен составлять 4% от фонда оплаты труда (ФОТ), а не 2%, как это происходит сейчас. (Напомним, что из взноса на ОМС часть средств в размере 1,1 % от ФОТ остается в Федеральном фонде ОМС и предназначается для выравнивая условий в регионах.) При этом пропорции поступления в федеральный и территориальные фонды будут меняться, для лучшей управляемости системы.

Каким образом рассчитывались показатели для неработающих граждан? Поскольку они нуждаются в больших объемах помощи, были определены повышающие коэффициенты потребления. Логика расчета проста: субъект РФ платит за неработающее население столько же, сколько за работающее платит работодатель, но с учетом коэффициента удорожания помощи.

Очень важно установить хоть какие-то правила расчета. Если правила будут установлены, можно математически точно определять, нужны ли региональной программе ОМС дополнительные ресурсы или нет. В условиях, когда правила не объявлены, очень сложно осуществлять какие-либо расчеты.

При предлагаемой схеме работодатель выплачивает страховые взносы в федеральный и территориальные фонды ОМС, бюджеты субъектов осуществляют платежи на неработающее население и ФОМС осуществляет выравнивание обеспеченности тех регионов, которые не дотягивают до базового уровня. Денежные потоки, связанные с разного рода специальными программами, с борьбой с социально значимыми заболеваниями, остаются пока за скобками, поскольку включение дополнительных направлений в ОМС требует и дополнительных расчетов, и должной обеспеченности всей

системы. В рамках проекта концепции было определено, что инвестиционные расходы например могут быть включены в систему ОМС только тогда, когда будет достигнут во всех регионах хотя бы базовый уровень оснащённости оборудованием ЛПУ. Предусматривается мониторинг и помощь регионам в оснащении. Только после этого можно говорить о формировании полного тарифа, который включит не только базовые расходы, но и расходы на развитие.

Большая часть средств поступает в территориальные фонды ОМС, после чего направляется в страховые медицинские компании для оплаты медпомощи. В этой схеме есть два потока средств: вознаграждение самих страховых компаний и средства на оплату медицинской помощи.

Стратегическим направлением является слияние этих потоков в один. Тогда у страховых компаний помимо организационной ответственности за реализацию территориальных программ ОМС появилась бы и финансовая. Страховые компании должны участвовать в планировании объемов помощи и защите прав застрахованных в большей степени, чем сейчас.

Одна из важных составляющих концепции — экономическое стимулирование каждого из участников процесса. Все субъекты системы здравоохранения должны быть мотивированы на выполнение своих обязанностей.

Принципиальным является условие полноты тарифов (они должны быть достаточными для оказания качественной помощи и достаточными для обеспечения тех стандартов, которыми будет конкретизироваться программа госгарантий). На стадии первичной помощи приоритет — переход на подушевое финансирование. При этом в рамках стимулирования определенных видов деятельности могут устанавливаться повышающие коэффициенты. В стационарном звене, в первую очередь, тарифы нацелены на исполнение стандартов помощи, при этом возможно установление диагностически связанных с заболеванием групп и разработка тарифов по этим группам. Для стимулирования и дестимулирования определенных направлений могут вводиться корректирующие коэффициенты и применяться разные формы и способы получения медицинскими учреждениями денег».

Комментируя основные положения доклада В.Зеленского, участники заседания сформулировали ряд критических замечаний.

Первый заместитель генерального директора страховой компании РОСНО Лариса Попович пыталась объяснить, что переход на лекарственное страхование всех граждан, состоящих в системе ОМС, невозможен «в условиях полного отсутствия у нас референтных цен на лекарства и государственного регулирования цен».

Глава этического комитета Российской медицинской ассоциации Андрей Акопян отметил, что прописанный в концепции полный переход на страховую систему оказания медицинских услуг не подкреплён никакими финансовыми механизмами. По его словам, пока российские лечебные

заведения финансируются из десятков источников, а по сути находятся на балансе казны, страховые компании выполняют роль только управляющих компаний.

Ректор ГУ-ВШЭ Ярослав Кузьминов считает, что для начала было бы неплохо составить экономическую модель для каждого уровня здравоохранения, чтобы определить, сколько платить врачу, чтобы он нормально работал, а таких расчетов в Минздравсоцразвития никто никогда не делал.

Гузель Улумбекова, представляющая администрацию Самарской области отметила, что «в концепции нет ни единого упоминания об экономической эффективности предложенных мер и механизмах контроля за расходованием бюджетных средств».

Александр Саверский, президент Лиги защиты прав пациентов, обратил внимание на обилие концептуальных противоречий, содержащихся в документе. «Сегодня Минздравсоцразвития пытается убедить всех, что стандарты лечения это основная гарантия того, что каждый гражданин сможет получить бесплатную медицинскую помощь. Но при этом чиновники хотят разрешить главным врачам самостоятельно зарабатывать деньги. И понятно, что в такой ситуации любой руководитель ЛПУ найдет способ создать такую очередь, что мы с вами будем просто рады лечиться за деньги, но без очереди».

Воспроизведение материала возможно только после согласования с редакцией журнала «МЗ»