

**СТРАТЕГИИ ТРАНСФОРМАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****С.В. Шишкин**, д.э.н., директор научной программы НИСП**1. ВВЕДЕНИЕ**

Особенностью России, как и других государств СНГ, является масштабный разрыв между декларируемыми гарантиями и реальными условиями оказания медицинской помощи населению. В 90-е годы расходы государства на здравоохранение значительно сократились в реальном выражении, недостаток государственного финансирования был компенсирован развитием практики оказания медицинской помощи за плату и ростом расходов населения на оплату медицинских услуг и лекарственных средств. Эти процессы и их влияние на доступность медицинской помощи для разных групп населения, а также возможные способы восстановления баланса между гарантиями и их государственным финансированием выступали предметом целого ряда исследований [Шейман, 2000, Шишкин, 2000, Богатова и др., 2003, Бесстремьянная и др., 2004, Бесстремьянная и др., 2005, Флек, 2005]. Но при этом констатация декларативности существующих гарантий бесплатной медицинской помощи, роста платности медицинских услуг, неравенства социальных групп в возможностях получения медицинского обслуживания затушевывали фактически происходящую трансформацию государственных гарантий и роль в этом государственной политики, фактически санкционирующей замещение бесплатных медицинских услуг платными.

Вплоть до середины 2004г. не предпринималось попыток проведения альтернативной политики, хотя в долгосрочной программе правительства, принятой в 2000 г., декларировались задачи достижения сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и их финансового обеспечения путем реструктуризации здравоохранения, реализации мер по повышению прозрачности и рациональности использования бюджетных и страховых средств в системе здравоохранения, а также увеличения размеров бюджетного финансирования здравоохранения [Правительство РФ, 2000].

Начало в 2004г. нового электорального цикла в условиях роста доходов государства актуализировало поиск путей решения проблем организации здравоохранения в стране. В экспертном сообществе активно обсуждались возможности пересмотра государственных гарантий и приведения их в соответствие сложившимся реалиям в распределении бремени финансирования здравоохранения между государством и населением. В качестве альтернативы был предложен путь конкретизации государственных гарантий [Слепнев и др., 2004].

В послании Президента РФ Федеральному собранию в мае 2004г. были поставлены масштабные задачи модернизации здравоохранения, первой

среди которых была названа задача разработки и утверждения детальных стандартов медицинских услуг, которые должны предоставляться при каждом заболевании [Президент РФ, 2004]. Но к практической реализации реформы здравоохранения и указанной трансформации государственных гарантий правительство так и не приступило. Приоритет был отдан проведению кампании по монетизации социальных льгот для ряда категорий населения. В рамках этой кампании были реализованы меры по изменению гарантий и механизмов лекарственного обеспечения целевых категорий населения («льготников»). Отказ от назревших структурных и институциональных преобразований в здравоохранении был компенсирован начатым с 2006 г. приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения, который предусматривает реализацию комплекса мер по повышению ресурсной обеспеченности системы здравоохранения.

Предпринимаемые в последние три года действия правительства характеризуются вбрасыванием финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в оказании бесплатной медицинской помощи.

Настоящая работа преследует цели охарактеризовать стратегии действий государства по отношению к гарантиям оказания медицинской помощи населению, оценить их влияние на доступность медицинской помощи, определить перспективы реализации альтернативных стратегий.

2. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению в общем виде сформулированы в ст. 41 Конституции РФ: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». В 1998 г. Правительство Российской Федерации по инициативе Министерства здравоохранения утвердило Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 г. [Правительство РФ, 1998]. В этом документе были указаны виды бесплатно предоставляемой медицинской помощи (скорая, амбулаторно-поликлиническая, стационарная), обобщенные условия их оказания (например, стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям) и, что наиболее важно, показатели объемов медицинской помощи в расчете на 1000 человек, которые должны быть финансово обеспечены государством (*табл. 1*). В последующий период правительство внесло ряд незначительных изменений в эту программу, а с конца 2004 г. стало утверждать программу на каждый последующий год.

При разработке программы в 1998 г. были рассчитаны усредненные нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи (на один вызов скорой помощи, одно посещение амбулаторно-поликлинической организации, один койко-день в стационаре и один день пребывания в дневном стационаре). С 2005 г. эти нормативы включаются в текст утверждаемой правительством программы (*табл. 2*).

Эти нормативы позволяют рассчитывать объемы затрат, которые должны быть профинансированы из бюджетов и системы обязательного медицинского

Таблица 1. Показатели программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью

Виды медицинской помощи	Объем в расчете на 1000 чел.			
	1999 программа	1999 факт	2006 программа	2006 факт
Скорая помощь (вызовы)	340	317	318	342
Стационарная (койко-дни)	2901,5	3297,3	2812,5	3002
Медицинская помощь в дневных стационарах (дни лечения)	660	199,4	577	414
Поликлиническая (врачебные посещения)	9198	8970	9198	8527

Источник: Министерство здравоохранения РФ. Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения за 1999 г., форма № 47; Правительство РФ, 1998, 2005; Минздравсоцразвития РФ, 2007.

Таблица 2. Нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи, предусмотренные программами государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, руб.

Нормативы затрат	1999	2006
На 1 вызов скорой медицинской помощи	146,9	913,3
На 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации	13,0	100,5
На 1 койко-день в стационаре	95,1	588,4

Источник: Минздрав РФ, 1998; Правительство РФ, 2004, 2005.

страхования (ОМС) для обеспечения реализации государственных гарантий. На основе вышеуказанных нормативов органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации рассчитывают нормативы финансирования программы в расчете на 1 человека. Эти расчетные показатели служат для определения размеров финансирования здравоохранения из бюджетов субъектов РФ и системы ОМС.

Следует отметить, что расчет значений вышеуказанных нормативов основывался на фактически сложившихся размерах государственного финансирования лекарственного обеспечения и питания пациентов в медицинских учреждениях, которые не обеспечивают достаточного уровня качества лечения. В расчет нормативов закладывается существующий уровень заработной платы медицинских работников, который воспринимается ими как заниженный и стимулирует их прибегать к неформальным платежам [Богатова и др., 2003]. Нормативы не включают расходы на возмещение износа оборудования. Таким образом, значения утверждаемых нормативов не отражают того уровня затрат на оказание медицинской помощи, обеспечение которого государством исключало бы необходимость софинансирования оказания этой помощи самими пациентами.

Но даже и тот уровень затрат, который определен указанными нормативами, фактически не обеспечивается государством. В 2006 г., по данным, полученным из субъектов РФ,¹ средний уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий (то есть сумма

¹ База данных об организации финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации.

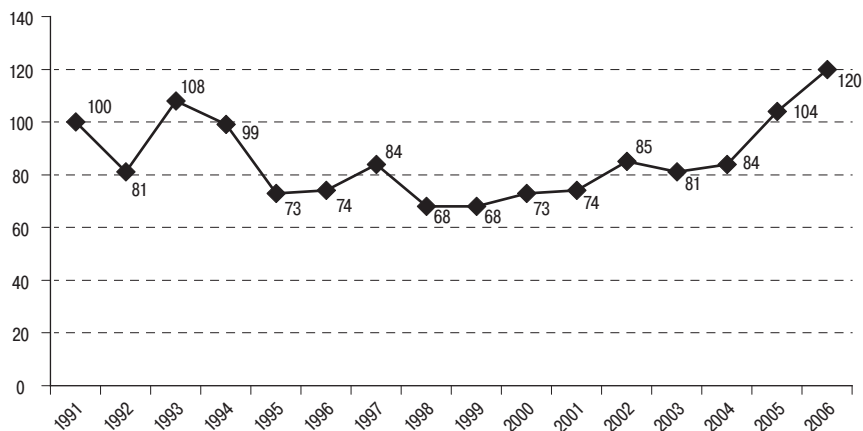
финансирования программы из консолидированного бюджета субъекта РФ и территориальной системы ОМС, деленная на расчетную стоимость программы) составил 82%. При этом значение указанного показателя сильно различается по регионам (рис. 1).

3. СТРАТЕГИЯ САНКЦИОНИРОВАННОГО ЗАМЕЩЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ УСЛУГ ПЛАТНЫМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И ИХ РАБОТНИКАМИ

В 90-е годы вследствие сокращения ВВП и доходов государства значительно уменьшились размеры государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении. Если сравнивать размеры расходов государства в разные годы, используя для пересчета в сопоставимое выражение индексы-дефляторы ВВП, то бюджетные затраты на здравоохранение и физическую культуру и взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения составили в сумме в 1998–1999 гг. лишь 68% от величины бюджетного финансирования здравоохранения и физической культуры в 1991 г. (рис. 2).

Сокращение государственного финансирования сопровождалось перемещением бремени расходов на здравоохранение на население. Если сопоставить фиксируемые государственной статистикой объемы реализации платных медицинских услуг и лекарств в розничной сети с использованием индексов роста цен на них, то за период с 1994 г. по 1999 г. указанные объемы в сумме увеличились в 2,6 раза.

Рисунок 2. Расходы государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 = 100 %)



Источник: расчет по данным Росстата с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Проблема несбалансированности между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания населения и размерами их государственного финансирования решалась государством посредством стратегии неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной [Шейман, 2000]. Рассматривая политику государства с точки зрения трансформации государственных гарантий, можно квалифицировать действия органов власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в отношении государственных гарантий оказания медицинской помощи как реализацию стратегии санкционированного замещения бес-

платных медицинских услуг платными, осуществляемого медицинскими учреждениями и их работниками. В 90-е годы, в условиях сокращения государственного финансирования здравоохранения, медицинские работники стали предлагать пациентам самостоятельно покупать лекарства для лечения в больницах, расходные материалы для проведения исследований и процедур в амбулаторных учреждениях, а также платить врачам и медицинским сестрам в руки за их лечение. Медицинские учреждения стали предлагать пациентам платные услуги: лечение в сравнительно более комфортных условиях, проведение диагностических исследований и операций вне обычной очереди и т. д.

Развитие практик формальной и неформальной оплаты медицинской помощи явно не поощрялось органами власти, но основная их часть санкционировала оказание платных услуг в подведомственных учреждениях. Некоторые руководители, наоборот, активно противодействовали легализации платного медицинского обслуживания, но и те, и другие не предпринимали активных попыток воспрепятствовать распространению неформальных платежей, закрывая на это глаза.

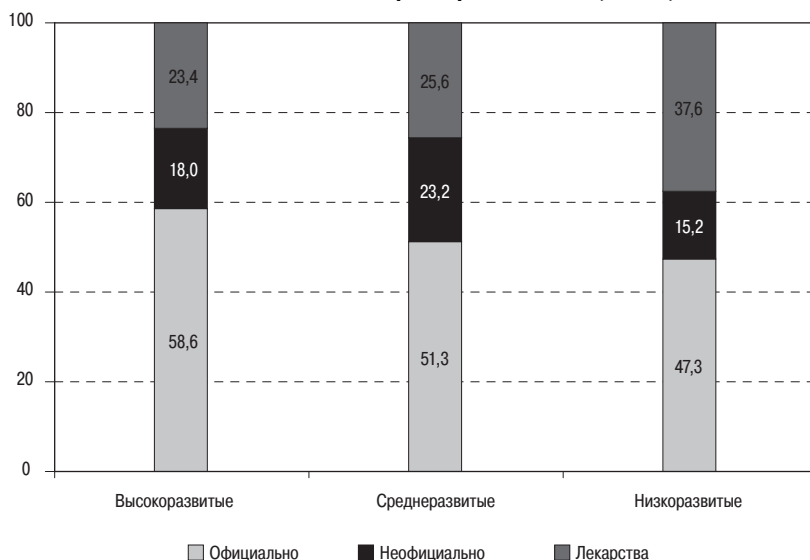
С 2000 г. государственное финансирование здравоохранения в реальном выражении увеличивается: рост в 2005 году по сравнению с 1999 г. составил 40%. Но расходы населения росли более быстрыми темпами: в 2005 г. они превысили уровень 1999 г. в 2,2 раза. В итоге доля средств населения в финансировании здравоохранения, составлявшая в 1994 г. 11%, достигла в 2005 г. 34%.

Органы управления здравоохранением продолжают проводить политику санкционирования деятельности подведомственных медицинских учреждений по предоставлению платных услуг населению. Платное медицинское обслуживание в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения легализуется органами власти субъектов РФ и органами местного самоуправления.

Рассмотрим подробнее практику регулирования оказания платных медицинских услуг [Шишкин, Канатова, Селезнева, Чернец, 2007]. В 2006 году в 83% регионов имелись нормативные документы (нормативные акты субъектов РФ, приказы регионального органа управления здравоохранением), регулирующие условия предоставления платных услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях.² Формально эти документы призваны упорядочить условия оказания платных медицинских услуг и не допустить, чтобы платные услуги предоставлялись в ущерб возможностям получения бесплатной медицинской помощи. В качестве мер, направленных на предотвращение возможных злоупотреблений, устанавливаются требования разделения потоков «платных» и «бесплатных» пациентов по времени оказания услуг и по месту их предоставления, то есть требования организации платного приема медицинским учреждением в другом помещении и в другое время. Однако требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по времени оказания медицинских услуг нормативно закреплено лишь в 70% регионов. Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по месту оказания медицинских услуг встречается еще реже — только в 45% регионов. Реально же эти документы, принятые в подавляющем большинстве регионов, не столько ограничивают, сколько легализуют платное оказание медицинской помощи.

² База данных об организации финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации.

Рисунок 3. Соотношение сумм официальных и неофициальных платежей за лечение в стационарах в регионах РФ, 2003, %



Источник: Бесстремная, Шишкин, 2005.

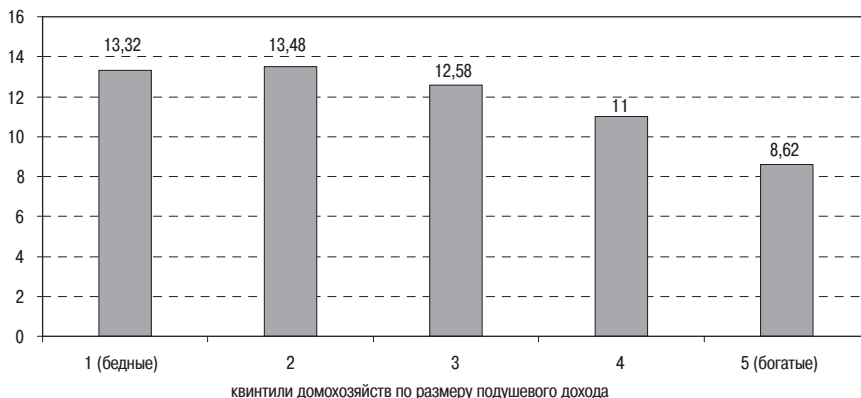
Лишь в 12% субъектов РФ региональные органы управления здравоохранения определяют тарифы на платные услуги государственных медицинских учреждений. В 56 регионах тарифы устанавливаются самими учреждениями по согласованию с региональным органом власти. В 16% регионов государственные медицинские учреждения полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

Совсем редко, всего в 4% регионов, региональные органы власти утверждают тарифы на платные медицинские услуги в муниципальных медицинских учреждениях. Здесь нормоустанавливающую функцию выполняют органы местного самоуправления. Они определяют тарифы в 24% регионов, в 66% регионов тарифы устанавливаются учреждениями по согласованию с региональным органом власти и/или органами местного самоуправления, и в 5% регионов муниципальные медицинские учреждения полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

Эти данные свидетельствуют, что в политике органов власти по отношению к практикам платного медицинского обслуживания доминирует установка на санкционирование инициативного развития медицинскими учреждениями деятельности по предоставлению медицинской помощи за плату.

Анализ данных обследования НОБУС, проведенного в 2003 г., о расходах домохозяйств на оплату медицинской помощи, осуществляемую через кассу медицинских учреждений (официально) и непосредственно в руки медицинским работникам (неофициально), привел к интересным результатам о соотношении легальных и неформальных платежей за медицинскую помощь в регионах, различающихся по уровню экономического развития [Бесстремная, Шишкин, 2005]. Если разделить регионы, в которых проводилось исследование, на три группы, в соответствии с уровнем подушевого ВРП, и сравнить соотношение официальных и неофициальных расходов домохозяйств на оплату лечения в стационарах (в среднем по стране объемы официальных и неофициальных расходов здесь сопоставимы), то обнаруживается

Рисунок 4. Средние доли расходов на лечение в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, по группам домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов, в %



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003г.

интересная тенденция: чем выше уровень экономического развития группы регионов, тем выше в совокупных расходах доля официальных платежей за медицинские услуги (рис. 3). Другими словами, в более богатых регионах более высокая доля платежей при госпитализации идет по-белому, в кассу больниц, а в более бедных регионах большая часть платежей проходит мимо кассы медицинских учреждений — на оплату лечения в руки медицинским работникам и на самостоятельное приобретение лекарств для лечения в больницах. Таким образом, в регионах, где население имеет больше доходов и возможностей получать медицинскую помощь на платной основе, эти платежи в большей мере осуществляются легально, через кассу медицинских учреждений.

Приведенные данные позволяют говорить о том, что в регионах идет процесс стихийной легализации платной медицины, и идет он быстрее в более богатых регионах. Такая тенденция характеризует перспективу развития этого процесса по мере продолжения экономического роста и увеличения доходов населения. Реализуемая государством стратегия санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными имеет прямым следствием существенное неравенство в доступности медицинской помощи и в несении бремени расходов на ее оплату.

Распространенность практик оплаты лечения варьирует по регионам страны; причем анализ показывает наличие статистически значимой обратной зависимости между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и долей пациентов, которые платят за стационарную помощь [Бесстремьянная, Шишкин, 2005].

Прибегать к оплате медицинской помощи приходится и бедным, и богатым, но расходы на лечение ложатся на них неравным бременем. Расчет показателей доли среднемесячных затрат домохозяйств на лечение в их доходах за вычетом расходов на питание, выполненный по данным обследования НОБУС³, свидетельствует о наличии заметного неравенства по этому показателю между группами домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов (рис. 4). Значение этого показателя для домохозяйств из первых двух квинтильных

³ Расчет выполнен Е. В. Селезневой

групп (то есть для бедных) в 1,5 раза больше, чем для домохозяйств из пятой группы (богатых).

Сокращение государственного финансирования здравоохранения привело не только к замещению бесплатных медицинских услуг платными, но и к снижению качества того, что граждане получают в медицинских учреждениях без оплаты. Результаты сравнительного анализа медицинских услуг, предоставляемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях бесплатно и за плату, выполненного на основе данных о работе 20 амбулаторно-поликлинических учреждений в Москве, Санкт-Петербурге и Саратове в 2000 г., показывают, что среднее количество услуг, предоставляемых за плату, в расчете на одного пациента больше в 1,3–2 раза этого показателя при бесплатном лечении [Гудков и др., 2002]. Результаты этого исследования свидетельствуют о низком качестве оказываемой амбулаторной медицинской помощи по сравнению с установленными государством требованиями (федеральными стандартами).

Стратегия санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными реализовывалась государством до 2004 г. С началом нового электорального цикла стала обсуждаться необходимость изменения прежней политики, были предложены другие стратегии, которые будут рассмотрены ниже. С конца 2004 г. государство реализует в сфере здравоохранения стратегию вбрасывания финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в оказании медицинской помощи. Но новая стратегия стала не столько заменой, сколько дополнением старой стратегии.

Следует отдавать себе отчет в том, что возможности продолжения реализации стратегии санкционирования замещения бесплатных услуг платными далеко не исчерпаны. Но это грозит усилением социального неравенства в доступности медицинской помощи и соответствующим влиянием на усиление социального недовольства.

4. СТРАТЕГИЯ РАДИКАЛЬНОГО ПЕРЕСМОТРА ГАРАНТИЙ

Восстановить баланс между государственными гарантиями медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением можно путем пересмотра содержания этих гарантий по следующим направлениям:

- 1) изъять из гарантируемого пакета определенные виды медицинской помощи;
- 2) изъять из пакета определенные виды заболеваний, при которых гарантируется медицинская помощь;
- 3) сократить число получателей гарантируемого пакета;
- 4) предусмотреть легальные соплатежи пациентов за предоставляемые им услуги.

С проблемой финансовой необеспеченности государственных гарантий бесплатной медицинской помощи столкнулись все страны СНГ, и все проводили политику санкционирования замещения бесплатных медицинских услуг платными. Но в ряде стран решились на радикальный пересмотр унаследованных от советского строя гарантий. В Армении, Грузии, Молдавии были применены первые три способа пересмотра гарантий. В Киргизии — все четыре.

В Армении, Грузии, Молдавии было законодательно произведено сокращение состава гарантий медицинской помощи населению [WHO, 2001, 2002a, 2002b]. Это было вынужденной мерой — масштабы экономического кризиса и соответственно размеры сокращения бюджетных доходов в первые годы переходного периода в этих странах были таковы, что их правительства были не в состоянии финансировать содержание учреждений здравоохранения на уровне, позволяющем хотя бы для приличия сохранять декларативные гарантии бесплатной медицинской помощи.

В Армении в 1996 г. был принят закон «О медицинской помощи и медицинском обслуживании населения». Прежняя система гарантий бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения была заменена гарантиями бесплатного предоставления базового пакета медицинских услуг [WHO, 2001]. Он включает санитарно-эпидемиологический контроль, первичную медицинскую помощь, медицинскую помощь детям, акушерско-гинекологическую помощь, медицинскую помощь социально уязвимым группам населения (ветераны войны, дети-инвалиды, дети в неполных семьях, многодетные семьи и др.), а также помощь, предоставляемую в рамках целевых программ по борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, предоставлению скорой помощи. В 1997 г. была легализована личная оплата пациентами большинства видов медицинских услуг. Но на практике в большинстве случаев пациенты вынуждены платить также из собственных средств за получение услуг, включенных в базовый пакет.

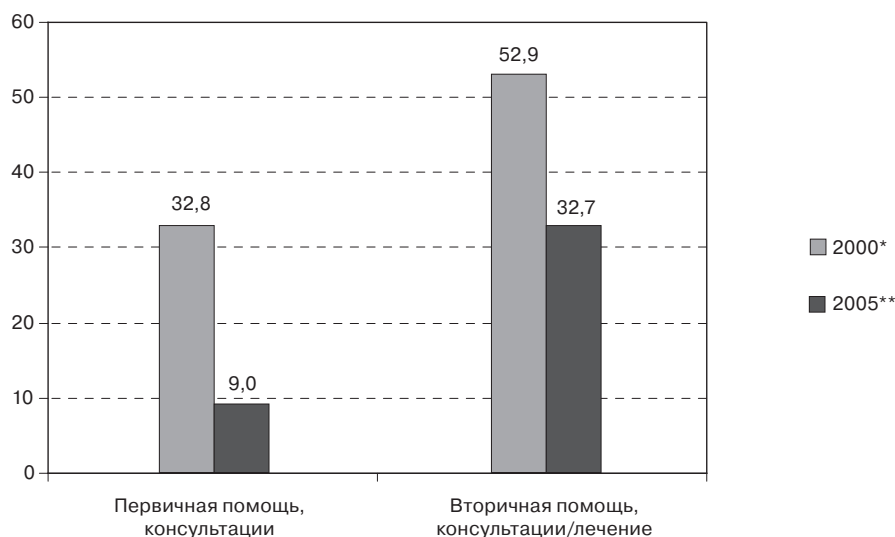
В Грузии равное право граждан на бесплатное медицинское обслуживание было отменено с 1995 г. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи были ограничены лечением психиатрических и инфекционных заболеваний, профилактикой и лечением туберкулеза и онкологических заболеваний, родовспоможением и оказанием медицинской помощи всех видов детям в возрасте до двух лет, детской кардиохирургией, предоставлением медицинских услуг неимущим. Объем медицинских услуг, гарантируемых государством, составляет всего лишь 10–15% от всего комплекса необходимых услуг [Салтман, Фигейрас, 2000.]. При этом радикальное сокращение гарантий не исключило практики неформальной оплаты населением медицинских услуг, входящих в гарантируемый пакет бесплатных услуг.

В Молдавии был принят закон о гарантируемом минимуме медицинской помощи [WHO, 2002b], но содержащийся в нем перечень видов медицинских услуг оказался слишком широким по сравнению с возможностями его финансового обеспечения государством. Реально эти гарантии не выполнялись. В 2003 г. в стране была введена система социального медицинского страхования [Shishkin, Kasevicius, Ciocanu, 2006]. Указанный закон был отменен, и вместо него принята программа обязательного медицинского страхования, предусматривающая оказание застрахованным неотложной амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также госпитализацию и лечение в стационарах в неэкстренных случаях на основе листа ожидания. Консультации у специалистов и неэкстренная госпитализация являются бесплатными только при условии направления пациентов врачами общей практики. Для незастрахованных (неработающих лиц в трудоспособном возрасте и самозанятых, не оплативших страховой полис) гарантируется бесплатно профилактическая помощь и помощь при

социально-значимых заболеваниях, предусматриваемая государственными целевыми программами (лечение туберкулеза, психиатрических заболеваний и др.), неотложная амбулаторная помощь при состояниях, угрожающих жизни, первичная медицинская помощь, оказываемая врачами общей практики в виде осмотров и консультаций о дальнейших диагностических исследованиях и лечении.

Большим достижением молдавской реформы стало то, что пересмотренный пакет гарантий был в целом сбалансирован с размерами его финансирования за счет бюджетных средств и взносов работников и работодателей на социальное медицинское страхование. Рост государственного финансирования здравоохранения (за два года реформ, 2004–2005 гг., на 39 % в реальном выражении по сравнению с 2003 г.) и сбалансированность пересмотренных гарантий с его размерами привели к заметному сокращению доли пациентов, плативших за медицинскую помощь, и увеличению ее доступности для населения (рис. 5).

Рисунок 5. Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь в Молдавии до и после проведения реформы здравоохранения, %



* — Рассчитано по данным Berdaga et al., 2000.

** — Рассчитано по данным Stefanet, 2005.

В Киргизии были проведены сокращение гарантируемого пакета медицинской помощи и дифференциация гарантий для застрахованных и незастрахованных в системе социального медицинского страхования, и сверх этого введены соплатежи пациентов за услуги, предоставляемые в рамках гарантируемого пакета [Kutzin et al., 2003]. Соплатежи пациентов за госпитализацию были введены в экспериментальном порядке в марте 2001 г. в двух районах республики (вокруг столицы и на периферии), а впоследствии распространены на всю страну. Размеры соплатежей были дифференцированы для разных категорий населения. Исследование расходов пациентов до введения соплатежей (февраль 2001 г.) и после этого (июль 2001 г.) показали, что совокупные легальные и неформальные платежи населения практически не изменились, но сократились расходы пациентов на приобретение лекарств и медикаментов. Что же касается неформальных платежей медицинским работ-

никам, то они не исчезли, но доля пациентов, платящих врачам, уменьшилась с 60% до 38% в пилотных районах, в то время как в остальных районах она увеличилась в этот период до 70% (рис. 6).

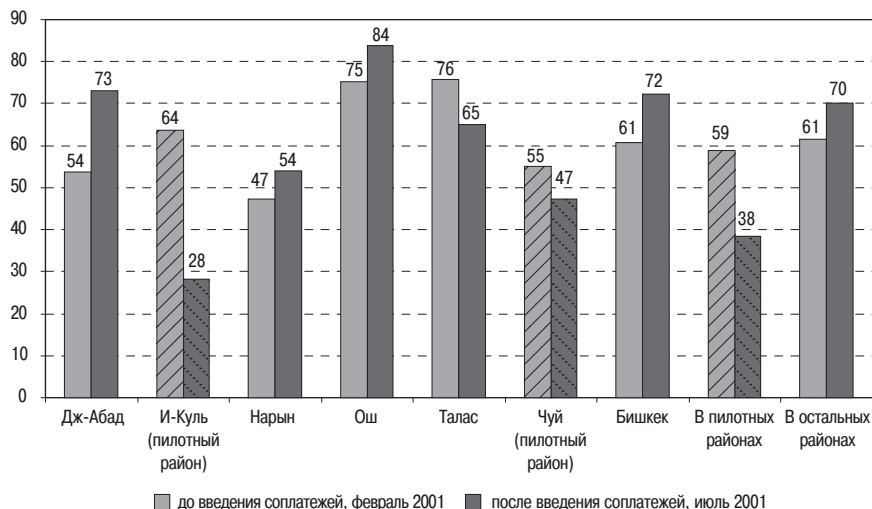
Соплатежи населения за потребляемую медицинскую помощь были введены еще в одной постсоциалистической стране — Эстонии [WHO, 2000b]. Государственные гарантии оказания медицинской помощи остались неизменными в отношении перечня видов помощи и заболеваний, при которых государство гарантирует ее оказание. Вместе с тем произошел отказ от принципа полностью бесплатного для населения оказания медицинской помощи. С 1995 г. введена система соплатежей пациентов в амбулаторном секторе — в размере 5 крон (40 центов США) за каждое посещение врача. Кроме того, введена доплата за пребывание в одноместной палате при стационарном лечении. От соплатежей были освобождены пенсионеры, инвалиды и дети.

Совсем не случайно, что стратегия радикального пересмотра гарантий оказания бесплатной медицинской помощи реализовывалась в странах с небольшой численностью населения, его компактным проживанием и не очень значительными различиями между реальной доступностью бесплатной медицинской помощи для жителей разных частей страны. Успешная реализация указанной стратегии (примеры Молдавии, Киргизии, Эстонии) требует высокого уровня консенсуса в обществе в отношении необходимости и направлений реформирования здравоохранения. Несомненно, важными факторами успеха являются высокая степень прозрачности системы здравоохранения для национальных министерств здравоохранения и соответственно ее контролируемости и управляемости на национальном уровне. Важное значение имеет также степень различий между условиями оказания медицинской помощи в разных частях страны и для жителей разных типов населенных пунктов. Чем более однородны эти условия, тем легче произвести пересмотр общих для всех граждан гарантий. Именно в силу этих причин указанную стратегию легче реализовать в маленьких государствах.

В России условия функционирования системы здравоохранения иные. Прежде всего следует констатировать отсутствие достаточно широкого консенсуса в обществе по поводу не только направлений реформирования здравоохранения, включая реформирование государственных гарантий оказания медицинской помощи, но даже и консенсуса по поводу самой необходимости эту систему менять. В средствах массовой информации преобладают выступления защитников лучшей в мире советской системы здравоохранения, для нормальной работы которой нужно лишь в 2–3 раза увеличить государственное финансирование здравоохранения. Очевидно, что в таком контексте даже постановка вопроса о пересмотре гарантий бесплатной медицинской помощи вызовет сильную негативную реакцию со стороны части медицинского сообщества и населения и будет использована политической оппозицией для ослабления партии власти.

Но было бы неправильно полагать, что препятствия к пересмотру гарантий медицинской помощи носят только политический характер. Различия в соотношении платности и бесплатности медицинской помощи велики для жителей разных регионов и типов населенных пунктов. В силу этих различий будет очень сложно найти такой вариант пересмотра содержания государственных гарантий оказания медицинской помощи, при котором существенно не ухудшится доступность медицинской помощи

Рисунок 6. Доля пациентов, плативших неформально за лечение в стационарах до и после введения соплатежей в двух пилотных районах в Киргизии, %



Источник: Kutzin et al., 2003.

для значительных по численности групп населения. Сокращая пакет гарантируемых видов помощи или устанавливая соплатежи за оказываемые услуги, придется предусматривать множество исключений, компенсаций, дифференцировать их по территориям и т. п., чтобы избежать обострения социальной напряженности. Риски возникновения сильного социального недовольства изменением условий оказания медицинской помощи очень велики. А возможности проконтролировать из центра правильность трактовки и соблюдения новых гарантий предоставления медицинских услуг и своевременно реагировать на возникающие напряжения весьма ограничены в сравнении с аналогичными возможностями национального министерства здравоохранения в небольшой стране. Итак, риски реализации стратегии радикального пересмотра гарантий бесплатной медицинской помощи в России выше, чем в большинстве других стран СНГ, а возможности регулирующих действий центра по снижению этих рисков и ослаблению негативных последствий — ниже.

В таких условиях основным средством компенсации неизбежных ошибок становится вбрасывание дополнительных денег. Именно это пришлось делать правительству в 2005 г., чтобы потушить разгоравшийся костер социального недовольства заменой денежными выплатами льгот по пользованию общественным транспортом. Универсальные принципы отмены натуральных льгот и универсальные денежные компенсации оказались неадекватными разнообразию реальных условий пользования этими льготами в разных населенных пунктах. Напомним, что для части граждан размеры компенсаций оказались существенно ниже тех затрат, которые они стали вынуждены нести при оплате транспортных услуг. Для исправления ситуации пришлось выделять дополнительные средства для дотирования льготных проездных документов или отказываться от замены натуральных льгот на деньги. Аналогичные ситуации неизбежно во множестве возникнут при попытках сокращения перечня медицинских услуг, которые граждане вправе получать бесплатно, и легализации обязательной оплаты (сооплаты) населением определенных

видов медицинской помощи. Поэтому рассматриваемая стратегия, реализованная в ряде постсоциалистических стран, не приемлема в обозримой перспективе для нашей страны.

5. СТРАТЕГИЯ КОНКРЕТИЗАЦИИ ГАРАНТИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ И БАРЬЕРЫ

Пути решения проблемы разрыва между унаследованными от эпохи социализма чрезвычайно широкими гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и реальными условиями ее получения стали предметом детального анализа экспертной группы, работавшей в 2003–2004 гг. под руководством И. И. Шувалова, помощника Президента РФ. Этой группой была разработана стратегия конкретизации государственных гарантий с помощью системы клинико-экономических стандартов [Слепнев и др., 2004].

Было предложено гарантировать гражданам предоставление за счет налоговых источников четко определенного пакета лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств в пределах медицинских стандартов по каждому заболеванию. Такой гарантируемый пакет будет одинаковым для всех граждан. Дополнительная медицинская помощь сверх пакета предоставляется за счет оплаты работодателями и населением. Ряд профилактических мер и все необходимое лечение социально опасных заболеваний будут также осуществляться за счет государства.

Именно эта стратегия была обозначена в мае 2004 г. в Президентском послании как ключевая задача модернизации здравоохранения: «... Гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. И по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены стандарты медицинских услуг — с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями к условиям оказания медпомощи. Причем такие стандарты должны действовать в каждом населенном пункте Российской Федерации. И только дополнительная медпомощь и повышенный уровень комфортности ее получения должны оплачиваться пациентом» [Президент РФ, 2004].

К концу 2004 г. Минздравсоцразвития РФ был подготовлен законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи», который представлял предложенную стратегию. В отличие от действующей системы государственных гарантий медицинской помощи законопроект предполагал конкретизацию этих гарантий по объемам, условиям и порядку предоставления медицинских услуг на различных этапах медицинской помощи. Гарантируемые объемы медицинской помощи конкретизируются на основе стандартизации медицинских технологий. Для каждого вида заболеваний на федеральном уровне разрабатываются и утверждаются клинические протоколы (отраслевые стандарты), включающие перечни медицинских услуг и лекарственных средств, а также алгоритмы выполнения медицинских услуг (дозы и кратность применения, уровни оказания медицинской помощи и проч.). В части установленного перечня и алгоритмов выполнения клинические протоколы едины для всей страны.

На основе клинических протоколов субъекты РФ разрабатывают клинико-экономические стандарты (КЭСы), конкретизирующие требования клинических протоколов и содержащие оценку стоимости установленного

«пакета». КЭСы определяют конкретные объемы медицинской помощи по каждому заболеванию с учетом особенностей используемых медицинских технологий (не только что делать, но и как делать) и цен на ресурсы. Каждый субъект РФ принимает и использует свои клинико-экономические стандарты.

Клинические протоколы и КЭСы состоят из двух частей. Фиксированная часть — обязательный для всех пациентов с определенным заболеванием набор медицинских услуг и лекарственных средств. Объем услуг фиксированной части одинаков для всех пациентов с данным заболеванием. Переменная (вероятностная) часть — набор медицинских услуг, необходимый для части пациентов с данным заболеванием в зависимости от особенностей его течения. Объем услуг переменной части определяется в расчете на совокупность пациентов (например, для диагностики холецистита на 100 пациентов требуется 60 ультразвуковых исследований).

Фиксированная часть услуг гарантируется каждому пациенту, переменная — по медицинским показаниям. Решение о переменной части принимается лечащим врачом в порядке, определяемом руководителем медицинской организации. В случае медицинских противопоказаний к использованию включенных в КЭС медицинских услуг и лекарственных средств гарантируется оказание медицинской помощи, не предусмотренной стандартом. Но это предполагает более высокий уровень принятия решения — клинико-экспертной комиссией медицинской организации.

Такая структура стандарта обеспечивает, с одной стороны, конкретизацию набора медицинских услуг и лекарственных средств, получаемых пациентами, с другой — сохраняет необходимую свободу врача при принятии решения в условиях многообразия проявлений одного и того же заболевания у различных пациентов.

Порядок оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий основан на принципе: гарантируется предоставление медицинской помощи при соблюдении установленного «маршрута» движения пациента по уровням оказания медицинской помощи. Роль организатора и координатора оказания медицинской помощи на других этапах принадлежит участковому врачу и врачу общей практики. Плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях и в условиях стационаров оказывается по направлению этой категории врачей. При отсутствии соответствующих направлений плановая медицинская помощь предусматривает прямую оплату пациентом.

Законопроект предусматривал также квотирование высокотехнологичных видов медицинской помощи, оказываемых как в федеральных медицинских организациях (для субъектов РФ), так и в медицинских организациях субъектов РФ третичного уровня (для муниципальных образований). Субъекты РФ могут устанавливать дополнительные гарантии в отношении таких видов помощи — на основе прямых договоров с федеральными медицинскими организациями по тем же тарифам, которые установлены для квотируемой медицинской помощи. Перечни и размеры квот указанных видов медицинской помощи, а также перечни медицинских организаций, ее оказывающих, устанавливаются ежегодно соответственно федеральной и территориальной программами государственных гарантий.

Задача разработки клинических протоколов и клинико-экономических стандартов для разных видов заболеваний является, разумеется, очень масштабной и достаточно сложной с методологической и технической точ-

ки зрения. Но это задача решаемая. Существует методология разработки клинических протоколов, соответствующих требованиям, включенным в законопроект, и на основе этой методологии уже подготовлен целый ряд таких протоколов, утвержденных Минздравсоцразвития. Для реализации предложенной стратегии достаточно разработать клинические протоколы по 300—400 наиболее распространенным заболеваниям. По оценкам экспертов Минздравсоцразвития, такое количество видов болезней соответствует примерно 80% фиксируемых случаев заболеваний. Стандарты по остальным заболеваниям могут быть разработаны самостоятельно регионами.

Практика разработки стандартов медицинской помощи при заболеваниях и их использования для целей оплаты медицинской помощи в системе ОМС получила достаточно заметное распространение на региональном уровне. По состоянию на конец 2004 г., в 49 субъектах РФ были утверждены региональные стандарты по заболеваниям. В 36 субъектах РФ, по данным на конец 2006 г. (в 27 — в 2004 г.), имеется опыт разработки медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, выделения клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний и использования этого инструментария при расчете тарифов в системе ОМС. Можно выделить 10 субъектов РФ с развитыми системами КСГ (более 270 КСГ): Астраханская область, Брянская область, Воронежская область, Калужская область, Приморский край, Республика Коми, Республика Татарстан, Ростовская область, Самарская область, Санкт-Петербург). В 17 субъектах РФ используются развитые системы стандартов. Наиболее развитая в стране система медико-экономических стандартов разработана в Краснодарском крае: 2826 моделей комплексных медицинских услуг — для взрослых и 1316 — для детей, а также 7809 моделей простых медицинских услуг. По оценкам авторов этой работы, на основе разработанной ими методологии можно за два года сформировать стандарты для каждого региона.

Существующие региональные стандарты проще, чем те, разработка которых предусматривалась законопроектом, но имеющийся опыт свидетельствует, что задача детализации гарантий бесплатной помощи в виде стандартов медицинских услуг является решаемой. Тем не менее подготовленный законопроект о государственных гарантиях медицинской помощи был отложен правительством в сторону. Основные препятствия реализации предложенной стратегии связаны не с методологическими и техническими трудностями, а лежат в экономической и политической плоскости.

Разработка и утверждение системы детальных стандартов оказания медицинской помощи будет означать принятие государством на себя четко определенных обязательств, универсальных для всех граждан страны. Правда, определенные региональные вариации допускаются. По тем заболеваниям, по которым будут утверждены федеральные клинические протоколы, в региональных медико-экономических стандартах могут иметься некоторые различия в технологии проведения диагностических исследований, в оборудовании, которое для этого используются, в составе применяемых лекарственных препаратов, в типе учреждений здравоохранения, в которых гарантируется предоставление соответствующей помощи, и др. Для тех заболеваний, для которых будут разрабатываться только региональные медико-экономические стандарты, различия между стандартами в разных регионах, будут, очевидно, более значительными.

Допуская определенную региональную дифференциацию, стандарты тем не менее будут предусматривать перечни услуг и лекарственных препа-

ратов, которые должны обеспечить излечение больных или стабилизацию их состояния, если полное излечение заболеваний невозможно по медицинским показаниям. Объемы этих услуг и лекарственной помощи, даже при условии выбора клинически и экономически эффективных медицинских технологий и лекарственных препаратов, будут превосходить реально предоставляемые населению в существующих условиях. Вспомним об уже упоминавшихся в разделе 3 результатах исследования состава услуг, оказываемых пациентам в поликлиниках. [Гудков и др., 2002]

Стандарты должны определять стоимость оказания предусматриваемых ими медицинских услуг и лекарственного обеспечения. Расчет необходимых затрат может привести к обескураживающим результатам: потребность в ресурсах для оказания медицинской помощи в объемах, соответствующих стандартам и прогнозируемому числу случаев заболеваний, может намного превысить самые реалистичные оценки возможностей увеличения государственного финансирования здравоохранения. Очевидно, что без крупных дополнительных вливаний в отрасль практически не удастся обеспечить приемлемый уровень качества гарантируемой государством медицинской помощи. Даже если получится с помощью клинико-экономических стандартов внедрить в практику менее затратные и клинически эффективные медицинские технологии, трудно ожидать, что размер экономии превысит 10–20% [Вишневецкий и др., 2006].

Обеспечение обязательств, установленных детальными стандартами, потребует выравнивания условий финансирования здравоохранения в разных регионах. Между тем возможности перераспределения существующих расходов на здравоохранение от богатых к бедным регионам представляются проблематичными. Следовательно, увеличивать финансирование здравоохранения в отстающих регионах потребуется за счет субсидий из федерального бюджета, и размеры общей потребности в финансовых ресурсах для обеспечения выполнения стандартов по всей территории страны окажутся еще выше, ведь надо будет подтягивать отстающие регионы, не уменьшая возможности финансирования здравоохранения в богатых регионах.

Серьезным препятствием для реализации предложенной стратегии является также то обстоятельство, что она не дает быстрых результатов. Разработка и внедрение стандартов требуют нескольких лет, и потому, чтобы получить ощутимые результаты, связанные с улучшением качества и доступности медицинской помощи, до завершения электорального цикла, начать работу по конкретизации гарантий надо в самом начале электорального цикла. В 2004 г. правительство отдало приоритет не реформированию здравоохранения, а монетизации льгот. Время для начала реформ было упущено, а ход кампании по монетизации льгот лишь напугал власть возможностью непредсказуемых последствий в случае серьезных изменений сложившихся, пусть и неэффективных, институтов в социальной сфере. Возобладала установка на поиск и реализацию таких решений, которые могли бы продемонстрировать реальную или виртуальную результативность социальной политики власти и одновременно не были сопряжены с рисками возникновения социальных напряжений, то есть практически не имели бы заметных социальных издержек. Рассматриваемая стратегия этим требованиям не отвечала, и поэтому к ее реализации так и не приступили.

Стратегия конкретизации государственных гарантий задает правильное направление необходимых институциональных преобразований, но в

долгосрочном аспекте. Анализ препятствий, стоящих на пути масштабной конкретизации государственных гарантий в среднесрочной перспективе, подводит к выводу о необходимости модификации этой стратегии.

6. СТРАТЕГИЯ СЕЛЕКТИВНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОБЛЕМНЫХ ЗОН

Суть данной стратегии состоит во вбрасывании финансовых средств для селективного финансирования некоторых проблемных зон в оказании медицинской помощи для ослабления их остроты. При этом гарантии бесплатной медицинской помощи для основной части населения не меняются, а для ряда целевых групп расширяются или дополняются, но в целом остаются нечеткими.

Эта стратегия начала реализовываться государством в рамках кампании по монетизации льгот, а затем получила выражение в приоритетном национальном проекте в сфере здравоохранения.

Программа ДЛО

Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ предоставил право на бесплатное лекарственное обеспечение следующим категориям населения:⁴

- инвалиды войны и приравненные к ним категории;
- участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним категории;
- ветераны боевых действий;
- инвалиды и дети-инвалиды;
- лица, подвергшиеся воздействию радиации.

Ранее обеспечение льготников лекарствами производилось субъектами РФ за счет субсидий из федерального бюджета и собственных бюджетов и организовывалось каждым регионом самостоятельно. С 2005 г. лекарства стали предоставляться всем вышеуказанным категориям федеральных льготников бесплатно. Перечень лекарственных средств, предоставляемых льготникам, был существенно увеличен. Таким образом, гарантии лекарственного обеспечения для вышеуказанных целевых групп были расширены.

Главным изъяном внедренной системы дополнительного лекарственного обеспечения льготников (ДЛО) является отсутствие определенных в явном виде форм регулирования объемов потребления лекарственных средств. Ранее размеры выписки лекарственных средств предопределялись заранее размерами их закупок за счет выделенных целевых средств. Органы управления здравоохранения доводили до сведения каждого медицинского учреждения и соответственно каждого участкового врача объемы препаратов различных наименований, которые те могли выписать своим больным в течение каждого месяца. В новом механизме врачи получили право самостоятельно определять объемы выписываемых препаратов. В выступлениях руководителей федеральных органов управления здравоохранения неоднократно подчеркивалось, что лимиты на объемы назначения лекарственных средств устанавливаться не будут.

Отсутствие определенных в явном виде форм регулирования объемов потребления лекарственных средств в новой системе негативно проявилось

⁴ Указаны в ст. 6.1 и 6.7 закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ и в Приложении № 1 к Порядку предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328.

в 2006 году. Выделенные на оплату лекарств 26 млрд руб. были полностью израсходованы к середине года, и система ДЛО оказалась в финансовом кризисе. Это стало прямым следствием начала выписки дорогостоящих препаратов и проблемы неблагоприятного отбора, являющейся классической проблемой страхования. Те, кто не отказался от лекарственного обеспечения в пользу денег, обладают существенно большей потребностью в лекарствах, чем те, кто выбрал деньги. Преодоление кризиса потребовало как увеличения ассигнований из федерального бюджета и других источников, так и проведения политики ограничения объемов выписки лекарственных средств.

Но в итоге степень определенности гарантий лекарственного обеспечения льготников оказалась невысокой. Ограничения в выписывании препаратов устанавливаются ситуативно, и проблемы реальных возможностей использования гарантий воспроизведены на новом уровне.

Приоритетный национальный проект

После неудач кампании по монетизации льгот правительство стало проводить политику избегания новых масштабных действий, связанных даже с минимальным риском негативной реакции со стороны населения или профессиональных групп. Тем не менее проблемы российского здравоохранения и необходимость действий по их, по крайней мере, ослаблению, очевидно, понимались политическим руководством. Президент РФ в сентябре 2005 г. провозгласил задачи выполнения четырех приоритетных национальных проектов, в том числе проекта «Здоровье».

В качестве приоритетов выделены развитие первичной медицинской помощи и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. В рамках первого направления средства расходуются на доплаты врачам общей практики, участковым терапевтам и педиатрам в размере 10 тыс. руб. в месяц, работающим с ними медицинским сестрам — в размере 5 тыс. руб., на оснащение муниципальных медицинских организаций диагностическим оборудованием, оснащение станций скорой медицинской помощи оборудованием связи, автомобилями, закупку вакцины и иммунизацию населения, профилактику и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита и гепатита В и С, диспансеризацию различных групп населения. Производится также дополнительное финансирование посредством механизма родовых сертификатов медицинской помощи, оказываемой женщинам женскими консультациями в период беременности и родильными домами в период родов.

В рамках второго направления ведется строительство 15 новых федеральных медицинских центров, а также увеличены объемы бесплатного оказания так называемой высокотехнологичной медицинской помощи федеральными медицинскими организациями с 60 тыс. пролеченных больных в 2004 г. до 250 тыс. в 2008 г.

Расходы из федерального бюджета, Федерального фонда ОМС и Фонда социального страхования РФ на его выполнение достигли 91,5 млрд руб. в 2006 г., что составило примерно 10% совокупных расходов государства на здравоохранение. В 2007 г. расходы на национальный проект достигли 131 млрд руб.

Рассматривая содержание национального проекта под углом государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, можно констатировать, что он не предусматривает каких-либо изменений таких гарантий

для всего населения. Но проект обеспечивает большее ресурсное наполнение определенных сегментов этих гарантий в части оказания первичной, скорой и высокотехнологичной помощи и благодаря этому делает обеспечение этих гарантий менее ситуативным и более универсальным для граждан страны.

Вместе с тем проект предусматривает бесплатное предоставление ряду целевых категорий населения дополнительных медицинских услуг: обследование новорожденных детей на галактеземию, муковисцидоз и адренегенитальный синдром (расширение неонатального скрининга), проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, проведение дополнительных медицинских осмотров работников, занятых на предприятиях с вредными и (или) опасными производственными факторами, лекарственное обеспечение лечения инфицированных вирусом иммунодефицита и гепатита В и С. Фактически это означает расширение гарантий для перечисленных категорий населения, причем это расширение формулируется в терминах оказания конкретных видов медицинских услуг.

Стратегия селективного финансирования проблемных зон в обеспечении государственных гарантий медицинской помощи населению фокусируется на росте объемов предложения медицинской помощи, на расшивке ресурсных ограничений по реализации гарантий в отношении отдельных компонентов медицинского обслуживания. Но данная стратегия сохраняет ситуацию разрыва между гарантиями и их финансовым обеспечением в других зонах и в очень малой степени адресуется институтам, обеспечивающим реализацию гарантий.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении последних 15 лет государство в своей политике финансового обеспечения гарантий оказания медицинской помощи населению реализует стратегию санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными, осуществляемого самими их поставщиками — медицинскими учреждениями и их работниками. Эта стратегия привела к диффузионной трансформации гарантий. Соотношение бесплатного и платного является ситуативным и подвижным. Масштабы включения платных форм оказания медицинской помощи в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, призванных предоставлять населению бесплатную помощь, и возможности получения бесплатной помощи сильно варьируют для разных территориальных и социально-экономических групп населения.

В последние три года правительство, не отказываясь от первой стратегии, сочетает ее с реализацией стратегии вбрасывания финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в оказании бесплатной медицинской помощи. Эта стратегия может в краткосрочной перспективе приостановить замещение бесплатных услуг платными и обеспечить повышение доступности и качества определенных видов медицинской помощи. Но в более длительной перспективе эта стратегия не в состоянии в целом переломить происходящие процессы дифференциации условий получения медицинской помощи, поскольку она почти не обеспечивает продвижения в решении проблемы нечеткости и финансовой несбалансированности гарантий в целом.

Проведенный анализ реализуемости возможных альтернативных стратегий трансформации государственных гарантий приводит к следующим выводам.

Для реализации стратегии радикального пересмотра гарантий у власти нет политического капитала, который потребуется заплатить за признание сокращения государственных гарантий, и нет потенциала администрирования, который необходим для эффективной реализации схем введения соплатежей населения за медицинские услуги.

Стратегия конкретизации государственных гарантий нереализуема, если рассчитывать провести такую конкретизацию в пределах нескольких лет. Это потребует слишком больших финансовых затрат государства для повсеместного обеспечения универсальных, четко определенных гарантий предоставления медицинских услуг и лекарственной помощи при заболеваниях.

Нужно отдавать себе также отчет в том, что нечеткость социальных гарантий (или, другими словами, мягкость социальных обязательств государства), унаследованная от советской системы, возникла и сохраняется не случайно [Якобсон, 2006]. Однозначность комплекса гарантий при недостаточности ресурсов для их обеспечения привела бы к дисфункциям системы предоставления социальных благ.

Поэтому нужно признать, что расхождение между декларируемыми гарантиями и их реальным наполнением и неравенство в этом наполнении для разных групп населения полностью неустранимы в обозримой перспективе и характеризуют имманентный существующей системе здравоохранения способ ее функционирования, который будет сохраняться еще долго. Из этого признания следует, что нужно переформулировать решаемые проблемы и в новом формате искать стратегии их решения.

Проблема декларативности гарантий бесплатной медицинской помощи уже в самой ее формулировке предопределяет обсуждаемые пути решения. Необходимо исходить из того, что сохранение декларативных гарантий является пока важным фактором, обеспечивающим функционирование существующей системы оказания медицинской помощи.

А значит, проблемы обеспечения гарантий необходимо формулировать иначе. В качестве наиболее приоритетных проблем, связанных с трансформацией гарантий, предлагается рассматривать следующие:

- проблема неравенства в доступности медицинской помощи, влекущего серьезные последствия для состояния здоровья уязвимых групп населения и серьезные социальные напряжения;
- проблема минимальной защиты населения от рисков катастрофических затрат при заболеваниях.

Эти проблемы представляются решаемыми в обозримой перспективе. Согласно этим проблемам, задачи и возможные стратегии будут определяться иначе, чем рассмотренные выше.

Так, в качестве наиболее приоритетных задач могут быть названы:

- уменьшение неравенства в доступности медицинских услуг, наиболее эффективных с точки зрения влияния на показатели смертности;
- снижение неравенства в доступности бесплатной медицинской помощи в тех ее сегментах, которые наиболее чувствительны с точки зрения представлений населения о социальной справедливости;
- снижение рисков катастрофических затрат на лечение для социально уязвимых групп населения.

В качестве решения этих задач может быть предложена стратегия, являющаяся своеобразным «новым синтезом» рассмотренных выше стратегий конкретизации гарантий и селективного финансирования проблемных зон. Ее можно назвать стратегией **поэтапной конкретизации гарантий и их селек-**

тивной балансировки с ресурсами. В отличие от первой, она не претендует на масштабную замену в течение нескольких лет нечетких гарантий на четкие; в отличие от второй — ориентирует на выбор таких способов селективного финансирования проблемных зон, которые обязательно уменьшают, пусть и локально, нечеткость гарантий.

Эта стратегия предусматривает:

- выбор отдельных сегментов в системе оказания медицинской помощи, приоритетных с точки зрения вклада в решение вышеуказанных задач;
- конкретизацию государственных гарантий применительно к этим сегментам;
- направление ресурсов для обеспечения уровня качества и доступности этих видов помощи, соответствующего уточненным гарантиям;
- апробацию и внедрение новых экономических механизмов сочетания государственного и частного финансирования здравоохранения, обеспечивающих снижение рисков финансовых затрат для населения при заболеваниях.⁵

Стратегия поэтапной конкретизации гарантий и их селективной балансировки с ресурсами обозначает реальный выход из тупика, в котором оказалась существующая система государственных гарантий оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

База данных об организации финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации. // <http://zrav.socpol.ru>

Баткибеков, С. Повышение эффективности бюджетного финансирования государственных учреждений и управления государственными унитарными предприятиями. Том 1. Совершенствование системы управления и финансирования бюджетных учреждений / С. Баткибеков, Л. Гребешкова и др. — М.: ИЭПП, 2003.

Бесстремьянная, Г. Е. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. / Г. Е. Бесстремьянная, А. Я. Бурдяк, А. С. Заборовская и др.; рук. авт. колл. Л. Н. Овчарова // Независимый институт социальной политики. — М.: ГУ-ВШЭ, 2005.

Бесстремьянная, Г. Е. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова и др. // Независимый институт социальной политики — М.: Изд. Дом ГУ-ВШЭ, 2004

Бесстремьянная, Г. Е. Доступность медицинской помощи. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / Г. Е. Бесстремьянная, С. В. Шишкин и др.; рук. авт. колл. Л. Н. Овчарова / Независимый институт социальной политики — М.: ГУ-ВШЭ, 2005.

Богатова, Т. В. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России / Т. В. Богатова, Е. Г. Потапчик, В. А. Чернец и др. // Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ». № 142 — М.: Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики, 2003.

Гудков, А. А. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России / А. А. Гудков, Л. Д. Попович, С. В. Шишкин // Социальное обеспечение экономических реформ. — М.: ИЭПП. 2002. С. 98–190.

⁵ Прообразы таких новых экономических механизмов, представляющих собой формы солидарного участия в несении расходов на здравоохранение, альтернативные и дополняющие традиционные формы государственного и частного финансирования здравоохранения, можно увидеть в деятельности больничных касс в Украине [WHO, 2004], в системе добровольного медицинского страхования в Туркменистане [WHO, 2000b], в предложениях о сочетании обязательного и добровольного медицинского страхования [Гудков и др., 2002] и о дополнительных программах медицинского страхования в России [Вишневецкий и др., 2006].

Вишневский, А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета Высшей школы экономики/ А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский и др. — М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.

Заборовская, А. С. Формы участия населения в оплате социальных услуг в странах с переходной экономикой/ А. С. Заборовская, С. В. Шишкин — М.: ИЭПП, 2004.

Индекс потребительских настроений в России// <http://ipn.socpol.ru/>

Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. [Утв. Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 16.10.1998]// Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. — М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, Т. 8. С. 204–237.

Минздравсоцразвития РФ (2006а). Информация о проведении мониторинга реализации Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» за 2005 год// http://www.mzsrff.ru/inform_fz/430.html

Минздравсоцразвития РФ (2006б). Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения — М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Минздравсоцразвития РФ (2007). Показатели реализации Программы государственных гарантий в субъектах Российской Федерации по объемам и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи в 2006 году (по Ф№62).

Правительство РФ (1997). Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. [Утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 5.11.1997 № 1387].

Правительство РФ (1998). Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. [Утв. Постановлением Правительства Российской Федерации 11.09.1998 № 1096].

Правительство РФ (2000). Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. [Одоб. в основном на заседании Правительства Российской Федерации 28 июня 2000 г.]

Правительство РФ (2005). Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год. [Утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2005 г. № 461].

Президент РФ (2004). Послание Федеральному собранию Российской Федерации 26 мая 2004 года.// <http://president.kremlin.ru/sdocs/appears.shtml? type=63372>

Салтман, Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий./ Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас/Ред. (2000). Пер. с англ. — М.: Гэотар Медицина.

Слепнев, А. А. Модернизация системы здравоохранения: поиск решений/ А. А. Слепнев, В. И. Шевский, И. М. Шейман и др.// Менеджер здравоохранения. № 11. 2004.

Флек, В. О. Финансирование российского здравоохранения: проблемы и перспективы/ В. О. Флек. — М., 2005.

Шейман, И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И. М. Шейман. — М.: Издатцентр Русь. 1998.

Шейман, И. М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении/ И. М. Шейман// Экономика здравоохранения. 2000. № 5,6/45, С. 47–55.

Шишкин, С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения/ С. В. Шишкин. — М.: ИЭПП. Теис. 2000.

Шишкин, С. В. Организация финансирования и управления здравоохранения в регионах России в 2006 году. Общая характеристика/ С. В. Шишкин, Н. Б. Канатова, Е. В. Селезнева и др.// <http://zrav.socpol.ru>

Якобсон, Л. И. Социальная политика: коридоры возможностей/ Л. И. Якобсон // Общественные науки и современность. № 2. 2006.

Berdaga, V. Access of the population of the Republic of Moldova to health services./ V. Berdaga, S. Stefanet, O. Bivol// Chisinau. 2001

Kutzin, J. Formalizing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals: Evidence from Phased Implementation of Financing Reforms. Draft for IHEA 2003 Conference/ J. Kutzin, T. Meimanaliev, A. Ibraimava et. al.// 2003.

Shishkin, S. Evaluation of Health Financing Reform in the Republic of Moldova. Report to the World Health Organization European Office/ S. Shishkin, G. Kacevicius, M. Ciocanu // 2006.

Stefanet, S. Report on Patient satisfaction and access to health care services in Orhei and Chisinau pilot regions. Public health reform project/ S. Stefanet// Chisinau. 2005.

WHO (World Health Organisation). European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition Country Profiles.//<http://www.who.dk/observatory/Hits/TopPage>

WHO (World Health Organisation). (2000a) — Estonia.

WHO (World Health Organisation). (2000b) — Turkmenistan.

WHO (World Health Organisation). (2001) — Armenia. Hovhannisyan S., Tragakes E., Lessof S., Aslanian H., Mkrtchyan A.

WHO (World Health Organisation). (2002a) — Georgia. MacLehose L., McKee M. (Ed).

WHO (World Health Organisation). (2002b)/ L. MacLehose, M. McKee (Ed) — Republic of Moldova.

WHO (World Health Organisation). (2004)/ V. Lekhan, V. Rudiy, E. Nolte — Ukraine.