

## ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

© 2009 г. Д. Н. Ермаков<sup>1</sup>

Конституция Российской Федерации провозглашает Россию социальным государством (ч. 1 ст. 7). В нашей стране здоровье людей охраняется законом. Для решения этой задачи государство создало систему обязательного медицинского страхования. Закрепление в Основном Законе прав граждан на охрану здоровья свидетельствует о реализации в России так называемых “социальных прав”, или “второго поколения” прав человека.

Страховой принцип финансирования медицинской помощи заложен в Законе РФ “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” от 21 июня 1991 г. Законодательством предусмотрено альтернативное существование систем добровольного (ДМС) и обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако низкий уровень жизни большей части населения не позволяет системе ДМС получить широкое развитие.

В настоящее время в России сложились и функционируют бюджетно-страховая модель финансирования – ОМС и страховая – ДМС. Субъектами системы ОМС выступают: граждане, страхователи (органы исполнительной власти – для пенсионеров и неработающего населения; организации и индивидуальные предприниматели (работодатели) – для работающего населения); страховые медицинские организации (СМО); федеральный (ФФОМС) и территориальные фонды (ТФОМС) обязательного медицинского страхования, Минсоцразвития, медицинские организации.

Устав Федерального фонда ОМС утверждён Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г.<sup>2</sup> Несмотря на очевидную потребность принятия специального Федерального закона, регламентирующего деятельность Федерального фонда ОМС, государство ограничилось внесением изменений в Устав ФФОМС, что было сделано Постановлением Правительства РФ от 27 октября 2008 г.<sup>3</sup> Усиливаются административные позиции Минсоцразвития РФ в управлении делами Федерального фонда ОМС. Председатель ФФОМС назначается на должность и освобождается от должности Правительством РФ по предложению Министра здравоохранения и социального развития РФ. Он назначает на должность и освобождает от должности заместителей председателя ФФОМС, утверждает административные регламенты исполнения фондом государственных функций и предоставления государственных услуг, а также порядок

организации проверок деятельности фонда. Министр здравоохранения и социального развития РФ является по должности председателем правления ФФОМС.

Положение о территориальном фонде ОМС, утверждённое постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г., в настоящее время действует. В соответствии с ним в субъектах Федерации утверждаются индивидуальные положения о ТФОМС субъектов.

В Российской Федерации система медицинской помощи населению представлена двумя основными уровнями: *первичным, или амбулаторно-поликлиническим, и госпитальным*. В большинстве развитых государств (США, Швеция, Швейцария, Франция и Япония) достаточно эффективно функционирует многоуровневая система медицинской помощи. Она основана на принципе технологического деления помощи на последовательные этапы, каждый из которых обладает собственными лечебно-диагностическими ресурсами, что позволяет наиболее рационально организовать медицинскую помощь и обеспечить ее качество. Двухуровневая система медицинской помощи в РФ не позволяет сконцентрировать усилия первичного звена на профилактике заболеваний и на эффективном ведении хронических больных и перегружает дорогостоящие стационарные учреждения пациентами, лечение которых можно было осуществлять в других условиях (например, реабилитационное, восстановление лечения).

Для решения данной проблемы предлагается внедрение в Российской Федерации трёхуровневой системы медицинской помощи.

**Первый уровень** – *профилактический* (первичная медицинская помощь). Его осуществлением должны заниматься амбулаторно-поликлинические учреждения. К его функциям следует отнести: диспансеризацию населения с целью последующего выделения групп риска по развитию различных неинфекционных заболеваний и реализации программ профилактики; лечение заболеваний, не требующих активного специализированного лечения; пропаганду здорового образа жизни.

**Второй уровень** предлагается сделать *парогоспитальным*. Он предполагает возможности оказания неотложной помощи, патронаж, реабилитацию. Его осуществлением должны заниматься специально созданные медицинские учреждения, включающие: бригады скорой медицинской помощи, отделения диагностической и лечебной помощи. К функциям учреждений парогоспитального уровня следует отнести оказание скорой (неотложной) медицинской помощи, определение объёма медицинской помощи и патронаж.

Третий уровень – *стационарный* (госпитальный) предназначен для оказания помощи больным, нуждающимся в

<sup>1</sup> Профессор кафедры экономики и социологии труда Российского государственного социального университета, кандидат исторических наук, кандидат экономических наук, доктор политических наук.

<sup>2</sup> См.: *Собрание законодательства РФ*. 1998. № 32. Ст. 3902; 2004. № 51. Ст. 5206; 2007. № 1. Ст. 309.

<sup>3</sup> См.: <http://www.medvestnik.ru/>

сложном операционно-хирургическом вмешательстве, услугах реанимационного характера. К функциям учреждений стационарного уровня относится круглосуточное наблюдение, проведение неотложных и плановых диагностических и лечебных мероприятий, требующих госпитализации.

Экстренное поступление больных в стационар целесообразно организовать через парагоспитальную службу, а плановую госпитализацию – по направлению врача первичного уровня.

Основания для выписки больного из стационара должны согласовываться с врачами парагоспитальной службы (необходимо определить стратегию долечивания пациента).

Таким образом, внедрение трёхуровневой системы позволит освободить первичное и госпитальное звенья от наблюдения за впервые заболевшими пациентами, уменьшит лечебную нагрузку на врачей первичного уровня и даст возможность сконцентрировать их усилия на профилактической работе, на долечивании больных в условиях “домашнего стационара”. Сокращение избыточного коечного фонда стационаров позволит сконцентрировать внимание врачебного персонала на применении новых методик и технологий оказания медицинской помощи. В целом возможно повышение медицинской и экономической эффективности всей технологической цепочки профилактики заболеваний, лечения и реабилитации больного.

Переход к трёхуровневой модели оказания медицинской помощи благоприятно скажется на медицинской и экономической эффективности всей технологической цепочки профилактики заболеваний, лечения и последующей реабилитации пациента.

Целесообразно сохранить за парагоспитальной службой активную самостоятельную функциональную роль в лечебно-реабилитационном процессе при поддержании тесной двухсторонней связи с госпитальными учреждениями. Трёхуровневая модель оказания медицинской помощи применима в системах ОМС и ДМС. Однако медицинские организации системы ДМС не в состоянии конкурировать с государственными лечебными учреждениями. Последние наряду с бюджетно-страховым финансированием создают хозрасчётные подразделения, оказывающие медицинские услуги за наличный расчёт. Прейскурант цен на медицинские услуги произвольно устанавливается главным врачом лечебного учреждения. Нередко указанные учреждения для оказания платных услуг используют оборудование, приобретаемое за счёт средств ОМС.

Качество оказания медицинской помощи во многом зависит от моделей финансирования обязательного медицинского страхования.

В странах с развитой рыночной экономикой существуют две основные модели распределения средств среди лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ): через страховые фонды, если преимущественным источником финансирования здравоохранения являются страховые платежи; через региональные органы управления здравоохранением, если источником финансирования являются централизованные налоги.

Источником государственного финансирования здравоохранения в развитых странах чаще всего являются средства обязательного медицинского страхования (Германия, Франция, ряд южных стран ЕС) или налоги (Великобритания, Испания, северные страны ЕС). В цивилизованных странах с государственным обязательным медицинским страхованием взносы составляют более 10% от фонда оплаты труда (в РФ –

3,2%), не зависят от размера дохода и чаще всего в равной мере распределяются между работодателем и работником.

В России основными недостатками действующей многоканальной модели финансового обеспечения и организации государственной системы здравоохранения являются множественность источников поступлений средств для обеспечения Программы государственных гарантий (ПГГ)<sup>4</sup> и недостаточность каждого из них для обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Источниками государственного финансового обеспечения здравоохранения Российской Федерации являются налоговые поступления и средства ОМС. Установлено, что проект бюджета ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период и проект отчета об исполнении бюджета ФФОМС представляются в Минздравсоцразвития РФ<sup>5</sup>. Бюджет ФФОМС рассматривается и утверждается Федеральным Собранием в форме федерального закона одновременно с принятием закона о федеральном бюджете на очередной финансовый год. Территориальные фонды ОМС разрабатывают проекты бюджетов, сбалансированные по объемам государственных обязательств по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Бюджет территориального фонда в форме проекта закона субъекта Федерации с пояснительной запиской, одобренный (согласованный) правлением территориального фонда, в установленные сроки представляется Федеральному фонду обязательного медицинского страхования. Проект закона о бюджете территориального фонда представляется органом исполнительной власти субъекта Федерации на рассмотрение законодательного (представительного) органа субъекта РФ в составе документов и материалов, представляемых одновременно с проектом закона субъекта Федерации о бюджете на очередной финансовый год и утверждается одновременно с принятием закона субъекта РФ о бюджете на очередной финансовый год<sup>6</sup>.

Согласно положениям Бюджетного кодекса РФ исполнение бюджетов фондов ОМС должно осуществляться Федеральным казначейством Российской Федерации.

Финансовые средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

– базовой части Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи (ПГГ), складывающейся из средств работодателей (3,2% в доле ЕСН и взносов на неработающее население из бюджетов РФ);

– федеральной составляющей ПГГ, складывающейся из средств федерального бюджета (для финансирования высокотехнологичной медицинской помощи – ВМП), программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и отдельных целевых программ, включая приобретенный национальный проект в здравоохранении);

– территориальной составляющей ПГГ – средств регио-

<sup>4</sup> См.: Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год. Утверждена Постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. // СПС “Гарант”. 2009. 1 марта.

<sup>5</sup> См.: <http://www.medvestnik.ru>

<sup>6</sup> Правила составления, рассмотрения и исполнения бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом директора ФФОМС от 9 сентября 2003 г. // Росс. газ. 2004. 25 дек.

нального и муниципального бюджета (для функционирования обеспечения учреждений и отдельных видов медицинской помощи, дополнительных к базовой программе ОМС);

– Фонда социального страхования, выделяющего средства на оплату путёвок для инвалидов и родовых сертификатов.

Существующая схема финансирования приводит к размытию ответственности со стороны частных страховых организаций (СМО) за исполнение ППГ.

На основе Программы и методических рекомендаций, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов, органы исполнительной власти субъектов Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Начиная с 2005 г. Правительство РФ ежегодно утверждает нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одного жителя (подушевые финансовые нормативы).

На основании установленных нормативов субъектами Федерации ежегодно утверждаются территориальные программы государственных гарантий, в том числе территориальные программы ОМС.

При этом установленный норматив Базовой программы ОМС за счёт средств обязательного медицинского страхования (в 2007 г. – 1936,3 руб., в 2008 г. – 2207,1 руб.) включал расходы медицинских организаций на оплату труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование и не включал расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных средств.

Установленный Правительством РФ подушевой норматив обеспечения Программы за счёт средств бюджетов субъектов Федерации и местных бюджетов (в 2007 г. – 2015,4 руб., в 2008 г. – 2295,9 руб.) включал в том числе расходы на обеспечение деятельности медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных средств). При этом указанный норматив не включал в себя средства на страхование неработающего населения.

Расходы на Программу из государственных источников финансирования в 2007 г. составили 897,3 млрд руб. и возросли в текущих ценах в 3,8 раза по сравнению с 2001 г. Программа обеспечивалась в указанном году за счёт федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов (63,4%) и средств системы ОМС (36,6%).

Расходы консолидированных бюджетов субъектов Федерации на Программу, начиная с 2001 г., увеличились в 3,1 раза и составили в 2007 г. 406,6 млрд руб.

Доля Программы в валовом внутреннем продукте составила в 2007 г. 2,9% (в 2006 г. – 2,6%).

В 2007 г. средневзвешенный подушевой норматив финансирования Программы (в части бюджетов субъектов Федерации, местных бюджетов и бюджетов территориальных фондов ОМС) составил 4764,17 руб., и за период с 2001 по 2007 г. данный показатель в текущих ценах возрос более чем в 3 раза.

Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий в 2007 г. по-

зволил установить их дефицит в 60 субъектах РФ, который составил 65,4 млрд руб. В 2007 г. дефицит в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС был установлен в 58 субъектах Федерации и составил 29,2 млрд руб.

В 2007 г. в реализации территориальных программ государственных гарантий участвовали 142 страховые медицинские организации, а также 245 филиалов страховых медицинских организаций. Объем средств, находившихся под их управлением, составил 292,7 млрд руб., при этом стоимость ведения дел СМО составила 5,4 млрд руб.

Сумма прямых расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на территориальные программы государственных гарантий (ТППГ) без учёта платежей на неработающее население оценочно соответствует 28,6% средств, поступивших в консолидированные бюджеты субъектов Федерации. Платежи на неработающее население в 2007 г. составили 142,9 млрд руб. Для сравнения: в Москве платёж на неработающее население в 2007 г. составил 8 млрд руб., а расчётная стоимость оказанных неработающему населению услуг – 18,6 млрд руб.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. в редакции Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий” от 29 декабря 2006 г., а также Постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2008 г., гражданам Российской Федерации предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная;
- неотложная;
- скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная, в том числе высокотехнологичная.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических, больничных учреждениях.

Скорая медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь гражданам предоставляется:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

– амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями и дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

– больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Нормативы объема медицинской помощи с целью обеспечения потребности граждан в медицинской помощи по ее видам рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных ПГТ, и в среднем составляют:

– для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи – 0,318 вызова;

– для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, – 9,198 посещения, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 8,458 посещения;

– для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, – 0,577 пациенто-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,479 пациенто-дня;

– для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, – 2,812 койко-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,942 койко-дня.

Оплата первичной медико-санитарной помощи осуществляется на основании подушевых нормативов на прикрепленное население. Данный метод является приоритетным для осуществления координирующей функции первичного звена, стимулирует повышение его ответственности. Подушевые нормативы дополняются механизмами стимулирования: использованием поощрительных систем оплаты первичного звена и системы фондодержания. Подушевые нормативы могут дополняться механизмами стимулирования: использованием премиальных систем мотивации труда и систем фондодержания.

В первом случае предполагается мотивировать лечебные учреждения первичного и параклинического уровней доплатами за результаты в лечебно-профилактической деятельности за отчетный год. Источником для финансирования поощрений должен служить выделенный фонд (в составе резерва оплаты медицинской помощи страховщика).

Во втором варианте возможно использовать схему фондодержания. Организация-фондодержатель получает финансирование не только на собственную деятельность, но и на оплату услуг других медицинских учреждений (стационаров, скорой помощи, диагностических центров). За каждую госпитализацию больного, направление на диагностику или в специализированное медицинское учреждение поликлиника делает платёж в фиксированном размере, а остальное доплачивает страховщик.

Контроль за качеством и объёмом предоставляемых услуг в системе ОМС осуществляется СМО в соответствии с Методическими рекомендациями по организации контроля объёмов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом ФФОМС от 26 мая 2008 г.<sup>7</sup>

В целях улучшения качества оказываемых медицинских услуг в системе ОМС на законодательном уровне предлагается осуществить переход на одноканальную модель финансирования здравоохранения. Приобретателями медицинских услуг выступают СМО, которые заключают договоры с медицинскими организациями. В договорах необходимо предусмотреть: порядок оказания медицинской помощи; разработку заказов-заданий ЛПУ с включением результатов согласований в договоры на предоставление медицинской помощи в системе ОМС; управление объёмами медицинской помощи; осуществление мониторинга за деятельностью ЛПУ.

В настоящее время средства ОМС доводятся через частные страховые медицинские организации (СМО), которые никак не заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и снижении издержек на её оказание. Необходимо сделать СМО ответственными за застрахованное лицо и производить оплату предоставляемых услуг по факту выписывания (вылечения) конкретного пациента.

Основными источниками поступлений средств в ОМС должны стать:

– страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения взамен существующего единого социального налога с отменой шкалы регрессии;

– часть налога на доходы физических лиц на уровне 30%;

– увеличенные платежи на неработающее население;

– межбюджетные трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Для перехода к новому качеству оказания медицинских услуг необходимо ввести механизм государственной аккредитации СМО либо установление обязательного медицинского страхования в качестве отдельного лицензируемого вида деятельности. Гражданам должно быть предоставлено право на выбор страховых медицинских организаций. Целесообразно разделить финансовых рисков между территориальным фондом ОМС и страховщиком: СМО берут на себя часть рисков, связанных с отклонением фактических расходов на оказание медицинской помощи застрахованным от плановых.

Следует расширить требования государства к СМО. Последнее включает обязательное информирование застрахованных лиц в системе ОМС об условиях и порядке подачи ими обращений и жалоб на качество услуг. Застрахованным лицам должна предоставляться необходимая правовая информация о возможности судебного обжалования деятельности субъектов системы ОМС. Необходимо установить единые требования к уровню развития информационных систем, персонализированному учёту. СМО обязываются предоставлять публичные отчёты о своей деятельности, сделать её максимально прозрачной.

В договорах между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями следует предусмотреть следующие взаимные обязательства:

– организацию медицинской помощи застрахованным;

– участие ТФОМС и СМО в разработке заказов-заданий ЛПУ с включением результатов согласований в договоры на предоставление медицинской помощи в системе ОМС;

– форму и порядок осуществления контроля за обоснованностью и сроками госпитализации, за соблюдением установленной системы направлений пациентов.

<sup>7</sup> См.: <http://www.medvestnik.ru/>

Необходимо продолжить формирование нормативно-правового обеспечения системы качества медицинской помощи, которая должна включать проверку соответствия качества и объёмов медицинской помощи договорным обязательствам.

Следует осуществить конкретизацию Федерального закона “Об автономных учреждениях” от 3 ноября 2006 г.<sup>8</sup> для

---

<sup>8</sup> См.: Росс. газ. 2006. 8 дек.

регулирования перевода бюджетных учреждений здравоохранения в автономные учреждения. Главным критерием для изменения организационно-правовой формы лечебных учреждений является возможность функционирования в системе ОМС исключительно на основе тарифов.

Реализацию конституционных прав граждан России на оказание квалифицированной доступной медицинской помощи можно и нужно рассматривать как первоочередную задачу Российского государства на современном этапе.