

Кроме стационарных циклов кафедр лучевой диагностики, лучевой диагностики и лучевой терапии совместно организуют выездные циклы тематического усовершенствования. По приглашению организаторов здравоохранения различных регионов России и стран ближнего зарубежья сотрудники кафедр читают лекции, проводят семинарские, практические и консультативные занятия для лучевых диагностов. География выездных циклов разнообразна: это города Магадан, Норильск, Мурманск, Томск, Барнаул, Кустанай, Сочи, Кисловодск, Рига, Таллинн. Циклы всегда привлекают большое число слушателей.

На пленуме Российской ассоциации радиологов (24—27 мая 1993 г., Ярославль) были обсуждены вопросы

подготовки кадров лучевых диагностов, которую в целом по стране нельзя признать совершенной из-за нехватки учебных баз и квалифицированных преподавателей. Значительная часть врачей проходит подготовку на низком уровне — ускоренным методом на рабочих местах, биссистемно. Результаты такой «подготовки» незамедлительно сказываются на больных.

Таким образом, кафедры лучевой диагностики ГИДУВа вносят весомый вклад в общую задачу повышения профессионализма врачей. В этом аспекте актуальность подготовки соответствующих кадров лучевых диагностов, в частности их первичная специализация и усовершенствование, не вызывают сомнений.

Поступила 12.12.94.

УДК 658.387:368.4

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С. В. Киселев, Е. М. Цаликова

*Кафедра страхового здравоохранения (зав.— доц. С. В. Киселев)
Казанского института усовершенствования врачей*

Практика формирования бюджетных ассигнований на медицинское обслуживание, действовавшая в недалеком прошлом, способствовала тому, что доля расходов на здравоохранение в общей сумме бюджетных средств постоянно сокращалась. Определяющим стал принцип остаточного финансирования такой социально значимой отрасли, как здравоохранение. Все эти обстоятельства содействовали формированию ряда негативных тенденций, которые проявились достаточно ярко в середине 80-х годов дефицитом медицинского персонала, больничных коек, медикаментов, замедлением темпов внедрения новых медицинских технологий и современного медицинского оборудования и т. д. В результате к концу 80-х годов резко снизились качественные показатели охраны здоровья населения в стране.

Определенные надежды возлагались на новый хозяйственный механизм в здравоохранении, который предусматривал реорганизацию деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе широкого применения экономических методов управления. Однако отрицательные тенден-

ции в состоянии здоровья населения страны не удалось обратить вспять. По-прежнему повышаются показатели младенческой смертности, продолжается рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности. По средней продолжительности жизни населения наша страна занимает одно из последних мест среди 60 стран мира.

В современных условиях большинство специалистов в области организации здравоохранения видят причину отсутствия эффективного механизма управления в хозяйствовании в медицине в «бюджетной замкнутости» отрасли. Несмотря на ежегодное увеличение бюджетных средств на здравоохранение, их доля в объеме валового национального продукта за последнее десятилетие не превысила 3—4%, что в 2—2,5 раза ниже, чем в промышленно развитых странах. При нормативных расходах на медицинское обслуживание населения в сумме 64 млрд. рублей в 1991 г. из бюджета СССР на эти цели было выделено 28 млрд. рублей. Фондовооруженность труда медицинских работников в настоящее время в стране в 4—5 раз ниже, чем в промышленности, а ведь именно данный показатель в значи-

тельной степени определяет качество медицинской помощи в современных условиях. Все это свидетельствует о том, что действующий порядок финансирования здравоохранения требует глубокого переосмысления и перестройки. Закономерно, что сначала в Российской Федерации, а затем и в нашей республике разработаны и приняты законы «О медицинском страховании граждан».

В основе организации системы государственного медицинского страхования лежит возможность сочетания двух принципов финансирования здравоохранения: «общественной солидарности» и «участия в издержках», когда определенная часть стоимости медицинской помощи оплачивается за счет личных средств застрахованных.

Страховая медицина финансируется на основе трех главных источников: целевых взносов предпринимателей и работодателей, платежей самих работников и субсидий из государственного бюджета. Возникновение в медицинском обслуживании дополнительных целевых источников финансирования здравоохранения следует, по нашему мнению, расценивать как одно из главных достоинств данной системы. Величина страхового взноса или налога, как правило, колеблется от 1 до 15%. Конкретная величина этого процента обычно ставится в зависимости от уровня дохода.

С учетом традиций нашей страны, а также нынешней социально-экономической и политической ситуации наиболее приемлемой моделью для данного этапа развития должна стать бюджетно-страховая медицина с акцентом на государственную систему обязательного медицинского страхования. В соответствии с Российским законом «О медицинском страховании граждан» основными источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются средства государственного бюджета, средства государственных и общественных организаций (объединений, предприятий и других хозяйствующих субъектов), личные средства граждан, безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования, доходы от обращения ценных бумаг, кредиты банков и других кредиторов, иные источники, не запрещенные законодательством Россий-

ской Федерации (статья 10 Закона о медицинском страховании).

Однако широкая возможность привлечения дополнительных средств на медицинское обслуживание является не единственным преимуществом системы страхового здравоохранения. Движение финансовых средств здесь носит четко целевой адресный характер, то есть денежные ресурсы в конечном счете направляются на охрану здоровья населения. Эти средства, аккумулируясь в фондах медицинского страхования, в том или ином виде возвращаются застрахованным. Можно выделить три основные формы возврата финансовых средств страховых средств гражданам: оплата стоимости получения медицинских услуг, финансирование профилактических мероприятий для населения, выплата премий или предоставление каких-либо льгот за здоровый образ жизни.

При заключении контрактов по медицинскому страхованию строго определяются обязательства сторон: формы и виды уплаты страховых взносов, с одной стороны, и определенные условия, объем и качество предоставляемой медицинской помощи — с другой. Четкую конкретизацию обязательств и необходимость строгого контроля за их выполнением можно также расценивать как одно из преимуществ медицинского страхования. Кроме того, прямое участие работодателей и работников в формировании фондов здравоохранения обуславливает их личную заинтересованность в снижении уровня заболеваемости, ведении здорового образа жизни.

Однако любая система не может быть идеальной и состоять лишь из одних достоинств. Есть в системе страхового здравоохранения и недостатки.

1. Множественность фондов и программ медицинского страхования затрудняет реализацию общегосударственных целевых программ в области здравоохранения. Особенно ярко этот изъян проявляется во время экономических кризисов и спадов производства.

2. «Открытость» системы для притока дополнительных средств по сравнению с чисто бюджетным здравоохранением порождает проблему искусственного повышения стоимости лечения больных (эффект коммерциализации).

3. Возникают дополнительные затраты, связанные с необходимостью содержания аппарата медицинского страхования. Например, в некоторых странах административный аппарат частных страховых компаний «съедает» до 22% ассигнований на здравоохранение. Средние расходы, идущие на жизнеобеспечение системы медицинского страхования, составляют 8—10% от совокупных затрат.

Как изложено в упомянутом выше законе, медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Государство берет обязательство предоставления гражданам при необходимости медицинской помощи за счет специально накопленных средств и финансирования профилактических мероприятий.

Медицинское страхование может быть обязательным, что предполагает наличие общегосударственной бюджетно-страховой системы здравоохранения, и добровольным, коллективным или индивидуальным. Обязательное медицинское страхование (ОМС) является всеобщим и охватывает все категории населения. Его реализация, как правило, осуществляется на основе специально разработанных программ, которые определяют конкретный объем, условия и качество предоставления медицинской и лекарственной помощи населению. В системе финансирования при ОМС достаточно весомое значение придается средствам государственного бюджета. Однако определяющим источником становится целевой страховой взнос предприятий, организаций, объединений всех без исключения организационно-правовых форм, который входит в структуру затрат на производство продукции (услуг) в части фонда заработной платы. Взносы самих трудящихся при обязательном медицинском страховании, согласно Российскому и республиканскому Законам, исключаются.

Приобщение населения к культуре страхования является особенно актуальным на стадии становления и тем более развития рыночных отношений в обществе, когда требуется отказ от целого ряда прежних менталитетов. Очевидно, что новые времена требуют новых ценностей — способов действий и защиты. В этой связи хотелось бы обратить внимание на два

обстоятельства. Во-первых, в самом процессе выживания в обществе рыночных отношений и свободного предпринимательства формируются новые стратегии существования. В силу динамичности рынка человек сталкивается со сложными саморазвивающимися многофункциональными системами, обладающими синергическими характеристиками, имеет дело со множеством возможных линий развития, действуя в ситуации неопределенности и многовариантности. Поэтому все большую роль начинают играть предохраняющие системы, которые могут нейтрализовать или смягчить возможную цепь катастрофических последствий для человека. Во-вторых, важным фактором, стимулирующим обращение к страхованию, следует считать усиливающуюся степень риска, риска насыщенности в нестабильной и непредсказуемой обстановке, порождаемой стихийными, противодействующими и непознанными моментами.

В условиях рынка с его новой для человека интенсификацией производства и социальной напряженностью, ведущей к психофизиологической истощенности, комплексу психосоматических заболеваний, риск становится неотъемлемым атрибутом жизни. Нормальное течение социальной, индивидуальной жизни достаточно часто нарушается непредвиденными обстоятельствами стихийного (природного) и социального плана. К первым можно отнести потерю возможности трудиться вследствие несчастного случая, ко вторым — вследствие отсутствия рабочего места в условиях безработицы. Однако характер непредвиденных обстоятельств для человека может быть различным: неблагоприятным или даже благоприятным в конечном итоге, но в любом случае нарушением рассчитанного им течения жизни. Легко предположить, что в основе успехов лежит оптимальное функционирование, имеющее (или способное иметь) немалую «цену здоровья». Но если мы не беремся за ее минимизацию, то возникает реальная опасность, что при более полном подсчете все иллюзии нашего благополучия превратятся в прах. Попытаемся проанализировать некоторые обстоятельства, которые трудно предугадать, а следовательно, принять в расчет отдельным человеком (или хозяй-

ственной единицей), а потому при своем наступлении разрушают, в частности, экономическое положение индивида (или хозяйственной системы). Конкретный вид несчастного события может поразить человека с экономической стороны двояким образом: во-первых, через физическое или общественное разрушение его способности к труду — важнейшего источника всех благ, во-вторых, через физическое или общественное разрушение самих материальных благ.

В рыночных системах хозяйствования сложились три типа организации страховой деятельности, основанные на различных формах собственности: единоличной, взаимной (кооперативной) и акционерной. Эти три формы имеют полное право на существование, тем не менее страховая деятельность предъявляет особые требования к наиболее успешному их функционированию.

Следует отметить, что термин «медицинское страхование» гораздо шире по содержанию, нежели просто система страхования. Реально система медицинского страхования, организованная на государственном (обязательном) уровне, предполагает систему финансирования здравоохранения. До настоящего времени усилия по перестройке экономики здравоохранения были сосредоточены на более эффективном распределении и использовании имеющихся у отрасли средств. Задача привлечения крупных дополнительных ресурсов на охрану здоровья и медицинское обслуживание населения не актуализировалась. В этой ситуации лечебно-профилактические учреждения вынуждены осваивать новые условия хозяйствования при неизменно скудном финансировании со стороны государства.

Новая модель финансирования дает возможность интегрировать медицину в финансовые потоки расширенного воспроизводства. Объем расходов на лечебно-профилактическую деятельность увязывается с показателями конечной реализации в отраслях народного хозяйства. Это позволяет экономическими средствами преодолеть остаточный принцип финансирования, что более перспективно для здравоохранения, чем предпринимаемые в последние годы административные попытки пересмотреть бюджетные приоритеты в пользу социальной сферы. Экономическая перестройка здравоохранения

поднимается с уровня отраслевого на уровень комплексного народнохозяйственного начинания, приобретает направленность, отвечающую общим задачам движения к рыночной экономике.

Перспективная модель придает финансированию здравоохранения смешанный бюджетно-соцстраховой характер. Система основана на сбалансированном сочетании бюджетных и внебюджетных источников привлечения средств при заметной децентрализации финансовой отрасли в пользу самоуправляемых территориальных программ.

Медицинское страхование граждан предусматривает создание в стране денежных страховых фондов для финансирования лечебно-профилактической деятельности и использование поступающих средств на покрытие текущих затрат медицинских учреждений. В перспективе фонды медицинского страхования могут решать и более широкий круг задач: целевое инвестирование в строительство, реконструкцию и техническое перевооружение объектов здравоохранения, развитие мощностей по производству медицинской техники и лекарственных препаратов, проведение оздоровительных мероприятий с учетом местной хозяйственной, социальной и экологической обстановки.

В целях подготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения для работы в условиях медицинского страхования решением ученого совета Казанского ГИДУВа в январе 1992 г. образована кафедра страхового здравоохранения. На ней впервые в Российской Федерации организована подготовка работников планово-финансовых подразделений лечебно-профилактических учреждений. Обучение слушателей ведется по специальной учебной программе, утвержденной Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации. Кроме того, разработан учебный цикл «Основы медицинского страхования», по которому занимаются врачи-курсанты Казанского ГИДУВа. На кафедре одновременно ведется научно-исследовательская работа по социально-экономическим проблемам становления и функционирования системы медицинского страхования в стране.

Поступила 02.01.95.