

Аналитическая записка
Медицинское страхование:
ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ
в Узбекистане





Медицинское страхование: возможности развития в Узбекистане. Аналитическая записка. Ташкент, 2008.

Аналитическая записка подготовлена в рамках проекта «Реформа государственных финансов в Узбекистане» программы развития ООН. Аналитическая записка подготовлена при содействии Центра содействия экономическому развитию (Ташкент).

Авторский коллектив: Ю.Б. Юсупов (руководитель авторского коллектива), И.З. Халимов, Р. Кливлеев, Н.Т. Мамажанова.

Все права принадлежат Программе развития ООН. Любое воспроизведение доклада или использование выдержек из данной публикации могут быть произведены только с письменного согласия, ссылка на источник обязательна. По всем вопросам, касающимся перепечатки, перевода и приобретения печатных версий обращаться по следующему адресу: 100029, г. Ташкент, ул. Тараса Шевченко, дом 4.

Мнения, выраженные в публикации, принадлежат авторам и необязательно отражают точку зрения Правительства Республики Узбекистан или ПРООН.

© Программа развития Организации Объединенных Наций, 2009
Узбекистан, 100029, г. Ташкент, ул. Т. Шевченко, д. 4
Тел.: (+998 71) 120 34 50
Факс: (+998 71) 120 34 85
Интернет: www.undp.uz

© Проект ПРООН «Реформа государственных финансов в Узбекистане», 2009
Узбекистан, 100003, г. Ташкент, Проспект Узбекистанский, 55
Тел.: (+99871) 259 21 52
Интернет: www.publicfinance.uz

Аналитическая записка

**Медицинское страхование:
возможности развития в Узбекистане**

Ташкент – 2009

Содержание

Введение.....	5
1. Основные модели финансирования здравоохранения, роль и функции медицинского страхования.....	6
Основные принципы и понятия медицинского страхования.....	6
Особенности сферы здравоохранения и рынка медицинских услуг.....	8
Основные способы финансирования здравоохранения.....	10
Развитие рынка медицинских услуг и медицинского страхования в переходных экономиках.....	15
2. Текущее состояние, проблемы и перспективы развития здравоохранения и медицинского страхования в Узбекистане.....	19
Текущее состояние системы здравоохранения Узбекистана.....	19
Проблемы финансирования здравоохранения	24
Особенности и проблемы развития рынка услуг добровольного медицинского страхования.....	27
Перспективы развития медицинского страхования в Узбекистане.....	30
Заключение.....	35
<i>Приложение 1. Основные термины страхования.....</i>	<i>39</i>
<i>Приложение 2. Опыт введения ОМС в России (по материалам прессы).....</i>	<i>43</i>
<i>Приложение 3. Организация предоставления услуг по добровольному медицинскому страхованию.....</i>	<i>52</i>
<i>Приложение 4. Какие услуги предоставляются по страховому полису.....</i>	<i>55</i>
Библиография.....	57

Таблицы

1.1. Результаты корреляционного анализа показателей состояния здравоохранения стран Западной, Восточной Европы и СНГ за 2004 г.....	11
2.1. Некоторые показатели финансирования здравоохранения Узбекистана.....	21
2.2. Показатели здравоохранения по отдельным странам Европы, Средиземноморья и СНГ, 2004 г.....	22
2.3. Основные показатели развития рынка добровольного медицинского страхования в Узбекистане за 2003-2007 гг.....	27

Рисунки

1.1. Виды медицинских услуг по источникам финансирования.....	14
1.2. Виды медицинских услуг при наличии не полной обеспеченности финансами государственных обязательств.....	15
3. Применение плоской ставки налога на доходы физических лиц.....	21

Список сокращений

АПУ	Амбулаторно-поликлиническое учреждение
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ППС	Паритет покупательской способности
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СВП	Сельский врачебный пункт
СМО	Страховая медицинская организация
СУБ	Сельская участковая больница
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт

Введение

Главные особенности сферы здравоохранения – ее колоссальная социальная значимость и наличие законодательных гарантий государства по предоставлению ряда базовых медицинских услуг гражданам страны. Кроме того, сфера предоставления медицинских услуг отличается от большинства прочих секторов экономики:

- › относительно высокой себестоимостью услуг;
- › асимметричностью информации во взаимоотношениях между продавцом и покупателем (медицинские работники, как правило, обладают намного большими знаниями о болезнях, травмах и способах их лечения, чем пациенты);
- › широким распространением такого явления как моральный риск (лицо, имеющее доступ к гарантированным услугам, сознательно увеличивает риск причинения ущерба, зная, что убытки будут покрыты за чужой счет).

Огромная социальная значимость сферы здравоохранения и указанные выше особенности делают актуальными как активное государственное регулирование рынка медицинских услуг, так и необходимость наличия профессиональных посредников, способных квалифицированно отстаивать права пациентов. Таковыми, как правило, выступают страховые организации.

Как показывает мировой опыт, медицинское страхование (как добровольное, так и обязательное) способно играть весьма положительную роль в повышении качества медицинских услуг, привлечении в отрасль здравоохранения дополнительных ресурсов, защите интересов и прав широких слоев населения.

В Узбекистане эта отрасль страхования пока еще находится на начальной стадии своего развития. Существует ряд проблем, которые препятствуют более широкому распространению данного вида страховых услуг. Изучение проблем и особенностей рынка медицинского страхования и выработка соответствующих рекомендаций и является основной целью этого документа.

Аналитическая записка состоит из двух разделов.

Первый раздел подготовлен на основе изучения мирового опыта финансирования здравоохранения и организации системы медицинского страхования. В частности здесь описаны особенности сферы здравоохранения и рынка медицинских услуг, основные модели финансирования здравоохранения, роль и функции медицинского страхования. Отдельно рассматриваются вопросы развития рынка медицинских услуг и медицинского страхования в переходных экономиках.

Второй раздел посвящен исследованию текущего состояния, проблем и перспектив развития здравоохранения и медицинского страхования в Узбекистане. Анализируются тенденции и трудности развития как системы финансирования здравоохранения, так и рынка услуг добровольного медицинского страхования. Рассматривается и возможность внедрения системы обязательного медицинского страхования, в том числе анализируются сопутствующие риски.

В заключении дается оценка перспектив медицинского страхования в Узбекистане и рекомендации, способные, по мнению авторов, стимулировать развитие этой отрасли страхования.

1. Основные модели финансирования здравоохранения, роль и функции медицинского страхования

Основные принципы и понятия медицинского страхования¹

Медицинское страхование² выполняет следующие основные задачи:

- а) *социальные задачи*: охрана здоровья населения, обеспечение воспроизводства населения, развитие медицинского обслуживания;
- б) *экономические задачи*: финансирование здравоохранения, улучшение его материальной базы, защита доходов граждан и их семей, перераспределение средств, идущих на оплату медицинских услуг, между различными группами населения.

Медицинское страхование осуществляется в двух основных формах: обязательной и добровольной, каждая из которых имеет свои особенности, принципы и порядок проведения страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. Как правило, ОМС призвано обеспечить всем гражданам равные гарантированные возможности получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.

Таким образом, ОМС – это разновидность социального страхования, выполняющего важные функции социальной защиты населения. Если же рассматривать термин «страхование» в широком смысле этого слова, как механизм защиты от рисков, то тогда система государственного социального медицинского страхования кроме ОМС включает в себя и оказание бесплатной медицинской помощи, финансируемой напрямую из государственного бюджета. Хотя в данном случае нет некоторых формальных признаков страхования: страхового полиса, уплаты страховых премий (взносов) и пр., но по сути речь идет об управлении рисками людей, связанными с расходами на медицинскую помощь.

Добровольное медицинское страхование (ДМС), как и обязательное медицинское страхование, преследует цель предоставления гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако ДМС, в отличие от ОМС, является отраслью не социального, а коммерческого страхования. Поэтому если ОМС работает на основе принципа коллективной солидарности и направлено на социальное выравнивание и обеспечение минимума благосостояния, то ДМС работает на основе принципа страховой эквивалентности, то есть по договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

ДМС, как правило, выступает дополнением к системе гарантированного медицинского обеспечения, предоставляя гражданам возможность получения медицинских услуг сверх гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины или установленных в программах ОМС. Участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализуется потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

¹ Раздел подготовлен на основе книги Грищенко Н.Б. «Основы страховой деятельности: Учебное пособие». Барнаул: Изд-во Алтайского ун-та, 2001.

² Основные термины страхования даны в Приложении 1.

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая. При этом ДМС дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения.

По экономическим последствиям для человека выделяют два вида страхования:

- › страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья;
- › страхование потерь дохода, связанных с наступлением заболевания.

По медико-реабилитационным последствиям виды страхования различают в зависимости от типа и методов необходимого лечения. Набор гарантий расширяется или сужается каждой отдельной страховой компанией в зависимости от действующих в ней программ ДМС. Поэтому принято выделять основные виды медицинского страхования и дополнительные виды (опционы). К первым относят страхование расходов на амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание. Эти гарантии компенсируют затраты на основное лечение, необходимое по жизненным показаниям. Ко вторым относят виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь (стоматологию, родовспоможение, протезирование и некоторые другие).

В зависимости от объема страхового покрытия различают:

- › полное страхование медицинских расходов – предоставляет гарантию покрытия расходов как на амбулаторное, так и стационарное лечение;
- › частичное страхование медицинских расходов – покрывает затраты либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное, либо на специализированное лечение (стоматология, санаторно-курортное лечение, родовспоможение и т.п.) по выбору страхователя;
- › страхование расходов только по одному риску.

Предметом ДМС являются расходы на необходимое с медицинской точки зрения медицинское обслуживание застрахованного лица в случае болезни или при несчастном случае. Исходя из возможностей современной медицины и потребностей клиентов, страховые организации разрабатывают Правила страхования, а затем конкретизируют их, составляя различные программы ДМС. В качестве объекта ДМС обычно указывается риск возникновения затрат на медицинское обслуживание застрахованного. Под страховым случаем в ДМС понимают обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезает необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным.

Страховое покрытие по ДМС определяется: либо твердо установленной страховой суммой, в пределах которой оплачивается годовой объем конкретных медицинских расходов застрахованного; либо перечнем страховых случаев, при которых гарантируется полная оплата лечения; либо перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду.

Программы ДМС должны содержать:

- перечень медицинских услуг, входящих в страховое покрытие;
- шкалу страховых сумм, в пределах которых может заключаться договор страхования;
- лимиты ответственности страховщика по отдельным видам медицинских услуг;
- опционы с указанием размеров дополнительного страхового взноса;

- шкалу страховых премий, соответствующих шкале предлагаемых страховых сумм;
- перечень медицинских учреждений, обслуживающих данную программу;
- период страхования.

Особенности сферы здравоохранения и рынка медицинских услуг

Главная особенность сектора здравоохранения как отрасли экономики в том, что здесь создаются услуги, которые *чрезвычайно важны для поддержания здоровья и жизни человека*. Отсюда колоссальная социальная значимость этой сферы и высокая моральная ответственность общества и государства перед гражданами за доступность и качество медицинских услуг. Отсюда и повышенный интерес государства к этой отрасли экономики.

Кроме того, сфера предоставления медицинских услуг отличается от многих других сфер производства товаров и услуг:

- **Относительно высокой себестоимостью услуг.** Это объясняется высокими требованиями к квалификации, а, следовательно, и высокой стоимостью труда медицинских работников, а также необходимостью использования сложного высокотехнологического оборудования, покупки дорогих препаратов и лекарств. В сочетании с первой особенностью это объясняет широкое распространение государственных механизмов перераспределения доходов с целью обеспечения малообеспеченных граждан доступом к жизненно необходимым медицинским услугам.

- **Относительной неопределенностью потребности каждого отдельного человека в медицинских услугах в будущем.** Многие будущие потребности конкретного человека в медицинских услугах невозможно запланировать заранее, так как нужда в них может возникнуть внезапно: вследствие получения травмы, заражения инфекционным заболеванием, внезапного обнаружения давно имевшегося заболевания и т.д. Соответственно, затруднительно планировать расходы на оплату медицинских услуг на уровне отдельного человека или семьи. Ввиду огромной роли страхования в сфере здравоохранения как способа управления рисками.

- **Асимметричностью информации во взаимоотношениях между продавцом и покупателем.** Медицинские работники (продавцы), как правило, обладают намного большими знаниями о болезнях, травмах и способах их лечения (то есть о потребностях и способах их удовлетворения), чем пациенты (покупатели). Кроме того, для рынка медицинских услуг характерны ограниченность или отсутствие альтернатив и необходимость быстрого принятия решений. Пациенты бывают часто лишены возможности выбора медицинского учреждения, доктора, особенно в случае необходимости неотложной помощи. Соответственно: а) продавец имеет огромные возможности навязывать покупателю дополнительные услуги, ненужное ему лечение, устанавливать монопольно высокие цены; б) покупатель зачастую не способен адекватно оценить ни рекомендации продавца, ни качество получаемых им услуг.

Последнее обстоятельство ставит участников рынка медицинских услуг в заведомо неравноправное положение, а, следовательно, делает актуальными а) *активное государственное регулирование рынка* (вплоть до отказа от применения рыночных механизмов и их замены централизованным управлением отдельными секторами отрасли), б) *наличие профессиональных посредников* (такowymi могут быть и страховые компании), способных квалифицированно отстаивать права пациентов. Например, страховая компания, как посредник между врачом и пациентом, объективно заинтересована в обеспечении:

³ Зачастую эта ответственность закреплена законодательно в виде гарантий государства по предоставлению ряда базовых медицинских услуг гражданам страны.

- медицинского обслуживания по минимальным ценам, так как взносы уже получены и их должно хватить и на оплату медицинских услуг, и на собственную прибыль;
- качественной медицинской помощи, иначе рецидив заболевания потребует новых и более тяжелых расходов;
- своевременной профилактики заболеваний, так как профилактика дешевле, чем лечение.

- **Широким распространением такого явления как моральный риск.** Моральный риск возникает тогда, когда индивид, имеющий доступ к гарантированным медицинским услугам (предоставляемым бесплатно государством или оплачиваемым страховой компанией) сознательно увеличивает риск причинения ущерба, зная, что убытки будут покрыты за чужой счет (в данном случае - страховой компанией или государством). Иногда это проявляется в недостаточном внимании к своему здоровью. Кроме того, пациент, зная, что кто-то, а не он сам оплатит счет, старается воспользоваться как можно более дорогой помощью. Медики стремятся к тому же, руководствуясь интересами повышения личного дохода и престижа. Последний в целом повышается, если врач овладел дорогостоящими наукоемкими технологиями. В других случаях может иметь место обыкновенный обман, когда, например, страховая компания вынуждена оплачивать счета за не оказанные услуги. Результат – происходит удорожание страховых услуг (добросовестный страхователь вынужден платить за недобросовестного).

- **Наличием дискриминационного отбора.** Страховщик (речь идет о коммерческом страховании) осуществляет отбор клиентов и устанавливает цены за свои услуги на основе анализа его предшествующего состояния. Ставка страхового взноса повышается, или в страховке отказывают пациенту, у которого налицо хроническое заболевание в активной форме или иное медицинское состояние, предопределяющее высокий риск обращения за помощью. Соответственно, коммерческое медицинское страхование неспособно выполнять социальные функции. Особенно страдает универсальность охвата населения.

Наличие морального риска и дискриминационного отбора **затрудняют применение механизмов коммерческого страхования в отрасли, особенно страхования базовых социально значимых медицинских услуг.**

Вышеуказанные особенности неизбежно ограничивают сферу применения рыночных механизмов в секторе здравоохранения и превращают его в **объект активного государственного вмешательства**, которое осуществляется в условиях рыночной экономики по следующим направлениям:

- прямое государственное финансирование предоставления отдельных услуг здравоохранения, либо отдельных медицинских заведений;
- внедрение систем обязательного медицинского страхования;
- дотирование или полное возмещение затрат на оказание медицинской помощи: изъятие взносов на медицинское страхование из налогооблагаемого дохода, покрытие страховой премии определенным группам населения, прежде всего престарелым и получателям низких доходов;
- регламентация деятельности медицинских учреждений, медицинских работников, страховщиков: типы контрактов, основания для отказа в страховании (если таковые вообще допускаются), контроль за уровнем цен, объемом предложения конкретных видов помощи, применением тех или иных методик лечения.

Более того, сегодня в большинстве стран доминируют нерыночные формы оплаты медицинских услуг - прямое государственное финансирование и обязательное медицинское страхование. Такой подход особенно распространен в странах с развитой рыночной экономикой, где модели здравоохранения построены на основе **солидарного принципа**.

Его суть – в поддержании одинакового доступа к минимальному набору наиболее важной медицинской помощи. Это значит, что расходы на лечение оплачиваются через систему налогов или обязательных взносов в фонды медицинского страхования (по сути – те же налоги). Социально-необеспеченные люди освобождаются от необходимости платить, но имеют доступ к получению минимума медицинской помощи. Таким образом, принцип солидарности – «Богатый платит за бедного, здоровый – за больного».

Однако если ограничиться только таким подходом, то это приведет к неэффективному использованию ресурсов и низкому качеству услуг здравоохранения. Поэтому солидарный принцип практически всегда сочетается с коммерческим подходом. В соответствии с ним, медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар. Если у тебя больше денег, соответственно ты можешь получить больше и более качественную медицинскую помощь. Эта идеология хорошо укладывается в рамки добровольного медицинского страхования, когда застрахованный получает разнообразные медицинские услуги, которые лимитируются выбранным страховым пакетом.

Кроме того, государство и страховые компании стремятся в максимально возможной степени внедрить элементы коммерциализации и конкуренции в механизмы социального страхования (в том числе и при прямом бюджетном финансировании): частичная плата услуг пациентом, возможность выбора пациентом и страховой компанией медицинского заведения и врача, финансирование медицинских заведений в зависимости от объема и качества оказанных услуг и т.д. Частичная коммерциализация и обеспечение конкуренции в сфере социального медицинского страхования (напоминаем, что термин «социальное страхование» рассматривается нами в широком смысле) очень важны для повышения эффективности сектора и улучшения качества услуг.

Еще одна особенность сектора здравоохранения заключается в том, что **высокие расходы на медицину не гарантируют высокое качество и доступность медицинских услуг**. Как показывает межстрановой сравнительный анализ (см. Таблицу 1.1), хотя внутри отдельных групп стран с сопоставимым уровнем развития имеет место корреляция между затратами на медицинскую помощь (в расчете на душу населения или как доля в ВВП) и показателями, характеризующими уровень здоровья населения, но эта зависимость не носит ярко выраженного характера. Так в семерке ведущих стран по важнейшим показателям здоровья (средняя продолжительность предстоящей жизни и у мужчин, и у женщин, младенческая смертность), на первом месте находится Япония. Она же замыкает список стран по доле расходов на здравоохранение в ВВП, а также по обеспеченности населения врачами. В США, где на здравоохранение тратится почти 12-13% ВВП – больше, чем в других странах – младенческая смертность и ожидаемая продолжительность жизни у мужчин – самые неблагоприятные в группе 7 стран, а ожидаемая продолжительность жизни у женщин – на втором от конца месте.

Таким образом, состояние сферы здравоохранения, качество медицинских услуг и, в конечном счете, состояние здоровья населения зависят не только от размера направляемых на здравоохранение ресурсов, сколько от **эффективности организации работы и финансирования этого сектора**.

Основные способы финансирования здравоохранения

В настоящее время можно выделить три основные модели финансирования здравоохранения.

1. Преимущественно **прямое государственное финансирование** (Великобритания, Швеция, Италия, ранее – в социалистических странах). Здравоохранение финансируется

Таблица 1.1. Результаты корреляционного анализа показателей состояния здравоохранения стран Западной, Восточной Европы и СНГ за 2004 г.

	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ
	Страны Западной Европы с ВВП на душу населения более 280000 долл., ППС		Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения свыше 14000 долл., ППС		Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения свыше 10000 долл., ППС	
Число больничных коек на 100 000 населения	-0,416	0,203	-0,147	-0,032	-0,204	-0,151
Число врачей, на 100 000 населения	0,762	0,870	-0,595	-0,516	-0,112	-0,146
Оценка ожидаемой продолжительности жизни (оценка ВОЗ)	0,797	0,858	0,886	0,732	0,308	0,144
Вероятность умереть до 5-летнего возраста/1000 живорожденных	-0,073	-0,006	-0,767	-0,474	-0,336	-0,122
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	-0,075	0,021	-0,770	-0,483	-0,373	-0,147
Заболеваемость туберкулезом, на 100000, все формы	-0,093	0,032	-0,718	-0,774	-0,161	-0,011
	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ
	Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения менее 10000 долл., ППС		Страны СНГ с ВВП на душу населения свыше 4000 долл., ППС		Страны СНГ с ВВП на душу населения менее 4000 долл., ППС	
Число больничных коек на 100 000 населения	0,639	-0,168	0,698	0,737	-0,559	0,378
Число врачей, на 100 000 населения	0,998	0,601	0,357	0,182	0,774	0,201
Оценка ожидаемой продолжительности жизни (оценка ВОЗ)	0,970	0,447	0,388	0,744	0,785	0,216
Вероятность умереть до 5-летнего возраста/1000 живорожденных	0,035	-0,735	-0,794	-0,842	-0,046	-0,172
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	0,192	-0,619	-0,607	-0,869	0,204	-0,200
Заболеваемость туберкулезом, на 100000, все формы	-0,068	-0,802	-0,212	-0,486	0,194	0,876

из общих ресурсов бюджета (то есть за счет общих налогов) или в отдельных случаях за счет целевого налога на заработную плату. Финансируются государственные медицинские заведения. В условиях рыночной экономики эта система допускает деятельность

частных медицинских заведений и врачей, работающих по контракту с правительством. Такой способ финансирования медицинских услуг можно считать разновидностью государственного социального страхования.

Опыт организации государственной системы здравоохранения Великобритании свидетельствует о её высокой эффективности и доступности при относительно низких затратах на медицинскую помощь. Основная часть средств поступает из государственного бюджета и распределяется сверху вниз по управленческой вертикали. Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения. При этом не все медицинские услуги оплачиваются (например, офтальмологическая и стоматологическая помощь, оплата рецептов). Поэтому параллельно с государственной системой здравоохранения в Великобритании всегда существовала частная. Каждый гражданин страны может купить частную медицинскую страховку и/или медицинские услуги у частных медицинских учреждений. Около 11% населения Великобритании имеют частный медицинский страховой полис.

Существенными недостатками бюджетного финансирования здравоохранения является склонность к монополизму, игнорирование прав пациентов, как правило, отсутствие возможности выбора врача, медицинского учреждения. На монополизированном рынке неизбежно снижение качества медицинских услуг из-за диктата их производителя (продавца) и отсутствия возможности осуществления контроля за деятельностью медицинских учреждений со стороны потребителей медицинских услуг.

Стремясь устранить вышеуказанные недостатки, а также сократить государственные расходы, большинство бывших социалистических стран при переходе к рыночной экономике существенно сократили масштабы прямого государственного финансирования здравоохранения в пользу других моделей, либо полностью отказались от этой системы.

2. Основная масса медицинских услуг оплачивается через систему **обязательного медицинского страхования** (ОМС). Данная модель работает в таких европейских странах как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, в некоторых государствах Латинской Америки, в Японии и других.

Действующие системы ОМС, как правило, тесно связаны со всей системой социального страхования и регулируются одним законодательством. Страхователям и застрахованным предоставлена возможность осуществления контроля над использованием страховых средств, застрахованным – возможность выбора врача, лечебно-профилактического учреждения. Оказание помощи возложено, как правило, на частных врачей и больницы.

В данной модели финансирования наиболее важными являются проблемы обеспечения равного доступа и оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, бедные, инвалиды), оптимального распределения финансовых ресурсов среди групп застрахованных.

Финансирование подобных систем осуществляется из трех источников: страховые взносы предпринимателей – отчисления от доходов; заработки трудящихся – отчисления из заработной платы; средства государственного бюджета. В некоторых странах, например, в Германии, размер страховых взносов устанавливается самими страховщиками, но государство фиксирует минимальный уровень взносов. По своей сути отчисления в фонды ОМС аналогичны налоговым изъятиям, так как они обязательны и их использование происходит на солидарной основе.

Так в Германии действует одна из наиболее развитых систем социального медицинского страхования. Она была введена в Европе в 1883 г. Бисмарком, и в настоящее время ею охвачено более 90% населения (8% - охвачено частным медицинским страхованием и за 2% неимущих платит государство). Данная система обеспечивает необходимую меди-

цинскую помощь в случае заболевания для всех застрахованных. Система обязательного страхования осуществляет свою деятельность через некоммерческие страховые организации – больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Взносы одинаковы как для работодателя, так и для работника и зависят от размера зарплаты, а не от страхового риска, что делает эту систему социальной и некоммерческой. Деньги касс используются для оплаты медицинских услуг государственных, коммерческих и некоммерческих заведений. Медицинская практика, находясь преимущественно в частных руках, гарантирует высокий профессионализм в оказании медицинской помощи. Граждане Германии, доход которых выше определенной планки, могут не принимать участия в государственной системе и купить частную страховку.

Французская модель медицинского страхования характеризуется эффективной интеграцией со всей системой социального страхования. В системе социального страхования существует более двадцати различных видов, в том числе медицинское – по болезни, временной нетрудоспособности, несчастному случаю, беременности и родам. Законодательством утвержден единый порядок страхования, которым охвачено 80% населения. Система страхования, включающая в себя более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной организацией. Фонды социального страхования, сформированные на национальном уровне, осуществляют финансирование обязательной программы страхования здоровья. Пополнение финансовых средств осуществляется путем введения страховых налогов, что составляет 90% объема фонда. Кроме обязательного государственного страхования существуют сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи. За счет последних получают медицинское обслуживание незастрахованные французы, число которых едва превышает 2%.

Для развивающихся стран, где основной акцент делается на всеобщее покрытие населения медицинским обслуживанием по доступным ценам, возможно наиболее подходящей моделью является японская система здравоохранения. Медицинское страхование в Японии всеобщее и обязательное. Работники больших компаний покрываются страховыми обществами самих компаний (около 1800 таких обществ). Работники средних и мелких компаний покрываются одной большой государственной схемой медицинского страхования, оставшиеся покрываются за счет муниципальных страховых программ (около 3250 таких программ). Также существует специальная схема для пожилых, которая является муниципальной, но финансируется через взносы правительства и всех страховых обществ. Поставщики услуг оплачиваются напрямую страховщиками. Цены на медицинские услуги установлены в государственном прейскуранте, который пересматривается каждые 2 года. Таким образом, удерживается рост цен и поощряются наиболее экономически эффективные виды услуг. Пациент оплачивает только 30% от данной стоимости (механизм сооплаты). Сооплата уменьшает спрос на медицинские услуги. В результате японская система здравоохранения обеспечивает необходимое медицинское обслуживание всему населению по сравнительно низким ценам и, в то же время, предлагает свободный выбор поставщика медицинских услуг (они в основном частные), а также справедливый доступ к этим услугам.

3. Преимущественно **частная (платная) система (США)**. Медицинские услуги оплачиваются либо непосредственно пациентом при их получении, либо через различные схемы **добровольного медицинского страхования (ДМС)**, как правило, обслуживаемые частными страховыми компаниями.

Преимущественно частная система медицинского страхования, наиболее широко представленная в США, характеризуется децентрализованностью, высоким развитием

инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования. Для большинства населения США страхование здоровья является частным делом каждого. Добровольной, частной формой медицинского страхования охвачено более 80% населения. Наряду с частной системой медицинского страхования в США существует две правительственные программы, находящиеся на государственном финансировании - это "Медикэр" (для медицинской помощи пожилым – после 65 лет) и "Медикейд" (для безработных, неимущих и некоторых групп инвалидов). Однако только 46% американцев с низким доходом получили возможность зарегистрироваться и получать пособия в рамках программы "Медикейд". Программой обязательного социального страхования престарелых ("Медикэр") охватываются все граждане старше 65 лет, поэтому она считается более успешной. Однако престарелые пациенты вынуждены сами платить из своего кармана за первый день госпитализации, за посещение врачей в поликлинике и почти за всю долгосрочную помощь в домах сестринского ухода.

Слабое место данной модели – чрезмерные расходы на здравоохранение: в США одна из самых высоких долей расходов на здравоохранение в ВВП в мире. Страна ежегодно расходует на здравоохранение 600 млрд. долл., что составляет около 12-13% процентов ВВП. Этот показатель неуклонно рос в течение всего предыдущего десятилетия, в отличие от других ведущих стран, где он стабилизировался в начале 90-х годов. И, видимо, поэтому, озадаченные безудержным ростом страховых тарифов, страхователи перестают доверять специализированным страховщикам и все чаще страхуют свой персонал собственными силами или, прибегая к чисто техническому содействию посреднических фирм, расположенных по соседству. Сегодня половина крупнейших корпораций США самостоятельно оплачивает счета за медицинское обслуживание своих работников.

Практически ни в одной из развитых стран указанные системы не представлены в чистом виде. То есть, как правило, имеются элементы всех трех систем, причем ДМС присутствует во всех странах. Более того, в ряде стран получает преимущественное развитие то одна, то другая система.

Мы видим, что все медицинские услуги, если их рассматривать с точки зрения источников финансирования, можно разбить на две основные группы: гарантированные государством и негарантированные (коммерческие) – см. рисунок 1.1. Гарантированные государством услуги оплачиваются либо напрямую из государственного бюджета, либо через механизм ОМС. В некоторых случаях возможно смешанное финансирование, например,

Рисунок 1.1. Виды медицинских услуг по источникам финансирования

Гарантированные услуги (социальное страхование)		Коммерческие услуги		
Прямое государственное финансирование	Обязательное медицинское страхование	Смешанное финансирование	Прямая оплата услуг пациентом	Добровольное медицинское страхование

когда пациент оплачивает часть стоимости некоторых видов услуг, либо когда участник программы ОМС имеет право заменить ее на программу ДМС.

Коммерческие услуги оплачиваются пациентом или работодателем, либо напрямую, либо через какую-либо программу ДМС. В то же время государство, как правило, активно присутствует на рынке платных медицинских услуг. Прежде всего речь идет об определении «правил игры» и соблюдении их исполнения. Государство при этом старается от-

стоять в первую очередь интересы пациентов – покупателей медицинских услуг, а также снять искусственные барьеры на пути развития сектора и конкуренции в нем. Кроме этого государство может активно содействовать развитию рынка медицинских услуг, в том числе и сектора ДМС, посредством предоставления налоговых льгот, прямых субсидий для медицинских учреждений, страховых компаний, а также самих пациентов (например, позволяя вычитать из налогооблагаемой базы подоходного налога расходы на лечение, на медицинское страхование). На рисунке 1.1 такое участие государства обозначено как смешанное финансирование, так как льготы также являются источником ресурсов и средством оплаты услуг. Наконец, государство может напрямую содействовать развитию инфраструктуры сектора: облегчить доступ к необходимой статистической информации, содействовать повышению квалификации специалистов в области медицинского страхования, создавать специализированные государственные агентства и компании, оказывающие услуги страховым компаниям и пр.

Развитие рынка медицинских услуг и медицинского страхования в переходных экономиках

Специфической особенностью систем социального страхования, унаследованных от социализма, является **широкий набор гарантий со стороны государства по оказанию**

Рисунок 1.2. Виды медицинских услуг при наличии не полной обеспеченности финансами государственных обязательств

Гарантированные услуги (социальное страхование)		Коммерческие услуги	
Прямое государственное финансирование	Обязательное медицинское страхование	Прямая оплата услуг пациентом	Добровольное медицинское страхование
Обеспеченные финансами гарантии		Не финансируемые гарантии	Официально оплачиваемые услуги

бесплатной медицинской помощи. Такое положение дел имеет два следствия.

1. Государство в условиях переходной экономики, как правило, испытывает большие сложности с исполнением бюджета. Соответственно, оно зачастую не способно адекватно профинансировать свои обязательства, тем более доставшиеся ему в «наследство». В результате недофинансирования сокращается объем реально предоставляемых населению услуг, ухудшается их качество (вследствие оттока специалистов и нехватки медикаментов и оборудования), возникают формы неофициальной оплаты якобы бесплатных услуг. Данное положение дел проиллюстрировано на Рисунке 1.2, где видно, что в случае недофинансирования часть гарантированных населению бесплатных услуг фактически переходит в разряд коммерческих услуг. При этом услуги, предоставляемые на «сером» рынке, как правило, оплачиваются наличными и, соответственно, выводятся из сферы добровольного медицинского страхования, что, естественно, сдерживает развитие в отрасли цивилизованных рыночных отношений.

2. Государство, стараясь обеспечить выполнение своих обязательств, неизбежно увеличивает налоговую нагрузку на экономику, включая рост взносов в фонды обязательного страхования (взносы в ОМС – по сути те же налоги), что негативно сказывается на развитии частного предпринимательства и темпах экономического роста.

Очевидно, что решение проблемы завышенных обязательств государства лежит в плоскости их сокращения. Однако практика переходного периода показывает, что сократить обязательства в системе социального страхования чрезвычайно сложно по ряду социальных и политических причин.

Другая проблема управления системой здравоохранения, оставшейся в наследство от социализма, – **неэффективные механизмы финансирования медицинских учреждений**, делающие последние фактически независимыми от пациентов и не стимулирующие конкуренцию в отрасли. Наличие большого числа бесплатных или якобы «бесплатных» услуг, финансирование медицинских учреждений по показателям, не отражающим их реальный вклад в улучшение здоровья людей, отсутствие у пациентов возможности выбора медицинского учреждения и врача, неразвитость частной медицины и частного медицинского страхования, все это порождает монополизм и делает использование ресурсов в секторе неэффективным.

Реформирование сферы здравоохранения в странах с переходной экономикой предполагает прежде всего **более активное применение принципа коммерциализации и развитие рынка медицинских услуг**:

- расширение доли платных услуг и более активное привлечение средств пациентов и других частных источников для оплаты медицинских услуг;
- расширение возможностей выбора пациентом врача и медицинского заведения;
- стимулирование развития негосударственных медицинских учреждений и системы добровольного медицинского страхования;
- расширение самостоятельности государственных медицинских заведений, в том числе в возможности оказывать платные медицинские услуги и свободно распоряжаться заработанными деньгами;
- совершенствование принципов государственного финансирования здравоохранения (например, введение подушевого финансирования в первичном звене здравоохранения и финансирования от пролеченного случая во вторичном звене).

Одним из инструментов совершенствования финансирования сферы социального медицинского страхования является переход от прямого государственного финансирования к системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Какие преимущества может дать переход к ОМС?

1. Появляется больше возможностей внедрения в систему социального страхования рыночных механизмов: расширятся права пациентов в выборе медицинского заведения и врача, появляется профессиональный посредник (в лице страховых компаний), заинтересованный в сокращении расходов и улучшении качества лечения, финансирование медицинских заведений ставится впрямую в зависимость от числа пациентов, объема и качества оказанных услуг.

Сразу оговоримся, что многие изменения в данном направлении вполне можно проводить и в рамках модели прямого государственного финансирования. Для этого нужно изменить принципы финансирования, позволить частным клиникам конкурировать с государственными за право получать бюджетные средства, дать возможность пациентам выбора медицинского заведения и врача.

2. Появляется больше возможностей привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения. Эта возможность зависит от того, насколько страхователи могут менять условия страхования (как в Германии, где государство определяет лишь минимальные требования). Если правила страхования жесткие, то дополнительным средствам просто неоткуда взяться.

Кроме того, переход к моделям ОМС, предполагающим возможность выбора застрахо-

ванным страховыми компаниями, программ страхования (за счет доплаты за дополнительные услуги) и / или включающим механизм сооплаты застрахованной части услуг, побуждает застрахованного нести большую долю ответственности за расходы на здравоохранение. Отметим, что сборы с пациентов - от разделения затрат до полной оплаты разных видов помощи - практикуются во многих странах. Прямое разделение затрат, т.е. прямая доплата пациентов за медицинскую помощь, включает в себя совместные платежи, сострахование, балансовое выписывание счетов, франшизы (вычет определенной суммы из страховых выплат) и в основном относится к медикаментам, где в большинстве случаев проявляется в виде сострахования. Обычно доля платежей пациентов не столь велика в отношении медикаментов, предназначенных для лечения опасных для жизни болезней, и медикаментов, обладающих сильным терапевтическим эффектом. В ряде стран (Англия, частично Бельгия и Италия) разделение затрат происходит в виде совместных платежей по фиксированной ставке. В Германии, Голландии и Швеции практикуется установление референтной цены, сверх которой оплату за медикаменты производит сам пациент. Разделение затрат в некоторых странах используется и для оплаты амбулаторной помощи и услуг общеврачебных практик, в том числе совместные платежи (Ирландия, Швеция), сострахование (Австрия, Бельгия, Франция), балансовое выписывание счетов (Дания, Греция). В некоторых странах приняты сборы с пациентов за стационарное лечение, в том числе совместные платежи по твердой ставке за день лечения (Австрия, Германия, Голландия), во Франции – за гостиничные услуги, в Люксембурге - за больничные койки первого и второго класса.

Оговоримся, что вышеуказанные возможности переход к ОМС не предоставляет автоматически. Все зависит от выбранной модели ОМС, принципов ее построения, наличия сопутствующих реформ в области государственного финансирования здравоохранения и управления государственными медицинскими учреждениями. Как показывает опыт России, формальная замена прямого государственного финансирования системой ОМС без создания условий для конкуренции, без серьезного изменения основных механизмов финансирования отрасли не дает того эффекта, на который обычно рассчитывают авторы идеи перехода на ОМС (см. Приложение 2). Поэтому для перехода к ОМС необходимо создать определенные условия, о которых мы расскажем ниже.

Существует также опасность увеличения налогового бремени при введении ОМС, что может сказаться негативно на развитии частного предпринимательства и экономическом росте. Поэтому очень важно проследить за тем, чтобы рост взносов в фонды обязательного медицинского страхования не превышал сокращения налоговой нагрузки.

Теперь более подробно об **условиях перехода к системе ОМС**, способной эффективно решать проблемы сектора здравоохранения.

Обязательной предпосылкой перехода к ОМС должно стать *изменение принципов финансирования медицинских учреждений*. Нужен отказ от финансирования по штатному расписанию или количеству коек в пользу оплаты за фактически выполненные услуги. Примером такого подхода являются модель подушевого финансирования в первичном звене здравоохранения и модель финансирования от пролеченного случая во вторичном звене.

Другая предпосылка – *изменение методов управления государственными медицинскими заведениями* в пользу децентрализации управления и коммерциализации их деятельности. Государственные поликлиники и больницы должны получить стимулы и возможности работать на рынке медицинских услуг, конкурируя друг с другом и частными клиниками.

Хорошей предпосылкой для введения обязательного медицинского страхования явля-

ется развитие частного сектора здравоохранения и отрасли добровольного медицинского страхования. Частные клиники обеспечивают конкуренцию на рынке медицинских услуг, а страховые компании – на рынке страховых услуг.

Необходимой предпосылкой внедрения системы ОМС является его законодательное обеспечение. Особое внимание должно быть уделено вопросам защиты прав и определения обязанностей пациентов, медицинских учреждений и страховых компаний.

При этом сдерживающие факторы, типичные для переходных экономик, которые необходимо учитывать при разработке и внедрении системы обязательного медицинского страхования, следующие⁴:

- › наличие большого неформального сектора, обороты которого выводятся из сферы оплаты услуг ОМС, широкая практика неформальных платежей в системе здравоохранения;
- › недостаточно развитый финансовый рынок, что не позволяет эффективно инвестировать полученные в страховом секторе деньги;
- › относительно низкий уровень доходов населения;
- › высокий уровень налогообложения доходов юридических и физических лиц;
- › слабая система администрирования налоговых сборов и отчислений во внебюджетные фонды (в Казахстане в 1996-1998 гг. было собрано всего 25% от запланированной суммы, что и стало одной из причин свертывания системы обязательного медицинского страхования);
- › нехватка квалифицированных кадров для управления системой ОМС;
- › неготовность к рациональному использованию ресурсов в медицинских учреждениях.

Важно учитывать, что внедрение системы обязательного медицинского страхования требует соответствующего переходного периода. Многим странам, которые в настоящее время располагают системой всеобщего страхования, зачастую требовалось не одно десятилетие для ее реализации. В группе из восьми стран, которые приняли концепцию финансирования расходов на здоровье – Австрия, Бельгия, Коста-Рика, Германия, Израиль, Япония, Люксембург и Республика Корея – период между первым законом, связанным с медицинским страхованием, и окончательным законодательством, принятым путем голосования в целях введения в практику системы всеобщего медицинского страхования, продолжался не менее 20 лет. Конечно, из этого опыта извлечены соответствующие уроки, поэтому сегодня этот переходный период будет не столь длительным. Однако он необходим в любом случае.

⁴ См. аналитическую записку «Оптимизация государственных расходов на здравоохранение», ЦЭИ, 2006.

2. Текущее состояние, проблемы и перспективы развития здравоохранения и медицинского страхования в Узбекистане

Текущее состояние системы здравоохранения Узбекистана

Важнейшим фактором, определяющим состояние здоровья населения, является система организации здравоохранения и ее материально-техническая база. За годы независимости система организации здравоохранения Республики Узбекистан во многом изменилась и в настоящее время представляет собой:

1. Учреждения, оказывающие бесплатную первичную медицинскую помощь:

- *сельские врачебные пункты (СВП)* – это новый тип учреждений, который пришел на смену ранее существовавшей системе фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), сельских врачебных амбулаторий (СВА) и сельских участковых больниц (СУБ). Широкая сеть СВП сегодня оказывает всю первичную медицинскую помощь в сельской местности;
- *городские амбулаторно-поликлинические учреждения* для оказания первичной медицинской помощи городскому населению;
- *республиканский, областные центры, районные и городские отделения экстренной медицинской помощи* – учреждения здравоохранения принципиально нового типа, оказывающие срочную (экстренную) медицинскую помощь населению по всей территории страны в стационарных условиях. Все центры экстренной медицинской помощи оснащены современным медицинским оборудованием и высококвалифицированным медицинским персоналом;
- *учреждения детства и родовспоможения (родильные дома), родильные комплексы;*
- *инфекционные, противотуберкулезные, онкологические, психиатрические, наркологические, эндокринологические лечебные учреждения.*

2. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь на смешанной финансовой основе:

- *стационарные больничные учреждения общего профиля;*
- *специализированные больничные учреждения;*
- *ведомственные амбулаторно-поликлинические и стационарные больничные учреждения.*

3. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь преимущественно на платной основе:

- *стоматологические поликлиники;*
- *частные медицинские учреждения.*

Финансирование здравоохранения в Узбекистане, как и в других бывших социалистических странах и республиках к началу экономических реформ осуществлялось полностью за счет государственных бюджетных средств. Эта система обеспечивала высокую доступность населения к услугам здравоохранения, однако качество услуг не отвечало мировым стандартам.

Экономический кризис, поразивший СССР накануне его распада, резкое снижение доходов бюджета Узбекистана в конце 80-начале 90-х годов прошлого века серьезно усугу-

били проблемы здравоохранения во всех его звеньях и сделали его крайне уязвимыми от общеэкономической ситуации в стране, экономика которой до 1996 года находилась на стадии резкого спада. Недостаточное финансирование не только не позволяло внедрять новые медицинские технологии, но и поддерживать имеющуюся материально-техническую базу.

На сегодняшний день общие расходы здравоохранения в стране официально не превышают 3% к ВВП (см. Таблицу 2.1) и это является весьма небольшой величиной в сравнении с большинством других стран (см. Таблицу 2.2). Данный показатель, как и государственные расходы на здравоохранение, составляющие по отношению к ВВП 2,3%, имеет негативную динамику. В определенной степени, это связано со снижением налогового бремени на хозяйствующие субъекты в связи с проводимыми экономическими реформами. Соответственно уменьшается доля доходов и расходов всего государственного бюджета в ВВП. Вместе с тем, государство не уменьшает внимания к здравоохранению, что подтверждается ростом доли государственных расходов на здравоохранение в общем объеме расходов бюджета.

Хотя государственные расходы на здравоохранение в Узбекистане заметно меньше тех, которые выделяют развитые страны мира, однако они сопоставимы и даже несколько выше расходов государств, находящихся в сходных социально-экономических условиях, в том числе государств СНГ. Необходимость адаптации системы здравоохранения к рыночным реформам потребовала начать серьезные реформы и в системе финансирования отрасли. Не случайно среди прочих направлений реформы здравоохранения, начавшейся в 1998 году, стало внедрение системы смешанного финансирования, в первую очередь, за счет поэтапного введения платной медицины.

Руководителям медицинских учреждений было предоставлено право зарабатывать дополнительные доходы от сдачи в аренду пустующих и временно неиспользуемых зданий лечебно-профилактических учреждений, помещений, производства и реализации услуг по профилю деятельности, получения спонсорской помощи, оказываемой юридическими и физическими лицами. Предоставлено право формирования Фонда развития за счет сэкономленных бюджетных средств. Средства Фонда развития организации разрешено направлять для выполнения мероприятий по укреплению материально-технической базы, по социальному и материальному стимулированию работников, приоритетное погашение кредиторской задолженности.

Дополнительными финансовыми источниками стало введение частично платных для пациентов стационаров питания и получения медикаментов. Хотя доля этих средств в структуре финансирования здравоохранения пока не велика, но она ежегодно растет.

В настоящее время основными источниками финансирования системы здравоохранения республики являются: средства государственного бюджета; средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; средства лечебно-профилактических учреждений, полученные за оказание медицинской помощи сверх гарантированного государством объема и за оказание платных услуг; добровольные и благотворительные взносы учреждениям здравоохранения от предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений и физических лиц; кредиты банков; иные источники, не запрещенные законодательством.

Наряду с государственным, стало развиваться и частное здравоохранение. Оно представлено, в первую очередь, в форме частных клиник, в том числе созданных на базе приватизированных медицинских учреждений, а также частнопредпринимательской медицинской деятельности. Более 200 лечебно-профилактических учреждений, ранее финансирувавшихся из государственного бюджета, к 2005 году переведены на полное само-

Таблица 2.1. Некоторые показатели финансирования здравоохранения Узбекистана.**Удельный вес финансирования здравоохранения за счет республиканского и местного бюджетов (в %)**

	2003	2004	2005	2006	2007
Государственные расходы на здравоохранение	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>в том числе за счет:</i>					
Республиканского бюджета	12,0	12,0	11,9	10,6	8,6
Местного бюджета	88,0	88,0	88,1	89,4	91,4

Структура текущих затрат в здравоохранении за счет государственного бюджета (в % от общих расходов)

	2003	2004	2005	2006	2007
Стационарная помощь	46,0	45,3	43,6	44,3	44,1
Амбулаторно-поликлиническая помощь	43,2	44,2	45,3	45,5	45,1
Профилактическая работа	4,9	4,9	5,1	5,2	5,3
Эпидмероприятия	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7
Прочие расходы	5,5	5,2	5,5	4,4	4,8

Структура расходов в здравоохранении за счет государственного бюджета (в % от общих расходов)

	2003	2004	2005	2006	2007
Заработная плата с начислением	61,7	60,0	65,4	75,3	80,2
Приобретение медикаментов	8,9	8,3	8,7	6,5	4,5
Питание в больницах	8,2	7,5	6,1	4,6	3,6
Прочие расходы	15,3	15,1	13,5	9,3	10,1
Приобретение оборудования	0,4	4,3	3,3	2,1	0,6
Приобретение мягкого инвентаря	2,3	0,1	0,3	0,4	0,2
Капитальный ремонт	3,2	4,7	2,7	1,8	0,8

Расходы на здравоохранения Республики Узбекистан (в %)

	2003	2004	2005	2006	2007
Общие расходы на здравоохранение (в % к ВВП)	3,4	3,1	3,1	2,7	2,7
Государственные расходы на здравоохранение (в % к ВВП)	2,3	2,3	2,3	2,5	2,6
Государственные расходы (в % от общих государственных расходов)	9,6	9,9	10,6	11,6	12,5

Источники финансирования здравоохранения (в %)

Источники финансирования	2006	2007
ВСЕГО	100,0	100,0
<i>в том числе за счет средств:</i>		
Государственного бюджета	65,0	62,4
Целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан	4,8	5,3
ЛПУ, полученных за оказание услуг сверх гарантированного государством объема и платных услуг	7,4	8,2
Благотворительных и добровольных взносов	2,5	2,4
Кредитов банков, грантов и займов международных организаций и зарубежных государств	15,3	15,9
Прочих источников	5,0	5,8

Таблица 2.2. Показатели здравоохранения по отдельным странам Европы, Средиземноморья и СНГ, 2004 г.

Страны	Общие затраты на здравоохранение, ППС, \$ на душу населения, оценка ВОЗ	Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	Гос. затраты на здравоохранение, в % от общих затрат на здравоохранение, оценка ВОЗ	Число больничных коек на 100000 населения	Число врачей, на 100000 населения
Страны Западной Европы с ВВП на душу населения более 28000 долл., ППС					
Норвегия	4 080	9,7	83,5	429,34	348,29
Швейцария	4 011	11,5	58,5	566,97	375,42
Австрия	3 418	10,3	75,6	773,19	345,25
Исландия	3 294	9,9	83,4	...	360,92
Германия	3 171	10,6	76,9	857,93	339,05
Бельгия	3 133	9,7	71,1	534,59	418,38
Нидерланды	3 092	9,2	62,4	...	360,37
Франция	3 040	10,5	78,4	743,22	335,55
Швеция	2 828	9,1	84,9	...	324,57
Ирландия	2 618	7,2	79,5	572,14	275,51
Соединенное Королевство	2 560	8,1	86,3	389,79	...
Италия	2 414	8,7	75,1	398,65	414,27
Финляндия	2 203	7,4	77,2	690,15	319,17
Страны Западной Европы и Средиземноморья с ВВП на душу населения менее 28000 долл., ППС					
Греция	2 179	7,9	52,8	468,82	487,54
Испания	2 099	8,1	70,9	341,70	...
Израиль	1 972	8,7	70,0	611,22	365,28
Португалия	1 897	9,8	71,6	374,61	335,30
Турция	557	7,7	72,3	263,93	146,48
Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения свыше 10000 долл., ППС					
Словения	1 815	8,7	75,6	479,92	231,20
Чешская Республика	1 412	7,3	89,2	847,44	347,57
Венгрия	1 308	7,9	71,6	782,75	333,69
Словакия	1 061	7,2	73,8	700,84	313,25
Хорватия	917	7,7	81,0	552,98	249,88
Латвия	852	7,1	56,6	773,56	311,22
Литва	843	6,5	75,0	843,29	389,95
Польша	814	6,2	68,6	534,82	224,26
Эстония	752	5,3	76,0	581,79	320,91
Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения менее 10000 долл., ППС					
Румыния	433	5,1	66,1	655,32	198,22
Болгария	671	8,0	57,6	613,13	352,43
Албания	339	6,7	44,1	300,74	118,28
Страны СНГ с ВВП на душу населения свыше 4000 долл., ППС					
Российская Федерация	583	6,0	61,3	987,92	422,09
Беларусь	427	6,2	74,9	1 071,31	460,90
Украина	427	6,5	56,7	872,85	301,27
Казахстан	264	3,8	59,8	776,91	364,74
Азербайджан	138	3,6	25,0	823,96	361,78
Страны СНГ с ВВП на душу населения менее 4000 долл., ППС					
Грузия	171	5,3	27,4	407,32	489,44
Узбекистан	160	5,1	46,6	526,04	274,35
Республика Молдова	138	7,4	56,8	641,33	308,44
Кыргызстан	102	5,6	40,9	528,51	261,96
Таджикистан	54	4,4	21,6	604,38	193,54

Таблица 2.2. Показатели здравоохранения по отдельным странам Европы, Средиземноморья и СНГ, 2004 г.

Страны	Оценка ожидаемой продолжительности жизни (оценка ВОЗ)	Вероятность умереть до 5-летнего возраста/ 1000 живорожденных	Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	Заболеваемость туберкулезом, на 100000, все формы
Страны Западной Европы с ВВП на душу населения более 28000 долл., ППС				
Норвегия	79,5	4,19	3,28	6,05
Швейцария	80,5	5,26	4,23	7,15
Австрия	79,0	5,09	4,47	10,95
Исландия	81,0	3,07	2,83	3,76
Германия	79,0	4,96	4,14	7,28
Бельгия	78,0	10,84
Нидерланды	79,0	5,33	4,39	8,08
Франция	79,5	4,71	3,89	8,25
Швеция	80,5	3,95	3,16	4,63
Ирландия	78,0	5,70	4,86	9,40
Соединенное Королевство	78,5	5,99	5,07	11,76
Италия	81,0	6,82
Финляндия	78,5	4,33	3,34	6,10
Страны Западной Европы и Средиземноморья с ВВП на душу населения менее 28000 долл., ППС				
Греция	79,5	4,97	4,06	6,04
Испания	80,0	4,88	3,99	14,09
Израиль	80,0	7,30
Португалия	77,5	5,18	3,90	34,28
Турция	71,0	...	28,00	24,66
Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения свыше 10000 долл., ППС				
Словения	77,0	4,65	3,71	12,47
Чешская Республика	76,0	4,58	3,75	10,06
Венгрия	73,0	7,74	6,60	22,27
Словакия	74,0	8,64	6,79	12,33
Хорватия	75,5	7,10	6,08	26,35
Латвия	71,0	11,33	9,38	68,27
Литва	72,0	9,57	7,89	59,26
Польша	75,0	7,82	6,80	22,78
Эстония	72,0	7,76	6,43	39,80
Страны Восточной Европы с ВВП на душу населения менее 10000 долл., ППС				
Румыния	72,0	19,69	16,84	131,82
Болгария	72,5	14,48	11,65	38,88
Албания	71,5	12,40	7,79	17,49
Страны СНГ с ВВП на душу населения свыше 4000 долл., ППС				
Российская Федерация	65,5	14,53	11,54	84,43
Беларусь	68,5	9,11	6,90	55,40
Украина	67,5	12,34	9,42	81,24
Казахстан	61,5	18,08	13,98	176,47
Азербайджан	65,5	30,51	14,38	65,06
Страны СНГ с ВВП на душу населения менее 4000 долл., ППС				
Грузия	73,5	20,00	23,80	91,75
Узбекистан	66,0	21,29	15,29	78,44
Республика Молдова	67,5	15,44	12,12	133,35
Кыргызстан	63,0	31,52	25,59	123,89
Таджикистан	63,0	16,85	13,50	67,49

финансирование.

Широкий спектр услуг первичной медицинской помощи, а также неразвитость системы медицинского страхования обуславливают то, что финансирование здравоохранения республики по-прежнему осуществляется преимущественно за счет бюджетных средств. При этом более чем на 80% финансирование здравоохранения осуществляется за счет местных бюджетов. Бюджетные средства направляются на текущие расходы учреждений здравоохранения, проведение капитального и текущего ремонта, приобретение оборудования и оснащения, осуществление нового строительства объектов и т. д.

Изменилась структура затрат государственного бюджета в здравоохранении с увеличением доли на оказание медицинских услуг в первичном звене здравоохранении в 2,2 раза и для проведения профилактических мероприятий – почти в 2 раза.

Наряду с бюджетными и частными источниками финансирования здравоохранения, заметную роль стали играть средства международных организаций. Только за период 1998-2005 гг. система здравоохранения республики получила 84,66 млн. долл. США, в том числе – около 55 млн. долл. США кредитных средств с возвратом их в последующем за счет государственного бюджета и 29,6 млн. долл. США – грантов. Эти средства были направлены для оснащения медицинских учреждений оборудованием, выполнения программ борьбы с туберкулезом, реформирования первичного звена сельского здравоохранения в пяти регионах республики, улучшения подготовки медицинских кадров общей практики и т.д.

Для защиты уязвимых слоев населения от высокого финансового бремени по оплате услуг здравоохранения, государство определило виды медицинских услуг, прежде всего, в сфере первичной медицинской помощи, которые должны предоставляться населению бесплатно за счет бюджетных средств. В их состав вошли амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, услуги родовспоможения, экстренной медицинской помощи, лечение социально-значимых болезней, медицинские услуги детям до 14 лет, в том числе вакцинация и лечение инфекционных заболеваний.

В частных клиниках не менее 20% услуг также должны оказываться бесплатно наиболее уязвимым слоям населения — пенсионерам, инвалидам, детям, гражданам из малообеспеченных семей, с возмещением их стоимости за счет государственных бюджетных средств. Однако на практике данные виды медицинских услуг не всегда предоставляются населению на бесплатной основе. Одной из основных причин возникновения данной ситуации является плохая информированность граждан о гарантированной государством бесплатной медицинской помощи. У них нет ясного и определенного представления о том, в каких медицинских учреждениях, каком социальным группам населения и какие медицинские услуги должны предоставляться бесплатно. Более того, нет единого подхода к предоставлению бесплатных услуг, а ежедневно возникающие вопросы по оказанию бесплатной медицинской помощи каждое медицинское учреждение вынуждено решать самостоятельно.

Анализ обращений, поступающих от граждан на услуги здравоохранения, показывает недовольство людей качеством оказания медико-санитарной помощи, ростом платных услуг и снижением доступности бесплатной медицинской помощи.

Проблемы финансирования здравоохранения

Основными проблемами в финансировании здравоохранения являются недостаточность финансовых ресурсов и их неэффективное использование. Выделение бюджетных средств происходит не в зависимости от численности обслуживаемого населения, качества и объема оказываемых услуг, а от базового уровня средств, выделявшихся в предыдущие периоды.

Эти недостатки приводят к тому, что:

- ▶ большинство ЛПУ регионов финансируются с дефицитом от потребности, что приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи. Имеют место региональные различия в показателях душевых расходов на здравоохранение;
- ▶ из выделенных финансовых средств значительная доля направляется на оплату труда медицинских работников и хозяйственные расходы, тогда как доля расходов на приобретение медикаментов, оборудования ежегодно снижается;
- ▶ отстает от требуемых стандартов состояние материально-технической базы учреждений здравоохранения, обеспеченность современным оборудованием, специализированным автотранспортом, средствами связи, информационным обеспечением лечебно-диагностического процесса современными технологиями, компьютерной техникой;
- ▶ в лечебно-профилактических учреждениях из 100 тыс. единиц медицинского оборудования и техники 80% морально устаревшие, 3% требуют ремонта, 2% подлежат списанию;
- ▶ многие здания медицинских учреждений нуждаются в капитальном и текущем ремонте, лучшем обеспечении холодной и горячей водой, телефонизации. По данным Госкомстата 1,5% зданий больниц и самостоятельных поликлиник находятся в аварийном состоянии, требуют ремонта более 20% зданий больниц и 14% самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений.

Недостаточность и неэффективный механизм финансирования системы здравоохранения усугубляется невысоким уровнем доходов населения, не позволяющим значительной его части при необходимости лечиться не только в платных медицинских учреждениях, но и в учреждениях со смешанными формами финансирования. Особенно дорогостоящими для населения оказываются хирургические вмешательства, диагностические обследования, а также покупка лекарственных средств.

Для реформирования системы государственного финансирования здравоохранения проводится работа по оптимизации системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств на первичном звене, амбулаторно-поликлиническом лечении и профилактике вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда. Начата работа по совершенствованию системы управления здравоохранением, что привело к сокращению звенности. Бюджетное финансирование здравоохранения регионов исходит из принципов организации оптимальной медицинской помощи в расчете на душу населения. При этом основные расходы направляются не на стационарное лечение, а профилактические мероприятия и амбулаторно-поликлиническое лечение.

В целях совершенствования системы финансирования проводится следующая работа:

- разрабатывается основной пакет оказываемых медицинских услуг и перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинской помощи на всех этапах их оказания, для определения конкретного объема финансирования бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема медико-санитарных услуг, покрываемых за счет госбюджета;
- проводятся работы по сбалансированию объема, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации бюджетных финансовых средств;
- происходит перераспределение финансовых ресурсов со специализированных услуг в сферу профилактических мероприятий и пропаганды здорового образа жизни, а также на первичную медицинскую помощь;

- проводится реструктуризация учреждений здравоохранения с выделением учреждений, оказывающих бесплатную медицинскую помощь (цель – запрет на оказание платных услуг в учреждениях, предоставляющих бесплатную медицинскую помощь);
- разрабатываются организационные мероприятия по переходу на всей территории республики на Национальную систему счетов здравоохранения, в целях контроля и достоверности источников финансирования и их использования;
- завершается переход на новую систему бюджетного финансирования регионов – на подушевой принцип финансирования в первичном звене здравоохранения, а в стационарах – на пролеченный случай с введением корректировок на демографические показатели, половозрастную структуру, заболеваемость населения, климато-географические особенности регионов, что создаст предпосылки для ориентации на конечные показатели здоровья населения и поиск новых эффективных вариантов использования имеющихся ресурсов.

На сегодняшний день механизм планирования и выделения бюджетных средств для финансирования деятельности медицинских учреждений следующий. Медицинские учреждения на всех уровнях предоставляют бюджетную заявку в финансовые органы (медицинские учреждения республиканского подчинения бюджетную заявку представляют в Министерство здравоохранения). Финансовые органы, после предварительного рассмотрения осуществляют свод бюджетных заявок в целом и предоставляют сводную заявку по разделу здравоохранения в Министерство финансов. После рассмотрения на основе бюджетных заявок и макроэкономических показателей республики уточняются параметры бюджета по системе здравоохранения. На основе уточненных параметров бюджета Министерство финансов вносит проект бюджета в Олий Мажлис Республики Узбекистан на утверждение.

Финансирование бюджетных медицинских учреждений в соответствии с новым порядком финансирования учреждений здравоохранения осуществляется методом финансирования одной строкой по четырем группам расходов (1 – заработная плата и приравненные к ней платежи; 2 – начисление на заработную плату; 3 – капитальные вложения; 4 – другие расходы). В учреждениях здравоохранения финансирование осуществляется в основном по первой, второй и четвертой группам расходов и при наличии утвержденных Кабинетом Министров инвестиционных проектов по системе здравоохранения, финансирование предусматривается отдельно по третьей группе расходов.

Начиная с 2008 года первичное звено здравоохранения (т.е. все амбулаторно-поликлинические учреждения) перешли на «подушевой» принцип финансирования, то есть исходя из нормы расчета затрат на одного жителя с учетом показателей здоровья населения. Это дало возможность перераспределения бюджетных средств с высокозатратного стационарного на менее затратное амбулаторно-поликлиническое звено здравоохранения. В 2009-2010 годах предусматривается поэтапно внедрить механизм финансирования стационаров за пролеченный случай.

Одно из направлений решения проблем финансирования и управления системой здравоохранения Узбекистана – развитие медицинского страхования, благодаря которому:

- › появляется личная ответственность самих граждан за участие в финансировании услуг здравоохранения;
- › система управления здравоохранением становится более прозрачной для общественности в сравнении с системой прямого государственного финансирования;
- › неизбежно совершенствуется законодательная база гарантий и прав в области здравоохранения;
- › с государства снимается части бремени затрат на здравоохранение;

‣ развивается конкуренции в сфере медицинских услуг.

Сказанное свидетельствует о важной роли медицинского страхования в реализации реформ в здравоохранении. При этом развитие медицинского страхования ни в коем случае не может заменить самих реформ, а лишь дополняет их. Без децентрализации управления и финансирования медицинских учреждений, развития конкуренции между ними, укрепления механизмов защиты прав пациентов внедрение и развитие даже самых прогрессивных моделей медицинского страхования не даст ожидаемого эффекта.

Особенности и проблемы развития рынка услуг добровольного медицинского страхования

Пионером добровольного медицинского страхования (ДМС) в Узбекистане является страховая компания «Узбекинвест», которая начала свою деятельность на этом рынке еще в 1995 г. Однако наиболее динамично сектор ДМС начал развиваться лишь в последние годы. Об этом говорит хотя бы то обстоятельство, что в 2005 г. в республике было всего 3 компании, которые оказывали услуги ДМС (на конец 2008 г. таковых уже – 15). Компании, которые недавно вышли на рынок, активно опираются на накопленный опыт «Узбекинвест» в деле медицинского страхования. Не случайно, что содержание программ ДМС разных компаний, условия и механизмы оказания страховых услуг практически не отличаются.

Всего общий объем страховых премий по договорам добровольного медицинского страхования в период с 2003 по 2007 год составил 1 513,7 млн. сум, было выплачено 509,3 млн. сум по 11 230 обращениям (убыточность составила 34%). Динамика показателей развития сектора за последние 5 лет представлена в Таблице 2.3.

Таблица 2.3. Основные показатели развития рынка добровольного медицинского страхования в Узбекистане за 2003-2007 гг.

	2003	2004	2005	2006	2007
Число страховщиков, предоставлявших услуги по ДМС	1	2	3	7	9
Объем страховых премий по договорам ДМС, млн. сум	21,0	49,3	109,0	413,8	920,7
Доля страховых премий по договорам ДМС в общем объеме собранных в республике страховых премий			0,3%	0,8%	1,3%
Объем страховых обязательств по договорам ДМС, млн. сум	106,5	226,2	1 622,4	2 776,8	7 833,4
Доля страховых обязательств по договорам ДМС в общем объеме страховых обязательств в республике			0,1%	0,1%	0,3%
Объем страховых выплат по договорам ДМС, млн. сум	6,9	36,3	57,2	117,5	301,4
Доля страховых выплат по договорам ДМС в общем объеме страховых выплат в республике, млн. сум			1,2%	1,7%	3,5%
Убыточность страховых премий по договорам ДМС	33%	73%	53%	28%	33%

Лидерами по сбору страховых премий по договорам добровольного медицинского страхования в 2007 году являлись ДСК «O'zbekinvest Hayot», СП ООО СК «Asia Inshurans» и НКЭИС «Узбекинвест». При этом доля страховых премий по договорам добровольного

медицинского страхования в страховом портфеле ДСК «O'zbekinvest Hayot» в 2007 году составила 25,8%, ИП ЗАО СК «Fotis Sug'urta» – 12,3% и ООО «Transinsurance Plus» – 11,0%.

Лидерами по доле страховых выплат по договорам добровольного медицинского страхования в 2007 году являлись ООО «Transinsurance Plus» – 52,3%, НКЭИС «Узбекинвест» – 48,8% и ОАО «Kapital Sug'urta» – 48,3%.

Можно выделить следующие **специфические особенности рынка ДМС в Узбекистане.**

1. Страхование преимущественно первичной помощи. В большинстве случаев страхуется лишь экстренная медицинская помощь, но не лечение хронических заболеваний. В таких программах страхования страховыми случаями не признаются обращения за медицинской помощью, если они произошли, например, из-за инфекционных, онкологических, венерических, психических заболеваний, сахарного диабета, туберкулеза и т.д. Частично это связано с тем, что многие из заболеваний, включенных в число исключений из страховых случаев, должны в соответствии с отечественным законодательством лечиться бесплатно. Частично с тем, что включение ряда заболеваний в страховку (например, сахарного диабета) существенно увеличивает риски страховых компаний и вынуждает их повышать размер страховых премий.

Лишь примерно 40% (по экспертным оценкам) страховых договоров выходят за рамки минимального стандартного набора страховых случаев. Такие расширенные программы страхования могут включать в себя лечение и профилактику различных заболеваний. Но, естественно, что страхователю они обходятся дороже.

2. Преобладание корпоративного страхования. Основная масса (80-90% по экспертным оценкам) договоров по ДМС в Узбекистане пока еще заключается с предприятиями и организациями, которые страхуют своих работников и в отдельных случаях – членов их семей. Причем в большинстве своем это иностранные организации и представительства, совместные или иностранные компании.

Работа с корпоративными клиентами, как правило, выгодней для страховой компании, чем с физическими лицами. Во-первых, имеет место экономия на масштабах: сокращаются средние издержки на привлечение клиентов и их обслуживание. Во-вторых, сотрудники компаний не так активно стараются израсходовать страховую сумму, в отличие от физических лиц, страхующих себя самостоятельно. Дело в том, что страховую премию за сотрудника платит предприятие, а физическое лицо ее выплачивает самостоятельно, поэтому и старается на затраченные собственные деньги получить максимальную выгоду.

3. Имиджевый характер развития ДМС. Предоставление услуг по ДМС в Узбекистане менее выгодно по сравнению с большинством других видов страхования, а порой и убыточно. Однако страховые компании вводят и развивают данный вид страхования с целью расширения ассортимента своих услуг, что привлекает корпоративных клиентов. Удовлетворенный качеством услуг по одному виду страхования, клиент с охотой покупает у этой же компании и другие виды услуг. Поэтому страховые компании финансируют убытки от ДМС за счет других направлений деятельности.

Встречи с участниками рынка и специалистами позволили выделить следующие **проблемы развития рынка ДМС** в республике.

1. Отсутствие нормативно-правовой базы, которая определяла бы основные требования к системе ДМС, права и обязанности сторон и основные условия осуществления ДМС, единые определения (к примеру: что входит в услугу амбулаторно-поликлинического обслуживания или что понимается под медицинским обследованием и т.д.), дополнительные льготы, предоставляемые исключительно для страховщиков, занимающихся добровольным медицинским страхованием⁵.

⁵ На сегодняшний день разными решениями главы государства и правительства страны предоставлен ряд льгот, направленные на активизацию деятельности страховщиков.

2. При корпоративном страховании сотрудников страховая премия, выплачиваемая страховой компанией, считается доходом работника и подлежит налогообложению (подходный налог, социальные отчисления). При этом, если предприятие напрямую заключает договор с медицинским учреждением на обслуживание своих работников, выплачиваемые средства доходами работников не считаются. Представляется, что целесообразно освободить от налогообложения часть фонда оплаты труда, направляемую на медицинское страхование работников (можно установить предельные нормативы сокращения налогооблагаемой базы)⁶. Аналогично можно было бы делать вычеты из налогооблагаемой базы для физических лиц, которые самостоятельно осуществляют медицинское страхование себя и членов своей семьи.

3. Высока распространенность неформальных платежей медицинским работникам бюджетных учреждений за получение формально бесплатных услуг. В этих условиях сфера применения ДМС ограничена лишь услугами, которые официально предоставляются на коммерческой основе. Между тем реальные расходы населения на покупку медицинских услуг включают в себя и весьма значительные неофициальные платежи, которые по понятным причинам выводятся из сектора ДМС. Решение этой проблемы не возможно без устранения неформальных платежей в бюджетном секторе здравоохранения, корень которых – в необеспеченных ресурсами обязательствах государства по предоставлению бесплатных медицинских услуг.

4. Многие медицинские учреждения в не достаточной степени заинтересованы в заключении договоров со страховыми компаниями. Во-первых, их не устраивает дополнительный контроль за качеством услуги и уровнем цен, который призваны осуществлять страховые компании. Во-вторых, медицинским учреждениям более удобно работать с наличными деньгами. Дело в том, что сегодня имеют место серьезные сложности с получением наличных денег в банке, а возможность их получения напрямую связана с тем, какую часть своих доходов организация получает в наличной форме. Страховые же компании оплачивают услуги через определенное время и при этом оплата осуществляется безналичными средствами. Решение данной проблемы возможно лишь с устранением административных ограничений на снятие наличных средств с банковских счетов и ликвидацией существенных различий между рыночной стоимостью наличных и безналичных денег.

5. Затруднено заключение договоров страховых компаний с бюджетными организациями, обязанными оказывать медицинские услуги бесплатно, на оказание платных услуг. В частности невозможно заключение таких договоров с Республиканским центром экстренной медицинской помощи, хотя данная структура отличается хорошими технической оснащенностью и подбором специалистов. К тому же Центр имеет подразделения во всех регионах республики.

6. Медицинские учреждения при заключении договоров со страховыми компаниями не соглашаются на жесткие условия о финансовой ответственности за ошибки своих работников. Поэтому при возникновении случаев, когда клиенту был нанесен ущерб из-за такого рода ошибок, не всегда понятно, кто должен нести финансовую ответственность перед клиентом. При этом надо иметь в виду, что решение такого рода споров через суды очень редко применяется в Узбекистане. Это связано, во-первых, с отсутствием традиции обращаться в судебную систему для решения частных вопросов, во-вторых, с длительностью и зачастую непрозрачностью судебных процедур. Частично проблема может быть решена посредством развитием системы страхования ответственности врачей.

⁶ В настоящее время такие льготы предоставлены лишь по страхованию имущества и жизни.

7. Контроль страховых компаний за качеством медицинских услуг, обоснованностью назначений врачей и установленными ценами за услуги затруднен в связи с отсутствием общепризнанных стандартов предоставления медицинских услуг. Без таких стандартов (хотя бы по наиболее распространенным заболеваниям) страховщикам очень трудно отстаивать права пациентов, оценивать правильность назначений и методов лечения.

8. Низкий спрос на услуги по ДМС со стороны населения. В определенной степени это связано с недостатком информации о страховании медицинских услуг. Соответственно спрос можно повысить через просвещение и пропаганду. Необходимо в этой связи отметить, что если застрахованное лицо получило услугу по полису страхования, то оно обычно продлевает срок действия полиса ДМС на следующий период.

9. Низкая доходность, а зачастую – убыточность ДМС, особенно по полисам, оплачиваемым физическими лицами. Убыточность можно преодолеть лишь при расширении масштабов ДМС.

10. Трудности работы страховых компаний в регионах связаны прежде всего со слабой развитостью там сети частных медицинских учреждений и низким качеством оказываемых услуг.

11. Затруднен доступ к медицинской статистике с подробной разбивкой по видам болезней, причинам смертности и пр. Из-за отсутствия объемной статистики страховщики лишены возможности реально оценивать принимаемые на страхование риски. В результате этого в расчетах страховщиков имеется относительно высокая погрешность. Страховые компании находят выход: сами ведут собственную статистику и, исходя из нее, рассчитывают риски. Однако, если будет принято решение о введении ОМС, проблема со статистикой станет одной из центральных, так как надо будет рассчитывать риски по очень большому числу заболеваний и во всех регионах Узбекистана. Поэтому важно, чтобы периодически (раз в 3-5 лет) проводилась оценка тенденций заболеваний, которые распространены в Узбекистане и отдельных регионах. Результаты такого анализа должны быть доступны страховым компаниям, медицинским учреждениям и специалистам.

12. Функционирующие ассистанс компании совершенно не отвечают международным стандартам, нет оперативности обслуживания, имеет место низкая квалификация обслуживающих операторов. Ими должны быть высококвалифицированные медработники, которые не только понимали бы состояние застрахованного лица при обращении, но и установили бы примерный диагноз и направили бы обратившегося в нужную специализированную клинику. В действительности такими операторами в основном работают студенты медицинских вузов, которые подрабатывают в свободное от учебы время. Конечно, можно сказать, что позвонить в службу ассистанса то же самое, что позвонить в медицинское учреждение или вызвать скорую помощь. Но неизвестно – насколько оперативно будет вызвана скорая помощь или врач на дом через службу ассистанса.

Необходимо построить такую технологию осуществления ДМС, чтобы доступ в медицинское учреждение было свободным, т.е. без предъявления застрахованным лицом страхового полиса и документа, удостоверяющего личность. Возможно вместо стандартных страховых полисов формата А4, настало время перейти к системе пластиковых карточек, которые могли бы быть считываемы в любом медицинском учреждении и, в которых отражались бы условия (программа) страхования.

Перспективы развития медицинского страхования в Узбекистане

В настоящее время в Узбекистане функционирует лишь добровольное медицинское страхование. Однако уже несколько лет ведется дискуссия о необходимости и возмож-

ностях внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) по базовым услугам здравоохранения, бесплатное предоставление которых гарантировано государством. На сегодня в соответствии с Законом Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» и прочими нормативными актами государство обеспечивает финансирование бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объёма медико-санитарных услуг. Финансирование гарантированного пакета основывается на фиксированном бюджете амбулаторно-поликлинического учреждения (АПУ). Медицинские услуги, сверх гарантированного пакета, начиная с 2000 года, поэтапно переводятся на платную основу.

Внедрение ОМС за счет развития конкуренции и усиления внешнего контроля (со стороны страховых компаний) способно улучшить систему управления государственными медицинскими учреждениями и повысить качество базовых услуг здравоохранения. Кроме того, система ОМС представляет собой действенный механизм привлечения дополнительных финансовых ресурсов в отрасль.

Однако существуют определенные **риски внедрения ОМС.**

1. Риск формального внедрения институтов страхования без создания эффективных механизмов конкуренции между медицинскими учреждениями, активной роли населения и страховых компаний в выборе медицинских учреждений и оказываемых услуг. Именно такая модель ОМС в 90-е гг. была внедрена в России. Эта модель охватывала базовые услуги, оплачиваемые из единого социального налога с предприятий. При этом система финансирования медучреждений оставалась в значительной мере старой. Так называемая бюджетная часть финансирования здравоохранения (а это 60% средств), перечислялась исходя из нормативных расчетов загрузки лечебной сети - численности медицинского персонала, количества коек. Только оставшиеся 35-40% перераспределялись через ОМС между медицинскими заведениями исходя из объема и качества оказанных услуг. Роль страховщиков в этой схеме ОМС не очень вразумительна. Существенных положительных стимулов для развития системы здравоохранения она не несет. Развитие добровольного медицинского страхования (ДМС) тормозится из-за большой доли ОМС.

Вот сегодняшняя оценка результатов внедрения российской модели ОМС, данная одним из экспертов в этой области: *«В настоящее время ни само состояние здоровья работников, ни обуславливающие его производственные факторы (условия труда, экологическая ситуация и т.д.) никак не влияют на размер взносов предприятия в фонд обязательного медицинского страхования. Поэтому система ОМС не стимулирует охрану здоровья работников. Не предполагает она и мер экономической ответственности. Поэтому данные факторы остаются безразличными для предприятий. Не появилось экономических стимулов следить за своим здоровьем и у самого населения. Более того, людям даже выгодно болеть — ведь они не только ничего не платят за лечение, но и получают выплаты по больничным листам. Во всяком случае, с точки зрения заинтересованности в охране здоровья для населения обязательное медицинское страхование не изменило абсолютно ничего по сравнению с бюджетным финансированием здравоохранения».*

Существует большая опасность, что аналогичная модель может быть внедрена в Узбекистане, так как такие планы уже имеются. Более того, в этих планах не предусмотрено участие страховых компаний (за ненадобностью), а страхованием занимается специализированный государственный фонд. Такая модель страхования на самом деле будет представлять из себя по сути ту же самую систему государственного финансирования, только под новой вывеской. Такая антирыночная, бюрократическая модель ОМС в лучшем случае позволит лишь привлечь дополнительные ресурсы в отрасль, причем исключительно за счет усиления фактически налоговой нагрузки на бизнес. О том, что это и является

главной целью реформы, авторы модели и не скрывают. Однако такая модель не будет способствовать реализации других задач в области реформирования здравоохранения. При этом она нанесет мощный удар по сектору добровольного медицинского страхования и перспективам реформирования всей отрасли здравоохранения.

Представляется, что лучше вовсе обойтись без внедрения ОМС, чем строить заведомо неэффективную систему обязательного страхования. Реформу системы управления государственными медицинскими учреждениями вполне можно продолжить и без ОМС. Поэтому, если все же будет принято решение о переходе к ОМС, очень важно обеспечить внедрение **модели ОМС, работающей на рыночных принципах**. В этой модели ОМС занимаются частные страховщики. Государство платит за страховку социально уязвимых групп населения. Пациенты сами выбирают страховую компанию, форму страхования, медицинские заведения, врачей. За работающих платит предприятие определенный минимум, но может платить и больше, сам работник также может доплачивать. Страховые компании, исходя из предлагаемой суммы, предлагают варианты полисов. Застрахованы могут быть как отдельные лица, так и трудовые коллективы. Государство определяет минимальный набор услуг, который должен включать страховой полис. Такая модель ОМС позволит развивать конкуренцию в сфере медицинских услуг, а также развивать сектор ДМС.

2. Другая весьма возможная опасность: государство, регулируя тарифы и условия предоставления ОМС, не сумеет сбалансировать объемы гарантированных по ОМС услуг и размеры выплачиваемых страховых премий. Иными словами **сохранятся завышенные, не обеспеченные реальными финансовыми ресурсами обязательства государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи**. В этом случае, как и в сегодняшней системе здравоохранения, не обеспеченные средствами гарантии обернутся низким качеством гарантированных услуг и широким распространением неформальных платежей.

3. Следующая опасность: правила, регулирующие ОМС, не сумеют адекватным образом учесть и противостоять таким явлениям как моральный риск, асимметричность информации, широкое распространение неформальных платежей в сфере здравоохранения (в том числе и частном секторе), слабое развитие конкуренции на рынке медицинских услуг (особенно в регионах). Все это может привести к тому, что программы ОМС станут либо не выгодными для страховых компаний, либо формальными и, соответственно, не эффективными с точки зрения интересов пациентов.

В связи с вышесказанным, можно представить следующие рекомендации по стратегии дальнейшего развития сектора медицинского страхования в Узбекистане.

1. Государству необходимо более четко определиться с набором базовых услуг, по которым гарантируется бесплатная медицинская помощь. Во-первых, необходимо определить полный набор услуг, которые пациенты могут получить бесплатно или по льготной цене, и обстоятельств их предоставления. Во-вторых, нужно определиться с тем, какие категории населения имеют право на те или иные льготы. Например, пенсионеры, инвалиды, дети, беременные и находящиеся в декрете женщины получают право на доступ к полному пакету базовых услуг бесплатно. Остальные имеют ограниченный доступ к бесплатным базовым услугам: при получении части этих услуг они, к примеру, должны осуществлять сооплату. Данные решения должны учитывать возможности государственного бюджета. Если будет вводиться обязательное страхование базовых услуг, то размеры выплат страховых премий по ним должны быть компенсированы сокращением налогового бремени.

2. Остальные услуги, кроме базовых, подлежат полной коммерциализации. Соответственно, государство должно всячески способствовать развитию добровольного медицинского страхования.

3. Необходимо продолжить реформу системы управления и финансирования государственных медицинских учреждений. В частности очень важно расширять самостоятельность таких организаций в принятии решений по коммерциализации своей деятельности, использованию финансовых ресурсов, проведению кадровой политики и т.д.

4. В целях развития конкуренции на рынке медицинских услуг и повышения качества услуг необходимо предоставить возможность негосударственным медицинским учреждениям претендовать на получение бюджетного софинансирования базовых услуг, а также возможность пациентов выбирать медицинское учреждение (с соответствующим перераспределением бюджетных средств).

5. Необходимо определиться со стратегией внедрения ОМС. Возможны следующие варианты:

А. Совершенствования в рамках существующей системы (отказ от внедрения ОМС).

Государственное финансирование базовых медицинских услуг (услуги оказываются бесплатно, либо бесплатно для социально уязвимых слоев и по определенным расценкам для других), остальные услуги платные. Соответственно основной упор делается на развитие добровольного страхования, в том числе и при оплате услуг госучреждений, которые оказываются на платной основе. Можно усилить конкуренцию за предоставление бесплатных услуг, изменив механизм финансирования: бюджет распределяется по числу клиентов и объемам оказанных услуг. В этом случае поликлиники получают финансирование в зависимости от числа прикрепленных клиентов на конец предыдущего года. Причем сами люди выбирают ту поликлинику, за которой они будут закреплены: не зависимо от территории и формы собственности. К частным поликлиникам, которые будут иметь право на получение госфинансирования, можно предъявить дополнительные требования: например, не менее трех лет работы на рынке, наличие определенного штата и услуг. Стационары получают финансирование в зависимости от числа пролеченных случаев. Ключевой вопрос – четко определить гарантированный бесплатный набор услуг. Остальные услуги переводятся на платную основу, в том числе с использованием ДМС.

Б. ОМС вводится для части базовых услуг. Остальные базовые услуги, например, услуги родовспоможения, экстренной медицинской помощи, лечение социально-значимых болезней, вакцинация детей, продолжают бесплатно оказывать специализированные государственные медицинские учреждения.

В. ОМС вводится на все или подавляющую часть базовых услуг.

По оценкам экспертов Узбекистан в настоящее время не готов к введению ОМС. Если решение о его введении будет принято, то необходимо, во-первых, предусмотреть значительный период времени на подготовку условий для создания системы ОМС, во-вторых, разработать программу действий, включающую комплекс мер нацеленных на:

- совершенствование принципов финансирования медицинских учреждений в направлении перехода от финансирования по штатному расписанию или количеству коек в пользу оплаты за фактически выполненные услуги;
- изменение методов управления государственными медицинскими заведениями в пользу децентрализации управления и коммерциализации их деятельности;
- содействие ускоренному развитию частного сектора здравоохранения и отрасли добровольного медицинского страхования;
- создание инфраструктуры системы обязательного медицинского страхования (наличие страховых организаций, оказывающих соответствующие услуги, наличие и доступ к статистике, позволяющей рассчитывать риски и т.д.);
- разработку и утверждение правил обязательного медицинского страхования;

- разработку и утверждение критериев контроля уровня, объема и качества обязательного медицинского страхования;
- разработку, принятие, реализацию и мониторинг хода реализации программы внедрения обязательного медицинского страхования;
- законодательное обеспечение функционирования системы ОМС, в особенности в вопросах защиты прав и определения прав и обязанностей пациентов, медицинских учреждений, страховых компаний, а также государства.

На уровне законодательства нужно отработать основные параметры внедряемой модели ОМС:

- › какие именно услуги и в каком объеме входят в ОМС;
- › какие категории граждан подлежат обязательному медицинскому страхованию;
- › когда наступает страховой случай и в каком объеме происходит компенсация расходов на лечение;
- › каков механизм компенсации;
- › каким образом рассчитывается размер страховой премии (взноса), из каких источников она оплачивается, кто и в какой пропорции уплачивает взносы за работающих и неработающих (сам застрахованный, работодатель, государство);
- › применяются ли и при каких условиях применяются франшиза (часть расходов, не подлежащая возмещению страховщиком, используется для освобождения страховщика от необходимости оплаты страховщиком мелких расходов), лимиты на оплату определенных услуг, частичная оплата услуг застрахованным, перенос неиспользованных средств на следующий период, возможность выхода из системы ОМС в пользу программы добровольного медицинского страхования.

Заключение

Анализ **мирового опыта** организации финансирования сферы здравоохранения и медицинского страхования позволяет сделать нам следующие выводы.

1. Существует два принципиально отличных механизма финансирования медицинских услуг в зависимости от того, являются ли они гарантированными государством или коммерческими. Первые должны финансироваться преимущественно напрямую государством либо через систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Хотя в некоторых случаях они частично могут и напрямую оплачиваться пациентами, либо финансироваться через добровольное медицинское страхование (ДМС). Вторые должны финансироваться преимущественно самими пациентами и их работодателями, в том числе и через различные программы ДМС. При этом государство, учитывая социально-экономическую значимость здоровья людей, может косвенным образом поддерживать коммерческое здравоохранение и ДМС, преимущественно посредством предоставления налоговых льгот и поддержки инфраструктуры.

2. В развитых странах добровольное медицинское страхование носит дополнительный характер и реализуется помимо государственного финансирования и обязательного медицинского страхования. Государственное финансирование и ОМС охватывают базовые медицинские услуги, предоставляемые всем застрахованным лицам. ДМС покрывает дополнительные медицинские услуги, за которые государство не может гарантировать своим гражданам оплату из средств бюджета или ОМС.

3. Анализ основных принципов медицинского страхования, применяемых в большинстве зарубежных стран, показывает, что практически везде широко применяется частичная оплата застрахованными лицами определенных медицинских услуг. Механизм сооплаты сдерживает пациентов от ненужных расходов, так как часть этих расходов идет непосредственно из их кармана. Другими отличительными признаками систем страхования здоровья является наличие «периода ожидания», предшествующего выплате оговоренного договором страхования пособия по нетрудоспособности или применение франшизы.

4. Независимо от применяемых принципов финансирования медицинских услуг, предоставление которых гарантировано государством, общество заинтересованно в развитии частных медицинских организаций и добровольного медицинского страхования. Это позволяет максимально расширять ассортимент оказываемых услуг, улучшать их качество, в том числе и в государственном секторе, за счет активизации конкуренции и частной инициативы, а также привлечения дополнительных средств в систему здравоохранения.

5. Государство должно четко определить свои обязательства в сфере оказания медицинских услуг, исходя из потребностей населения, приоритетов социально-экономической политики и возможностей реального финансирования сферы здравоохранения (как за счет средств бюджета, так и посредством взносов в фонд обязательного страхования). Если государство берет на себя завышенные обязательства, то это чревато как чрезмерной нагрузкой на государственный бюджет и работодателей, а, следовательно, на экономику в целом, так и распространением неофициальных схем оплаты пациентами якобы бесплатных медицинских услуг. Поэтому очень важно четко определиться с объемом и составом гарантированных государством услуг, с составом лиц, на которых эти услуги

распространяются, а также с условиями, при которых эти лица могут пользоваться бесплатными услугами.

6. Формальная замена прямого государственного финансирования системой ОМС без существенного изменения механизмов финансирования медицинских заведений, развития конкуренции среди медицинских заведений и страховщиков, как показывает опыт России, не способна дать импульса развитию системы здравоохранения. Переход к эффективной модели ОМС – сложный и длительный процесс, предполагающий наличие ряда предпосылок и условий.

В Узбекистане в настоящее время продолжается **реформа системы здравоохранения**, направленная на улучшение качества медицинских услуг и обеспечение бесплатными базовыми услугами населения, прежде всего за счет:

- улучшения материальной базы здравоохранения;
- повышения уровня подготовки и квалификации медицинских работников;
- оптимизации системы государственного финансирования отрасли, в том числе за счет сокращения неоправданных расходов и привязки направляемых бюджетных средств к результатам деятельности медицинских учреждений;
- укрепления первичного звена здравоохранения (где оказывается основная масса базовых услуг);
- развития негосударственного коммерческого сектора здравоохранения и частичной коммерциализации государственных медицинских учреждений;
- развития рыночной конкуренции в сфере платных медицинских услуг и укрепления механизмов защиты интересов и прав пациентов.

Одним из направлений совершенствования системы управления и финансирования здравоохранения является развитие в стране добровольного медицинского страхования, осуществляемого на коммерческой основе. Рынок ДМС Узбекистана обладает следующими специфическими особенностями:

- в большинстве случаев страхуется лишь экстренная медицинская помощь, но не лечение хронических заболеваний;
- доминирует корпоративное страхование, индивидуальное медицинское страхование пока редкое явление;
- хотя предоставление услуг по ДМС в Узбекистане менее выгодно по сравнению с большинством других видов страхования, страховые компании вводят и развивают данный вид страхования с целью расширения ассортимента своих услуг.

Наше исследование позволило выявить следующие **проблемы финансирования здравоохранения и развития рынка ДМС в республике**.

1. Отсутствие нормативно-правовой базы, регулирующей ДМС.
2. Включение страховой премии по медицинскому страхованию в налогооблагаемую базу (подходный налог, социальные отчисления), что уменьшает стимулы к страхованию.
3. Недостаточное финансирование ресурсов, направляемых в здравоохранение и их неэффективное использование. Выделение бюджетных средств зачастую происходит не в зависимости от численности обслуживаемого населения, качества и объема оказываемых услуг, а от базового уровня средств, выделявшихся в предыдущие периоды.
4. Очень высока распространенность неформальных платежей медицинским работникам бюджетных учреждений за получение формально бесплатных услуг. Соответственно, сфера применения ДМС ограничена лишь услугами, которые официально предоставляются на коммерческой основе.

5. Низкий спрос на услуги по ДМС со стороны населения и, как результат, низкая доходность, а зачастую – убыточность ДМС, особенно по полисам, оплачиваемым физическими лицами.
6. Затруднено заключение договоров страховых компаний а) с медицинскими учреждениями, нежелающими дополнительного контроля и/или предпочитающими работать с наличными деньгами, б) с бюджетными организациями, обязанными оказывать медицинские услуги бесплатно.
7. Затруднен контроль страховых компаний за качеством медицинских услуг, обоснованностью назначений врачей и установленными ценами за услуги из-за отсутствия общепризнанных стандартов предоставления медицинских услуг.
8. Затруднен доступ к медицинской статистике с подробной разбивкой по видам болезней, причинам смертности и пр. Из-за отсутствия объемной статистики страховщики лишены возможности реально оценивать принимаемые на страхование риски.

В связи с вышесказанным, можно представить следующие **рекомендации по стратегии дальнейшего развития сектора медицинского страхования в Узбекистане.**

1. Государству необходимо более четко определиться с набором базовых услуг, по которым гарантируется бесплатная медицинская помощь. Во-первых, нужно определить полный набор услуг и обстоятельств их предоставления, которые пациенты могут получить бесплатно или по льготной цене. Во-вторых, важно определиться с тем, какие категории населения имеют право на те или иные льготы. Данные решения должны учитывать возможности государственного бюджета.

2. Государство должно всячески способствовать развитию добровольного медицинского страхования. В частности рекомендуется:

- принять специальный закон о медицинском страховании, который бы определял основные требования к системе медицинского страхования, права и обязанности сторон и основные условия осуществления медицинского страхования, давал единые определения;
- освободить от налогообложения часть доходов физических лиц, направляемую на медицинское страхование;
- ввести стандарты медицинских услуг по диагностике и лечению наиболее распространенных болезней;
- содействовать открытости и электронизации учета пациентов, диагностики и методов лечения болезней, что будет способствовать прозрачности оказываемых услуг;
- активизировать пропаганду важности и полезности медицинского страхования, в том числе через социальную рекламу;
- принять меры по улучшению доступа страховых компаний к медицинской статистике;
- оказать содействие в развитии инфраструктуры медицинского страхования.

3. Необходимо продолжить реформу системы управления и финансирования государственных медицинских учреждений. В частности очень важно расширять самостоятельность и коммерциализацию деятельности таких организаций.

4. Желательно создать равные условия для государственных и негосударственных медицинских учреждений на получение бюджетного финансирования базовых услуг, а также всячески содействовать конкуренции на данном рынке услуг.

5. Необходимо определиться со стратегией внедрения ОМС. Большинство направлений реформирования здравоохранения можно осуществлять в рамках существующей системы управления отраслью. Замена этой системы бюрократизированной моделью ОМС, типа российской, принесет больше вреда, чем пользы. Опасно также внедрение

ОМС без соответствующей подготовки, в частности без отказа государства от избыточных обязательств по предоставлению бесплатных базовых услуг, а также без должной проработки действенных механизмов, обеспечивающих прозрачность рынка услуг медицинского страхования и достаточный уровень конкуренции на нем.

Очень важно обеспечить внедрение модели ОМС, работающей на рыночных принципах, в которой страхованием занимаются коммерческие страховые компании. Государство определяет минимальный набор услуг, который должен включать страховой полис, и платит за страховку социально уязвимых групп населения. Пациенты в этой модели сами выбирают страховую компанию, форму страхования, медицинские заведения, врачей.

Приложение 1. Основные термины страхования

По своей сути **страхование** – это система экономических отношений, включающая совокупность форм и методов создания специального фонда средств и его использования для возмещения ущерба от неблагоприятных случайных явлений, а также для оказания гражданам и их семьям помощи при наступлении различных событий в их жизни: дожития до определенного возраста, утраты трудоспособности и т.д.

В страховании как в двухстороннем процессе в обязательном порядке участвуют две стороны: страховщик и страхователь. **Страховщик** – это юридическое лицо любой организационно-правой формы, созданное для осуществления страховой деятельности и получившее соответствующую лицензию. **Страхователь** – это юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования или являющееся страхователем в силу закона.

Страховые фонды образуются исключительно на основе денежных перераспределительных отношений, обусловленных наличием **страхового риска** как вероятности и возможности наступления страхового случая, способного нанести материальный или иной ущерб. Источниками формирования страховых фондов общества являются платежи физических и юридических лиц, взимаемые на обязательной или добровольной основе.

В рамках системы образования страховых фондов сложились **два направления страховой деятельности**:

- **государственное социальное страхование**, основанное на принципе коллективной солидарности и направленное на социальное выравнивание и обеспечение минимума благосостояния;

- **индивидуальное страхование** физических и юридических лиц, **имеющее коммерческий характер** и основанное, как правило, на принципе добровольности и осуществляемое страховыми компаниями.

Параллельное функционирование систем государственного социального и коммерческого страхования является неотъемлемой частью практически любой экономической системы.

Страхование играет ведущую роль в компенсации ущербов, и потребность в нем возрастает вместе с развитием экономики и цивилизации общественных отношений. На уровне индивидуального воспроизводства через страхование финансовые последствия определенных рисков перекладываются на страховые компании, что проявляется в основной – **рисковой** функции страхования. Профессиональная деятельность страховых компаний позволяет им проводить широкую систему мер предупредительного характера, контролировать и регулировать уровень риска в важнейших сферах хозяйственной и частной жизни, что реализуется в рамках **предупредительной (превентивной)** функции страхования. В рамках **сберегательной (накопительной)** функции страхования происходит сбережение (накопление) денежных сумм (преимущественно по договорам страхования жизни), обусловленное потребностью в защите достигнутого достатка и благополучия.

Ниже приведены основные термины страховой деятельности.

Анализ риска (Risk Analysis) – начальный этап риск-менеджмента, имеющий целью получение необходимой информации о структуре, свойствах объекта и имеющихся рисках.

Собранной информации должно быть достаточно, чтобы принимать адекватные решения на последующих стадиях управления риском.

Вероятность страхового случая (Probability of Loss) – количественная характеристика возможности наступления событий, при которых выплачивается страховое возмещение (обеспечение). Степень вероятности наступления страхового случая является основой расчета премии по соответствующему виду страхования и, следовательно, устойчивости страховых операций и финансового положения страховой компании.

Возмещение убытка (Indemnification of Claim) – полное или частичное возмещение страховщиком ущерба страхователю, который последний понес в результате гибели или повреждения застрахованного имущества вследствие стихийных бедствий или других причин, покрытых страхованием. В имущественном страховании убыток возмещается страхователю или другому лицу по его указанию. При страховании ответственности перед третьими лицами страховое возмещение выплачивается лицу, которому причинен вред страхователем.

Выгодоприобретатель (Beneficiary) – лицо, указанное в договоре страхования, в пользу которого заключено страхование. В имущественном страховании по условиям страхования оно является получателем суммы страхового возмещения. В личном страховании, если в полисе не указано физическое лицо, которое назначается страхователем в качестве посмертного получателя страховой суммы, такими лицами могут быть наследники.

Государственное страхование (National Insurance) – страхование, при котором в качестве страховщика выступает государственная организация.

Добровольное страхование (Voluntary Insurance) – форма страхования, осуществляемая на основе договора. В отличие от обязательного страхования, при котором страхователь обязан по закону заключить договор о страховании своего имущества или ответственности перед третьими лицами, договор страхования заключается добровольно.

Договор страхования (Insurance Treaty) – соглашение между страхователем и страховщиком, регламентирующее их взаимные обязательства в соответствии с условиями данного вида страхования.

Застрахованный (Assured) – лицо, участвующее в личном страховании, чья жизнь, здоровье и трудоспособность являются объектом страховой защиты.

Коллективное страхование (Group Insurance) – форма страхования, применяемая для страхования нескольких лиц, которые выступают как единое целое для удобства решения административных вопросов. Обычно так поступают работодатели, страхующие своих работников. Групповой полис выписывается на работодателя или другого представителя группы застрахованных, а члены группы получают сертификаты как подтверждение того, что они застрахованы.

Обязательное страхование (Obligatory Insurance) – форма страхования, при которой отношения между страхователем и страховщиком возникают в силу действующего законодательства; характеризуется установлением фиксированных страховых сумм, тарифных ставок и других условий страхования.

Перестрахование (Reinsurance) – система экономических отношений, в соответствии с которой страховщик, принимая на страхование риски, часть ответственности по ним (с учетом своих финансовых возможностей) передает на согласованных условиях другим страховщикам (перестраховщикам) с целью создания по возможности сбалансированного страхового портфеля, обеспечения финансовой устойчивости и рентабельности страховых операций. Перестрахование рисков достигается: 1) защитой страхового портфеля от влияния на него серии крупных страховых случаев или даже одного катастрофического; 2) оплатой сумм страхового возмещения по таким случаям, которая не ложится тяжелым

бременем на одного страховщика, а осуществляется коллективно всеми участниками перестрахования соответствующего риска.

Полис (от итал. Polizza; англ. Policy) – письменный документ установленного образца, выдаваемый страховщиком страхователю в удостоверение заключенного договора и содержащий его условия.

Премия (Premium, Charges of Insurance) – сумма, уплачиваемая страхователем страховщику за принятое последним на себя обязательство выплатить соответствующую сумму при наступлении страхового случая по условиям договора страхования или в силу закона.

Риск в страховании (Risk) – 1) вероятность наступления страхового события или совокупности событий; 2) объект страхования; 3) вид ответственности страховщика.

Риск-менеджмент (Risk Management) – процесс управления риском, включает в себя: выявление риска, его анализ, оценку, выбор методов воздействия на риск при оценке их сравнительной эффективности (в том числе страхование), принятие решения, непосредственное воздействие на риск, контроль и корректировку результатов процесса управления риском.

Стоимость страховая (Value Insured) – сумма денежной оценки действительного имущественного интереса в договоре страхования. Страховая сумма не может превышать действительной стоимости застрахованного имущества на момент заключения договора. В обязательном страховании может предусматриваться минимальная страховая стоимость, определяемая соответствующими законами или другими нормативно-правовыми актами.

Страхование (Insurance) – система отношений, связанная с защитой имущественных интересов физических и юридических лиц специализированными организациями – страховыми компаниями – за счет формируемого из взносов страхователей страхового фонда, из которого возмещаются убытки, понесенные страхователями в результате страховых случаев.

Страхователь (Insured, Assured) – физическое или юридическое лицо, являющееся стороной в договоре страхования, которое уплачивает страховую премию и имеет право по закону или в силу договора получить при наступлении страхового случая возмещение в пределах застрахованной ответственности или страховой суммы, оговоренной в договоре страхования. Страхователь может заключить договор страхования как в свою пользу, так _____ и в пользу другого лица (см. Полисодержатель).

Страховая выплата (Benefit) – любая выплата, осуществленная в соответствии с условиями договора страхования.

Страховая защита (Insurance Protection) – совокупность обязательств страховщика, направленных на обеспечение требований страхового продукта.

Страховая стоимость (Insurance Value, Value of Risk) – стоимость, в которой страхователь оценивает объект страхования; определяется по соглашению между страховщиком и страхователем. Страховая стоимость имущества не должна превышать его действительную стоимость на момент заключения договора страхования. Порядок исчисления размера страховой стоимости, имеющий свои особенности в различных странах, основан на действующем законодательстве и сложившейся практике.

Страховая сумма (Sum Insured) – сумма, отражаемая в страховом полисе и выплачиваемая в случае, если происходит указываемое в полисе событие; может быть максимумом обязательств страховщика по договору о возмещении убытков.

Страховое возмещение (Insurance Indemnity) – сумма, выплачиваемая страховщиком страхователю в возмещение убытков, вызванных наступлением страхового случая, пре-

дусмотренного договором страхования.

Страховое событие (Insured Event) – обстоятельство, определенное договором страхования (в добровольном страховании) или законом (в обязательном страховании) как событие, по которому страховщик обязан исполнять свои обязательства по страховому возмещению (см. Страховой случай).

Страховой риск (Risk Insurance) – предполагаемое опасное событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. Круг рисков, покрытых страхованием, должен быть строго оговорен в условиях страхования.

Страховой случай (Insured Loss) – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам. При страховом случае с имуществом страховая выплата производится в виде страхового возмещения, при страховом случае с личностью страхователя или третьего лица – в виде страхового обеспечения.

Страховой тариф (Insurance Tariff) – ставка страховой премии, устанавливается в процентах или промилле.

Страховщик (Insurer, Underwriter) – юридическое лицо, имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности, принимающее на себя по договору страхования за определенное вознаграждение (страховую премию) обязательство возместить страхователю или другому лицу, в пользу которого заключено страхование, убытки, возникшие в результате наступления страховых случаев, обусловленных в договоре, или выплатить страховую сумму.

Убыток (Loss) – термин, имеющий в практике страхования несколько значений: 1) подлежащий возмещению страховщиком ущерб, причиненный застрахованному имуществу в результате страхового случая; 2) факт наступления страхового случая – произошел убыток, т.е. произошел страховой случай; 3) дело, заводимое страховым обществом по соответствующему страховому случаю; дело с документами по такому случаю.

Ущерб (Loss) – потери страхователя в материальной форме в результате наступления страхового риска.

Франшиза (Franchise) – определенная часть убытков страхователя, не подлежащая возмещению страховщиком в соответствии с условиями страхования. Различают условную (невывчитаемую) и безусловную (вычитаемую) франшизу, которая устанавливается в виде процента либо в абсолютной величине к страховой сумме. Внесение в договор страхования _____ франшизы имеет целью освободить страховщика от расходов, связанных с ликвидацией мелких убытков, которые во многих случаях превышают сумму убытка. Кроме того, франшиза обязывает страхователя более рачительно относиться к застрахованному имуществу.

Источник: Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности: Учебное пособие. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2001.

Приложение 2. Опыт введения ОМС в России (по материалам прессы)

Для Узбекистана может оказаться полезным опыт введения обязательного медицинского страхования (ОМС) в России, как в стране с близкими принципами управления финансированием здравоохранения, доставшимися в наследство со времен социализма.

Обязательным медицинским страхованием охвачено более 96% населения России. Основным источником поступления средств в территориальные фонды являются средства работодателей. Система финансирования медучреждений остается в значительной мере старой. Так называемая бюджетная часть финансирования здравоохранения (а это 60% средств), перечисляется исходя из нормативных расчетов загрузки лечебной сети - численности медицинского персонала, количества коек. Только оставшиеся 35-40% перераспределяются через ОМС между лечебными заведениями исходя из объема и качества оказанных услуг. Эффективность ОМС очень сильно зависит от региона. Роль страховщиков в российской схеме ОМС очень ограничена и не позволяют использовать рыночные принципы организации страхования.

Изъяны российской модели обязательного медицинского страхования (выдержки из статьи Шишкина С.В.)

Ключевыми проблемами сложившейся в России системы ОМС являются следующие.

Во-первых, несбалансированность программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, составной частью которой является базовая программа ОМС, с размерами финансовых ресурсов направляемых государством на здравоохранение в целом, и с финансовыми средствами, аккумулируемыми в системе ОМС, в частности.

Во-вторых, несоответствие между принципами, положенными в основу дизайна системы ОМС, и фактическими принципами ее внедрения, следствием чего является неэффективность сложившейся государственной системы финансирования здравоохранения.

Система ОМС призвана была стать заменой системы бюджетного финансирования предоставления медицинской помощи населению. Утвержденная базовая программа ОМС охватывает большую часть видов медицинской помощи, предоставляемых населению. Соответственно система ОМС должна была аккумулировать не менее двух третей государственного финансирования здравоохранения (напрямую из бюджета должны были финансироваться высокотехнологичные виды медицинской помощи, лечение заболеваний, имеющих особую социальную значимость (туберкулез, ВИЧ-СПИД, психические заболевания и пр.), санитарно-эпидемиологический надзор и скорая медицинская помощь). Финансирование работы медицинских учреждений должно было происходить на основе договоров, заключаемых ими со страховщиками. Участие негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС в качестве страховщиков было предусмотрено в качестве средства создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховщиков друг с другом за застрахованных.

Фактически система ОМС сложилась как дополнение системы бюджетного финанси-

рования. В системе ОМС концентрируется лишь одна треть государственного финансирования здравоохранения. Медицинские учреждения получают финансовые средства на покрытие издержек одной и той же деятельности одновременно по двум каналам: бюджетного финансирования и ОМС. Такое сочетание двух систем финансирования не создает ни у кого из их участников стимулов к повышению эффективности использования ресурсов. Нерациональность симбиоза бюджетного и страхового финансирования усиливается многообразием региональных вариантов сочетания этих двух систем.

Отличительная черта российской системы ОМС – это участие негосударственных страховых медицинских организаций в роли страховщиков. Но функционально их реальная роль далека от той, выполнение которой, с точки зрения экономической теории, оправдывает включение негосударственных страховщиков в систему ОМС. Условия работы страховых медицинских организаций были сформированы таким образом, что страховщики в большинстве своем выполняют функции пассивных посредников, обслуживающих движение финансовых средств от фондов ОМС к медицинским учреждениям. Результативность для общества такой их деятельности в сравнении с издержками не оправдывает их сохранения в системе ОМС в нынешней роли.

В-третьих, застрахованные в системе ОМС имеют минимальные возможности экономического давления на ее субъектов, побуждающего их к сохранению и росту уровня качества услуг и эффективности использования ресурсов. Декларированные в законе права застрахованных по выбору страховщиков и медицинских учреждений существенно обесценены отсутствием возможности самостоятельно заключать договоры со страховщиком и выбирать между альтернативными страховыми программами. За работающих застрахованных выбор страховщика производят их работодатели, а за неработающих – органы государственной власти и местного самоуправления. Выбор работодателей на практике зачастую также существенно ограничен административными решениями относительно организации территориальных систем ОМС, количества и роли в них страховщиков, распределения между ними страхового поля.

У застрахованного имеются весьма ограниченные возможности выбора медицинских учреждений для получения медицинской помощи в системе ОМС. Во многих регионах действует принцип территориального закрепления населения за определенными медицинскими учреждениями, и застрахованный, если он не удовлетворен качеством лечения в соответствующем медицинском учреждении, может получить ее в другом месте, как правило, лишь оплатив ее в той или иной форме (приобретая полис добровольного медицинского страхования, заплатив в кассу медицинского учреждения, или в руки медицинским работникам). Система ОМС при этом выполняет функцию финансирования предоставления населению безальтернативного по качеству медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи иначе, чем предусмотрено административно установленными правилами территориального прикрепления пациентов, происходит ценой фактического выхода за рамки системы ОМС и потери права на использование ее средств для компенсации, хотя бы частичной, получения услуг более высокого качества.

Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными в той системе финансирования, которая реально функционирует под названием обязательное медицинское страхование. ***С функциональной точки зрения, российская система ОМС в настоящее время фактически является особой формой бюджетного финансирования здравоохранения.***

Существующая система социального страхования сформировалась в своих основных чертах еще в советское время, и в переходный период претерпела лишь некоторые организационные трансформации, не меняющие ее суть.

Системные противоречия и проблемы российской модели обязательного медицинского страхования (выдержки из статьи Кадырова Ф.Н.)

Проанализируем опыт ОМС в РФ с точки зрения достижения задач, которые перед ОМС ставились.

Задача 1. Обеспечение социальных гарантий в области здравоохранения.

Как известно, обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (ст. 1 Закона о медицинском страховании граждан в Российской Федерации). Цель медицинского страхования, декларированная законом – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств. Если этих средств недостаточно, то претензии предъявить не к кому – формально это означает, что бесплатная помощь может быть оказана в урезанном виде или не оказана вообще, притом в полном соответствии с законом. К сожалению, на практике часто так и происходит.

Стоит ли после всего этого утверждать, что система ОМС (хотя бы теоретически) предоставляет большие гарантии бесплатной медицинской помощи, чем бюджет? Не стоит забывать, что медицинское страхование исторически выступало как средство повышения социальных гарантий относительно частного здравоохранения. А какие могут быть гарантии лучше, чем бесплатное бюджетное здравоохранение? Какие гарантии может предоставить система ОМС, не обладающая для этого необходимыми финансовыми ресурсами?

Несовершенство системы ОМС с точки зрения гарантий оказания бесплатной медицинской помощи проявляется и в путях практической реализации этих гарантий. Экономическая и организационная сторона дела таковы, что связываться с лечением наиболее рискованного контингента (бомжи, переселенцы, незастрахованные и т.д.) никто не хочет.

Задача 2. Замена налогового характера сбора средств для здравоохранения на более эффективный.

Быть может, благодаря ОМС удалось уйти от налогового характера сбора средств для финансирования здравоохранения, заменив его более эффективным или социально более справедливым механизмом? Отнюдь. Во-первых, от налогов мы никуда не ушли – в соответствии с действующим законодательством взносы в государственные социальные внебюджетные фонды относятся к федеральным налогам и сборам (статья 13 Налогового кодекса РФ). Во-вторых, вряд ли кому-то удастся однозначно доказать, что существующий механизм внесения предприятиями взносов в фонд ОМС более эффективен и социально более справедлив, нежели уплата налога на прибыль, налога на добавленную стоимость и т.д. В-третьих, около 1/3 средств ОМС по-прежнему поступает через бюджет, формируемый на традиционной налоговой основе (страхование неработающих).

Добавим к этому, что ныне механизм сбора средств на цели обязательного медицинского страхования вовсе не тот, что замышлялся в первоначальном варианте. Вспомним, что первоначально предполагалось закрепить функцию сбора средств за страховыми организациями. В более позднем варианте появились фонды обязательного медицинского страхования. Ныне же данная функция принадлежит уже налоговым органам.

Задача 3. Дополнительный источник финансирования здравоохранения.

Средства ОМС так и не стали дополнением бюджетного финансирования. Произошло лишь замещение средствами ОМС части бюджетных средств. Более того, именно бюджете

ты различных уровней являются наиболее злостными неплательщиками взносов в фонды ОМС. На этом фоне трудно согласиться с достаточно распространенным утверждением о том, что средства ОМС позволили не допустить краха финансовой системы здравоохранения, способствуя, по крайней мере, смягчению последствий резкого снижения бюджетного финансирования. Но не стоит забывать, что взносы в фонды ОМС – это часть налоговой системы. Что бы изменилось, если бы эти 3,6% от фонда оплаты труда направлялись сначала в бюджет, а уже оттуда шли на финансирование здравоохранения? А изменилось бы следующее: исчезла бы адресность – эти средства могли не дойти до здравоохранения. Таким образом, в системе ОМС средства сразу идут в здравоохранение, а при бюджетном финансировании благополучие отрасли во многом определяется доброй волей органов власти.

Задача 4. Стабильность финансирования.

Часто полагают, что средства ОМС (особенно в части платежей за работающее население) обеспечивают стабильность финансирования или хотя бы способствуют этому. Кажется бы, это действительно так: ведь предприятия регулярно начисляют заработную плату и, соответственно, производят страховые взносы в фонды ОМС. Однако, во-первых, поскольку доля этих взносов в совокупном финансировании невелика (всего около 1/4 от общей суммы финансирования здравоохранения), то она не в состоянии обеспечить стабильности всей системы финансирования. Во-вторых, и это главное, коэффициент разброса в уровне бюджетного финансирования здравоохранения составляет 21,2, что почти в два раза меньше разброса по страховым взносам предприятий (единый социальный налог и налог на вмененный доход) – 38,9, и в 20 раз меньше, чем разброс по страховым взносам на страхование неработающих (443,3). Необходимо добавить, что законодательно не определен размер взносов за неработающее население. В ряде субъектов Федерации эти взносы вообще не производятся.

Не может быть более признана стабильной система ОМС, которая на различных территориях демонстрирует столь показательные различия, намного превосходящие различия в уровнях бюджетного финансирования. Таким образом, бюджетное финансирование обеспечивает большую стабильность по сравнению с системой ОМС. Это и понятно, бюджет имеет то преимущество, что обладает компенсаторными возможностями: низкий уровень поступлений по одним налогам может в той или иной степени компенсироваться более высокими поступлениями других налогов. Система ОМС (в части страховых взносов за работающих) такой возможности лишена: низкий уровень взносов в фонд ОМС, вызываемый низкими объемами совокупного фонда оплаты труда территории, не может быть компенсирован ни акцизами, ни местными налогами и сборами, ни чем-то иным.

Задача 5. Уход от бюджетного финансирования как неэффективного механизма финансового обеспечения здравоохранения.

В преамбуле Закона о медицинском страховании граждан в Российской Федерации записано, что “закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан...”. Это логично: здравоохранение, рассматриваемое в широком смысле не только как функция отрасли, но и как общенациональная система мер, направленных на охрану здоровья, предполагает, что заботиться о здоровье должны в первую очередь субъекты, в наибольшей степени определяющие его состояние – предприятия и сами граждане. С введением обязательного медицинского страхования связывались надежды на определенный прогресс в этом отношении. Оправдались ли они?

Однако, как известно, в настоящее время ни само состояние здоровья работников, ни обуславливающие его производственные факторы (условия труда, экологическая ситуа-

ция и т.д.) никак не влияют на размер взносов предприятия в фонд обязательного медицинского страхования. Поэтому система ОМС не стимулирует охрану здоровья работников. Не предполагает она и мер экономической ответственности. Поэтому данные факторы остаются безразличными для предприятий.

Задача 6. Повышение заинтересованности населения в охране здоровья.

Не появилось экономических стимулов следить за своим здоровьем и у самого населения. Более того, людям даже выгодно болеть – ведь они не только ничего не платят за лечение, но и получают выплаты по больничным листам. Во всяком случае, с точки зрения заинтересованности в охране здоровья для населения обязательное медицинское страхование не изменило абсолютно ничего по сравнению с бюджетным финансированием здравоохранения.

Задача 7. Усиление ответственности государства за состоянием дел в здравоохранении.

Несколько по-иному обстоит дело с государством в лице органов государственной власти различных уровней. Не будет преувеличением сказать, что в лице обязательного медицинского страхования органы исполнительной власти получили уникальную возможность самоустраниться от проблем здравоохранения, сваливая все на недостаточное финансирование со стороны территориальных фондов ОМС. Не возьмемся утверждать, что все они воспользовались предоставленной возможностью, но хорошо известным остается факт, что именно органы исполнительной власти остаются наиболее злостными неплательщиками страховых взносов. Итак, органы власти отнюдь не стали благодаря системе ОМС проявлять большей заботы о здоровье граждан. Скорее наоборот.

Задача 8. Конкуренция медицинских учреждений.

К сожалению, в системе ОМС, несмотря на декларируемость, нет реальной конкуренции между учреждениями здравоохранения – пациенты зачастую вынужденно попадают в медицинские учреждения (либо это поликлиника, обслуживающая население по месту жительства, либо стационар, принимающий определенное количество пациентов по нарядам в дежурные (ввозные) дни, либо специализированная больница, имеющая определенную степень монополии по своему профилю).

Кроме того, надо помнить, что задачу создания конкуренции между медицинскими учреждениями за пациента можно было решить и в рамках бюджетного финансирования.

Задача 8. Свобода выбора гражданами поставщиков медицинских услуг.

Свобода выбора – один из важнейших принципов ОМС. Однако надежды на свободу выбора самими гражданами медицинского учреждения и лечащего врача не оправдывают себя – обычно на практике воспользоваться этим правом крайне сложно. Это касается не только сельской местности, но также первичной и экстренной медицинской помощи, а в ряде случаев и специализированной медицинской помощи, поскольку узкоспециализированные медицинские учреждения обладают определенной степенью монополизма. Имеют место и прямые ограничения по выбору лечащего врача.

Задача 9. Предотвращение замены бесплатной медицинской помощи на платную.

Как мы уже показали выше, средства ОМС не стали дополнением к бюджетному финансированию и не смогли компенсировать снижения бюджетного финансирования. Следовательно, нельзя утверждать, что ОМС справилось с задачей сдерживания платного здравоохранения. Более того, практика показывает, что при ОМС проблема платного здравоохранения только обостряется. Об этом свидетельствуют следующие факты:

- объемы оказываемых платных услуг с момента внедрения ОМС постоянно возрастают;
- официальные платные медицинские услуги в учреждениях, входящих в систему ОМС,

- обычно более распространены, чем в учреждениях, финансируемых из бюджета;
- теневая оплата медицинских услуг в учреждениях, входящих в систему ОМС, также более распространена, чем в учреждениях, финансируемых из бюджета. Этому, в частности, способствует то, что с пациентов нередко берут деньги за само право попасть в данное учреждение (например, в так называемые “неввозные дни” и т.д.), за дополнительные услуги, не входящие в программу ОМС, и т.д.

Задача 10. Оптимизация структуры затрат на медицинскую помощь.

При введении ОМС никто не скрывал, что довольно большие средства будут отвлекаться от решения непосредственных задач оказания медицинской помощи на организационные цели (расходы страховых организаций и т.д.). Но тогда не шла речь о том, что будут созданы еще и фонды ОМС, которые на собственные нужды тратят примерно столько же, сколько и страховые организации. Это уже удвоение отвлекаемых средств. Добавим к этому расходы, которые официально не учитываются как обусловленные системой ОМС:

- дополнительные затраты медицинских учреждений, связанные с работой в системе ОМС (на организацию учета оказанных услуг в системе ОМС, выставление и доставку счетов, контроль за их оплатой, работу с экспертами страховых организаций и т.д.);
- затраты органов управления здравоохранением на координацию деятельности в системе ОМС (в органах управления здравоохранением в этих целях не просто вводятся специальные должности, но и создаются целые отделы).

Другой аспект проблемы. Амбулаторное лечение обходится дешевле стационарного и вполне естественно, что страховые организации должны быть заинтересованы в сокращении объемов госпитализации. Напротив, медицинские учреждения, как правило, заинтересованы в увеличении объемов стационарной помощи: стационары – для зарабатывания средств, а амбулаторно-поликлинические – для того, чтобы не связываться с лечением наиболее тяжелых заболеваний (особенно при подушевом или сметном финансировании амбулаторной службы). Конфликт интересов должен ставить барьер на пути необоснованной госпитализации. На начальной стадии развития ОМС так оно обычно и было. Однако ужесточение контроля за использованием средств ОМС привело к тому, что страховые организации потеряли заинтересованность в рациональном использовании средств. В нынешних условиях они обычно вынуждены возвращать неиспользованные на оплату оказанных медицинскими учреждениями услуг средства обратно в территориальный фонд ОМС. Поэтому страховые организации нередко не только не имеют стимулов к контролю за рациональным использованием средств, но и зачастую предлагают руководителям медицинских учреждений заниматься прямыми приписками (естественно, отнюдь не бескорыстно).

Отметим, что при бюджетном сметном финансировании у медицинских учреждений вообще не было стимула увеличивать госпитализацию и, хотя проблема необоснованной госпитализации существовала, она была обусловлена не экономическими причинами, а организационными и социальными. В какой-то мере это была проблема гуманизма – хотя часто было ясно, что человека можно лечить и амбулаторно, но считалось, что в стационаре качество оказания медицинской помощи выше, к тому же обеспечивается бесплатное питание. Система же ОМС сначала создала для медицинских учреждений материальный стимул увеличения госпитализации, а затем запустила механизм противодействия этому. Но, к сожалению, стимулы, направленные на госпитализацию, работают хорошо, а вот механизм противодействия пробуксовывает. В итоге по Российской Федерации при общем снижении численности населения объемы стационарной помощи возрастают. Так, с 1995 по 2001 годы численность лиц, поступивших в больничные учреждения, увеличилась с 31346,1 тыс. до 32296,9 тыс., а в расчете на 100 человек – с 21,2 до 22,4.

Задача 11. Замена финансирования здравоохранения на оплату оказанных медицинских услуг.

Необходимость реализации принципа: оплачивать не содержание медицинского учреждения, а объемы оказанной медицинской помощи – выдвигалась в числе ключевых доводов в пользу ОМС. Однако важен не данный принцип сам по себе, а полученные результаты. И здесь многое зависит от конкретного порядка оплаты оказанных медицинских услуг. К примеру, если оплачивать по факту все случаи сокращения сроков лечения (по сравнению с нормативными, оплачиваемыми по полному курсу лечения), то это подрывает у медицинских учреждений стремление быстрее пролечить и выписать больного. Появляется заинтересованность держать больного на койке как минимум до нормативной длительности, при которой оплата производится как за законченный случай, даже если его можно было бы выписать раньше.

В ряде случаев система оплаты оказанных услуг создает дополнительные стимулы к увеличению госпитализации. Кроме того, в зависимости от особенностей оплаты оказанных услуг, различно отношение медицинских учреждений к тем или иным методам лечения, видам оказания медицинской помощи. Несовершенство тарифов и системы финансирования в целом в этой ситуации ведут к тому, что многие виды медицинской помощи оказываются просто невыгодными. В сочетании с широкими полномочиями медицинских учреждений в выборе видов оказываемой медицинской помощи, это приводит к их свертыванию. В первую очередь это затрагивает профилактическую работу, а также высокоспециализированную амбулаторно-поликлиническую помощь – эндокринологов, пульмонологов и т.д., поскольку нагрузка у них не всегда велика и в финансовом плане (особенно при оплате за оказанные услуги) они часто являются убыточными. Между тем с чисто медицинской точки зрения развитие специализированной помощи прогрессивно, так как позволяет повысить качество лечения.

Задача 12. Контроль страховых организаций за качеством оказания медицинской помощи.

Страховые организации призваны быть независимым (вневедомственным) органом, контролирующим качество оказания медицинской помощи в интересах застрахованных. Однако истинной независимости у страховых организаций нет. Во-первых, они находятся в сильной зависимости от территориальных фондов ОМС по вопросам финансирования, предоставления субвенций, контроля за их финансовой деятельностью и т.д. А фонды ОМС прямо или косвенно интегрированы в территориальную систему здравоохранения. Во-вторых, страховые организации сильно зависимы от органов власти: по вопросам страхования неработающих граждан, а в ряде территорий – и по страхованию работающих (при использовании территориального принципа страхования) и т.д. Кроме того, в ряде случаев страховые организации в той или иной мере зависимы от самих медицинских учреждений. Так, из-за несбалансированности территориальных программ ОМС по объемам медицинской помощи и стоимости, многие страховые организации имеют большие задолженности перед медицинскими учреждениями, что грозит им огромными суммами пеней за задержку оплаты счетов за оказанные медицинские услуги в случае обращения учреждений здравоохранения в суды. Естественно, что в такой обстановке страховые организации не могут предъявлять жестких требований к медицинским учреждениям в вопросах качества – в результате идет пробуксовка по еще одному важнейшему направлению ОМС.

Вообще, даже если оставить в стороне указанный выше момент, основной вид контроля, который в настоящее время могут эффективно осуществлять страховые организации – это соответствие начисленных сумм в выставляемых счетах объемам оказанных услуг и

тарифам, наличие пациента в реестре застрахованных данной страховой организацией, правильность ведения медицинской документации. Легко заметить, что львиная доля контроля со стороны страховых организаций направлена на функции, по сути дела не имеющие ничего общего с оказанием медицинской помощи и навязанные медицинским учреждениям системой медицинского страхования (контроль за правильностью выставления счетов и т.д.). Контроль собственно качества оказания медицинской помощи оказывается на заднем плане, чему способствует как слабая разработанность нормативной базы подобного контроля (в частности, отсутствие стандартов – протоколов ведения больных по амбулаторной помощи, по многим видам стационарной помощи и т.д.), так и отсутствие в составе страховых организаций квалифицированных экспертов, подготовленных по всем основным специальностям.

Безусловно, положительные моменты в экспертном контроле со стороны страховых организаций есть. Однако подлинно экономический механизм повышения качества медицинской помощи не создан. А те немногие положительные результаты, которые получены благодаря экспертному контролю со стороны страховых организаций, могли бы быть обеспечены и органами управления здравоохранением даже при гораздо меньшем увеличении их штатов и финансирования (в силу отсутствия необходимости контролировать правильность выставления счетов и т.д.).

ОМС это – рыночный механизм в рыночном обществе. Однако российскую модель обязательного медицинского страхования трудно назвать истинно рыночной. Большинство признаков рынка в системе ОМС либо отсутствует (рыночное ценообразование и т.д.), либо, как это было показано выше, практически не реализуются (конкурентные элементы). Другими словами, рыночные факторы в ОМС не работают.

Косвенным признаком этого служит и то, что частные медицинские учреждения не стремятся к участию в ОМС, хотя юридически имеют на это право.

Задача 13. Конкуренция между страховыми организациями

Теоретически конкуренция между страховыми организациями может идти за предоставление лучших условий обслуживания застрахованных. Однако на практике конкуренция страховых организаций за заключение договоров с лучшими медицинскими учреждениями лишена смысла – страховые организации обязаны заключать договора со всеми медицинскими учреждениями, куда обращаются их застрахованные, а не только с лучшими. Кроме того, страховщики (страховые организации) по определению не влияют на потоки пациентов в системе ОМС (право пациента на выбор учреждения и лечащего врача) и поэтому не могут ограничить обращения пациентов в плохо оснащенные медицинские учреждения. Поэтому лучшие условия оказания медицинской помощи по сравнению с другими страховыми учреждениями ни одна страховая организация обеспечить не может. Максимум что может обеспечить страховая организация – это корректная работа с предприятием (своевременная выдача полисов и т.д.), а также отстаивание нарушенных (уже нарушенных!) прав пациентов. Хотя и это само по себе немало, но это далеко не то, что декларировалось при внедрении ОМС.

Задача 14. Возможности страхователей влиять на оказание медицинской помощи.

Страхователи не выбирают медицинское учреждение и, следовательно, не вправе отказать в доверии тому или иному учреждению, не обеспечивающему оказание качественной медицинской помощи. Это касается как страхователей работающего населения (предприятий), так и неработающих (органы исполнительной власти). Выбор страхователями страховых организаций, как уже было показано выше, также практически ничего не определяет.

Задача 15. Повышение эффективности управления финансированием здравоохранения.

К важнейшему преимуществу обязательного медицинского страхования принято относить то, что оно обеспечивает прямое направление средств в здравоохранение, минуя лишние звенья в лице финансовых органов, распоряжающихся бюджетом и т.д. Однако совершенно очевидно, что наличие ныне такой сложной организационной структуры ОМС: предприятия – налоговая служба – территориальный фонд ОМС – страховая организация – медицинское учреждение (да еще с учетом прохождения средств через Федеральное казначейство) не позволило добиться упрощения процедуры и ускорения движения средств от плательщика взносов до получателя – медицинского учреждения. Добавим, что нередко в эту цепочку добавляются и такие звенья, как расчетные центры и т.п. Кроме того, в некоторых случаях счета медицинских учреждений оплачиваются только после дополнительной проверки в территориальном фонде или его филиалах. Как видим, маршрут движения средств до медицинских учреждений благодаря нынешней структуре ОМС вовсе не стал короче.

Нынешняя структура российского ОМС крайне нерациональна. Даже если оставить в стороне налоговые органы, то легко заметить, что она имеет лишнее звено. Которое же конкретно звено является лишним, зависит от рассматриваемой модели. Им являются:

- либо фонды ОМС (если ориентироваться на рыночные модели, предполагающие полноправное и конкурентное участие страховщиков в лице страховых организаций в сборе финансовых средств). Нелишне вспомнить, что согласно действующему законодательству фонды ОМС (в отличие от страховых медицинских организаций) не являются субъектами обязательного медицинского страхования;
- либо страховые медицинские организации (СМО) (если рассматривать СМО не как организации, несущие страховые риски, а как структуры, призванные только довести средства ОМС до медицинских учреждений, каковыми в действительности сейчас они и являются). Тем более, учитывая, что территориальные фонды могут выполнять функции страховщика.

Подобная структура ОМС в силу своей нерациональности по определению не может быть эффективной. Добавим к этому, что это и достаточно дорогостоящая структура. Это одно из наиболее серьезных системных противоречий обязательного медицинского страхования, без разрешения которого нельзя ожидать позитивных перемен.

Источники: rosmedstrah.ru, iet.ru

Приложение 3. Организация предоставления услуг по добровольному медицинскому страхованию

Несмотря на то, что на рынке страховых услуг добровольным медицинским страхованием занимаются несколько компаний, условия и механизм оказания таких услуг практически не отличаются и однообразны.

Страховым случаем по данному виду страхования является обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинские учреждения для получения медицинских услуг, вследствие причинения вреда его здоровью в результате несчастного случая, острого заболевания и обострения хронического заболевания, за исключением случаев предусмотренных событий, в связи с чем возникает обязанность Страховщика произвести в пределах страховой суммы и лимита, страховую выплату за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги.

Для оценки риска применяется декларация о состоянии здоровья. Если Застрахованное лицо указывает в нем наличие определенного хронического заболевания, то к базовой страховой премии применяется повышающий коэффициент. Важную роль, при определении размера страховой премии, играют такие существенные факторы, как возраст Застрахованного лица, программа страхования, страховая сумма, ну и конечно, период страхования. Но если страхованию подлежит большое количество Застрахованных лиц, то возрастная категория обычно не учитывается.

Программа страхования может предусматривать покрытие определенных расходов Застрахованных лиц, связанных с получением услуг по:

- Амбулаторно-поликлиническому обслуживанию;
- Вызову врача на дом;
- Скорой и неотложной медицинской помощи;
- Стационарному обслуживанию;
- Лекарственному обеспечению в период амбулаторно-поликлинического обслуживания;
- Экстренной стоматологической помощи;
- Вакцинации;
- Медицинскому обследованию;
- Медицинской эвакуации и др.

Расходы, связанные с ведением беременности и рождением ребенка не предусматриваются стандартными договорами страхования, и подпадают под исключения. Здесь уместно отметить, что на подобные исключения влияет система здравоохранения, к примеру, рождение ребенка или лечение инфекционных заболеваний в Узбекистане считается бесплатным, что является основанием для отведения данных событий под исключения.

Страховая премия устанавливается более высокой для нерезидентов Республики Узбекистан, чем для граждан страны. Объясняется это также тем, что цены в медицинских учреждениях установлены в отдельности для резидентов и нерезидентов.

При предоставлении услуг по медицинскому страхованию, страховые компании пользуются услугами ассистанс компаний, основной задачей которых является организация оказания медицинских услуг застрахованным лицам через медицинские учреждения. Для этого ассистанс компании обязаны организовать круглосуточный прием сообщений

от страхователей (застрахованных лиц) о страховых событиях (страховых случаях) и оказывать страхователям (застрахованным лицам) необходимую помощь в рамках договора страхования, на основании предъявленного страхового полиса. Данное требование для ассистанс компаний установлено статьей 9-9 Закона Республики Узбекистан «О страховой деятельности».

Поскольку по ДМС, в обычной практике, прямых выплат и компенсаций застрахованному лицу со стороны страховщика не осуществляется, то в настоящее время особых проблем, связанных с задержкой выплат или компенсаций не существует. При этом в правилах добровольного медицинского страхования существует оговорка, что если Застрахованное лицо по каким-либо причинам не сможет обратиться в службу ассистанса, то оно может напрямую обратиться в медицинское учреждение и получать медицинские услуги, после чего должно предъявить Страховщику счета для произведения выплат.

Механизм принятия на страхование того или иного лица, т.е. продажи полиса добровольного медицинского страхования, и порядок обслуживания по страховому полису во всех страховых компаниях республики практически одинаковые.

При заключении договора Застрахованное лицо заполняет декларацию о состоянии здоровья. Этим документом является анкета, состоящая примерно из 1 листа с определенными вопросами (к примеру, «Имеете ли вы хроническое заболевание»), в соответствии с которой Страховщик определяет состояние здоровья Застрахованного лица и принимаемые на страхование риски. Если страхованию подлежат большое количество Застрахованных лиц (от 10 и больше), то Страховщик в зависимости от конкретного случая не требует заполнения декларации о состоянии здоровья. После заключения договора страхования и поступления страховой премии Страховщик направляет Службе ассистанса Бордеро⁷. К обязательным данным, указываемым в Бордеро, относятся: Ф.И.О. Застрахованного лица, номер страхового полиса, программа страхования, период страхования и условия договора.

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в круглосуточный диспетчерский центр Службы Ассистанса Страховщика. Оператор Службы Ассистанса проводит идентификацию застрахованного лица в базе данных, содержащей информацию о клиентах страховщика, после чего, исходя из состояния застрахованного лица, его пожеланий и характера требуемой помощи, направит его в одно из медицинских учреждений либо, в случае необходимости, вызовет для застрахованного лица бригаду скорой помощи.

В медицинских учреждениях услуги оказываются Застрахованному лицу на основании предъявляемого им ответственному работнику медицинского учреждения Страхового полиса (сервисной карточки) и документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.

При каждом обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение, после прохождения им назначенных процедур, застрахованное лицо должно расписаться в учетной карте, чтобы подтвердить получение медицинских услуг и удостовериться в соответствии стоимости услуг действующим прейскурантам медицинского учреждения.

На основании информации, содержащейся в учетной карте, Страховщик в конце каждого календарного месяца (периодичность оплаты по счетам может варьироваться из страховщика к страховщику) оплачивает счета медицинского учреждения.

Каждый оплаченный счет медицинского учреждения за оказанные медицинские услуги Застрахованному лицу уменьшает лимит страховой суммы на сумму такого оплаченно-

⁷ *Бордеро* (фр. *Bordereau*) – перечень принятых на страхование и подлежащих перестрахованию рисков.

го счета.

Сведения, хранящиеся в базе данных в отношении каждого Застрахованного лица, являются конфиденциальными, и доступ к ним может иметь только само Застрахованное лицо. При обращении Застрахованного лица по его требованию операторы Службы Ассистанс должны информировать его об остатке страховой суммы и лимита на лекарственное обеспечение по Страховому полису.

В случае утери или порчи Страхового полиса по письменному заявлению Застрахованного лица Страховщиком выдается дубликат. Страховщик выдает дубликат Страхового полиса в течение двух рабочих дней с момента получения Страховщиком указанного заявления. Застрахованное лицо обязано вместе с заявлением вернуть испорченный Страховой полис Страховщику. После выдачи дубликата утерянный или испорченный Страховой полис считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

Приложение 4. Какие услуги предоставляются по страховому полису

а) Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

- Консультация и лечение в поликлинике специалистами различных профилей;
- Лабораторная диагностика;
- Дневной стационар в условиях поликлиники, включая медикаменты по рецепту врача в пределах лимита по лекарственному обеспечению (Приложение 1 к настоящему договору);
- Инструментальные методы исследования (визуальные и функциональные);
- Физиотерапевтическое лечение.

б) Вызов врача на дом:

- Оказание врачебной помощи на дому Застрахованному лицу, которое по состоянию здоровья не может посетить поликлинику;
- Организация забора анализов на дому;
- Патронаж медицинского работника;
- Оказание предписанных медицинских процедур на дому.

в) Скорая и неотложная медицинская помощь:

- Выезд бригады неотложной скорой медицинской помощи;
- Первичная консультация и лечение специалистами скорой помощи;
- Проведение необходимой экспресс диагностики;
- Экстренные лечебные манипуляции;
- Медикаменты;
- Медицинская транспортировка в стационар.

г) **Лекарственное обеспечение** - приобретение лекарственных средств и/или медикаментов, необходимых для проведения амбулаторно-поликлинического лечения Застрахованного лица, в пределах лимита.

ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Страховщик не возмещает расходы на оказание медицинских услуг Застрахованному лицу, произведенные последним в связи с:

- 1) травмами, полученными вследствие употребления алкогольных напитков, или в состоянии наркотического и токсического опьянения (за исключением воздействия медицинских препаратов, предписанных лечащим врачом);
- 2) травмами, полученными при передаче им управления любым транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 3) травмами, полученными в результате совершения им неправомерных действий, классифицируемых как уголовно наказуемые;
- 4) умышленным причинением себе телесных повреждений, за исключением телесных повреждений, полученных при выполнении своего гражданского долга или защиты жизни, здоровья, чести и достоинства третьих лиц, а также при самообороне;
- 5) злокачественными онкологическими заболеваниями, а также их осложнениями, заболеваниями крови опухолевой природы;

- 6) венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и их осложнениями;
- 7) психическими заболеваниями и их осложнениями, а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы;
- 8) профессиональными заболеваниями;
- 9) туберкулезом, саркоидозом, муковисцедозом, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 10) сахарным диабетом (1 и 2 типа);
- 11) беременностью, рождением ребенка и относящимися к ним осложнениями;
- 12) хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа;
- 13) заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации;
- 14) острой и хронической лучевой болезнью;
- 15) болезнями зубов и полости рта, включая ортодонтические нарушения, требующие протезирования зубов; косметическими дефектами;
- 16) покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 17) косметической и/или пластической хирургией;
- 18) профилактическим лечением и профилактическими вакцинациями;
- 19) инфекционными болезнями (за исключением гриппа, ОРВИ и паразитарных болезней);
- 20) врожденными аномалиями органов и пороками развития;
- 21) с приобретением контактных линз, очков, слуховых аппаратов.

Кроме этого, Страховщик отказывает в осуществлении страховой выплаты если:

- Застрахованным лицом получены медицинские услуги для лечения заболеваний, не являющимися острыми заболеваниями и обострением хронических заболеваний;
- Застрахованным лицом получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не имеющих соглашение об оказании медицинских услуг клиентам Страховщика;

В таких случаях Застрахованное лицо самостоятельно и за свой счет несет все расходы, связанные с получением им медицинских услуг.

Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы, Застрахованного лица, произведенные последним в результате:

- а) природных катастроф, ядерного взрыва, ионизирующей радиации или загрязнения в результате утечки или сгорания ядерного топлива;
- б) любого рода военных действий (независимо от того была объявлена война или нет).

Библиография

Законодательные акты:

1. sample
2. sample

Литература

1. sample
2. sample

**Программа развития Организации Объединенных Наций
Узбекистан, 100029, г. Ташкент
ул. Т. Шевченко, д. 4
www.undp.uz**

**Проект ПРООН «Реформа государственных финансов в Узбекистане»
Узбекистан, 100003, Ташкент
Проспект Узбекистанский, 55
www.publicfinance.uz**