

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЛИТОВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Гинтарас Кацявичюс

Директор Департамента по развитию страхования
Национального фонда медицинского страхования Литвы,
г. Вильнюс, Литовская Республика

В Литовской Республике с 1 июля 1997 г. реализуется основанная на обязательном медицинском страховании (ОМС) система финансирования здравоохранения. Выделены основные характеристики литовской модели ОМС: всеобщее обязательное медицинское страхование; единый фонд ОМС; единая система больничных касс (1 центральная и 10 субординированных территориальных); смешанная система взносов (взносы работающего населения и взносы из государственного бюджета за лиц, застрахованных государством); централизованный сбор средств (через Государственную налоговую инспекцию и Фонд социального страхования). Кроме того, система ОМС характеризуется универсальностью (в ней обязаны участвовать все постоянно проживающие жители, и каждый должен платить (либо за него платит государство) взносы), социальной справедливостью (взносы зависят от платежеспособности, то есть от доходов гражданина; за лиц, не имеющих дохода, платятся взносы из государственного бюджета из общих налогов), солидарностью (каждый застрахованный имеет право на медицинскую помощь, оплачиваемую из средств ОМС, вне зависимости от суммы уплаченных взносов). Следует отметить существование антициклического механизма (нормативно определено исчисление взноса из государственного бюджета за лиц, застрахованных государством, в процентах средней заработной платы позапрошлого года), гарантирующего большую стабильность финансовых потоков при формировании Фонда обязательного медицинского страхования.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (ВОЗ, 2000) выделяет такие функции системы здравоохранения, как регулирование (управление), финансирование, оказание медицинских услуг, генерирование ресурсов (рис. 1)

В свою очередь, в финансировании здравоохранения можно выделить следующие фазы:

сбор средств (с определением источников, механизмов, агентов, собирающих финансовые ресурсы, и т.д.);

накопление собранных средств в фонды/бюджеты: национальный, региональные и т.д.;

распределение накопленных средств (с разработкой механизмов распределения, определением объектов и методов оплаты).

На практике реализованы различные модели финансирования здравоохранения, но они сводятся, в основном, к двум схемам:

финансирование из общих налогов («бюджетная» модель, так называемая модель Бевериджа);

социальное (обязательное) медицинское страхование («страховая» модель, так называемая модель Бисмарка).

Дополнительными источниками финансирования здравоохранения являются финансовые средства, непосредственно поступающие от граждан в виде добровольных предварительных платежей (как правило, при добровольном медицинском страховании (ДМС), а также с индивидуальных медицинских накопительных счетов) и при прямых платежах населения в момент обращения за помощью, в том числе за счет грантов, займов/кредитов.

На рис. 2, по данным ВОЗ за 2007 г., представлены источники финансирования здравоохранения в странах Евросоюза.

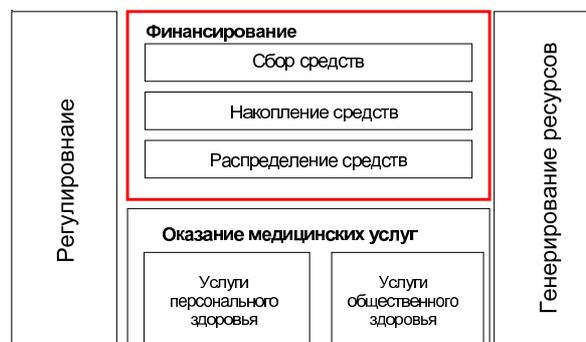
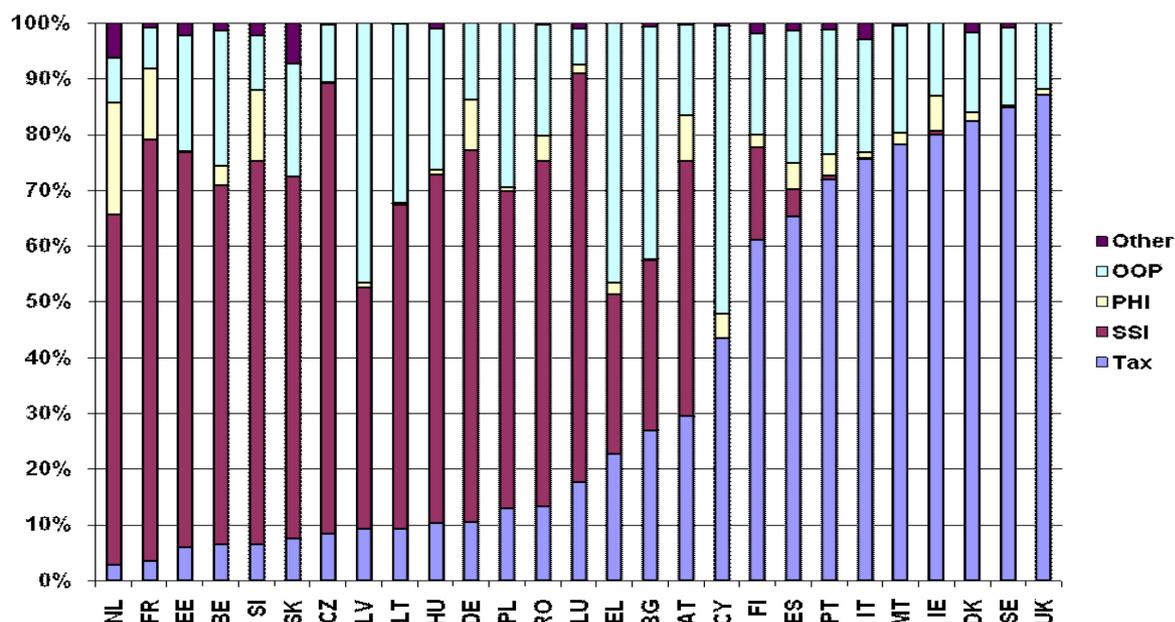


Рис. 1. Основные функции системы здравоохранения (ВОЗ, 2000)



Tax – общие налоги; SSI – обязательное медицинское страхование; PHI – добровольное медицинское страхование; OOP – прямые (частные) платежи

Рис. 2. Источники финансирования здравоохранения в странах Евросоюза (ВОЗ, 2007)

В настоящее время «бюджетная» и «страховая» модели в чистом виде не существуют ни в одной стране мира. Повсеместно прослеживается четкая тенденция к конвергенции обеих моделей: в странах, где реализована «бюджетная» модель, перенимают страховые принципы распределения средств (контракты, оплата за услуги и т.п.), а в странах с развитой страховой медициной используют бюджетные принципы сбора и накопления средств.

При этом, по утверждению J. Kutzin (ВОЗ, 2006), «финансирование систем здравоохранения [...настолько, насколько это возможно с имеющимися ресурсами] ...обязано гарантировать...:

справедливость при сборе средств (по доходам, то есть по платежеспособности) и при распределении медицинской помощи (по потребности);

защиту населения от финансового риска при болезни;

качество и эффективность медицинской помощи (через финансовое стимулирование);

прозрачность и отчетность;

административную эффективность».

Несмотря на отмеченную выше тенденцию конвергенции бюджетной и страховой модели финансирования здравоохранения, во многих странах Центральной и Восточной Европы ввели, вводят или рассматривают введение обязательного меди-

цинского страхования (ОМС), так как это предполагает большую стабильность и прогнозируемость финансовых потоков, поскольку конкретные указания на источники средств, механизм их сбора, ответственность и т.п. в этом случае закреплены на уровне отдельного закона, а также предоставляет лучшие возможности управления системой здравоохранения (большая часть общественных (государственных) средств накапливается в едином фонде ОМС и распределяется по единым правилам; наблюдается существенный рост информации о том, что происходит в системе здравоохранения). Основанная на обязательном медицинском страховании система финансирования здравоохранения реализована и в Литовской Республике.

Следует отметить, что в независимой Литве имелись давние традиции внедрения страховой медицины. Так, в период до Второй мировой войны в 1925 г. был принят Закон о больничных кассах, в 1926 г. в г. Каунасе была учреждена первая больничная касса, и в 1932 г. 10 больничных касс охватывали всю территорию страны. При включении Литвы в состав Советского Союза в 1940 г. больничные кассы были упразднены, и до восстановления независимости в стране (как и в других республиках Советского Союза) существовало государственное (бюджетное) здравоохранение.

После восстановления государственной независимости в 1992–1996 гг. в Литве была проведена большая работа по подготовке к введению обязательного медицинского страхования. Был осуществлен выбор оптимальной для страны модели ОМС, протестированы новые принципы и методы финансирования здравоохранения, разработаны и приняты законы и другие правовые акты, необходимые для введения всеобщего ОМС, среди которых следует отметить Закон о системе здравоохранения (1994), Закон о медицинских учреждениях (1996), Закон о страховании здоровья (1996).

Обязательное медицинское страхование было введено с 1 июля 1997 г. Законом оговаривался также переходный период сроком в 6 месяцев.

Можно выделить следующие основные характеристики литовской модели ОМС:

всеобщее обязательное медицинское страхование;

единый фонд ОМС;

единая система больничных касс (1 центральная и 10 субординированных территориальных);

смешанная система взносов (взносы работающего населения и взносы из государственного бюджета за лиц, застрахованных государством);

централизованный сбор средств (через Государственную налоговую инспекцию и Фонд социального страхования).

Реализованная в Литовской Республике модель

ОМС также характеризуется универсальностью (в системе ОМС обязаны участвовать все постоянно проживающие жители, и каждый должен платить (либо за него платит государство) взносы), социальной справедливостью (взносы зависят от платежеспособности, то есть от доходов гражданина; за лиц, не имеющих дохода, платятся взносы из государственного бюджета из общих налогов), солидарностью (каждый застрахованный имеет право на медицинскую помощь, оплачиваемую из средств ОМС, вне зависимости от суммы уплаченных взносов).

В табл. 1 обобщены данные об источниках финансирования здравоохранения Литвы за 2011 г.

Структура застрахованных лиц по различным социальным группам населения представлена на рис. 3.

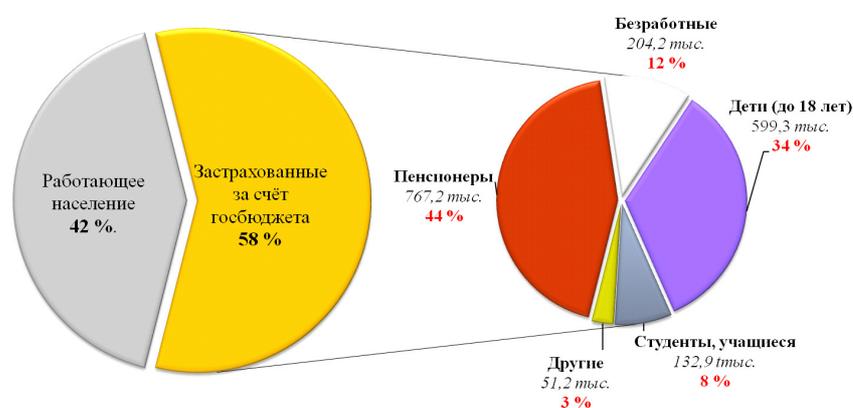


Рис. 3. Структура застрахованных лиц (прогноз на 2013 год на основании данных Регистра застрахованных; всего в Регистре 1,755 млн застрахованных лиц)

Таблица 1

Основные показатели финансирования здравоохранения Литвы (2011 г.)

Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) (миллионы €)	2,122.0
Общественные расходы:	1,467.4
в том числе, расходы Фонда обязательного медицинского страхования	1,249.2
Частные расходы:	586.8
в том числе, прямые расходы домохозяйств	573.6
Капитальные инвестиции	234.0
Общественные расходы в процентах к общим расходам	69.2%
Частные расходы в процентах к общим расходам	27.7%
ОРЗ в процентах к общему валовому продукту (ОВП)	6.9%
Общественные расходы в процентах к ОВП	4.8%
Частные расходы в процентах к ОВП	1.9%
Доля общественных расходов на здравоохранение (в процентах) среди всех общественных (=государственных) расходов	14.0%
Общие расходы на здравоохранение на душу населения (€)	658.6

Размер ежемесячных страховых взносов работающего населения представлен в табл. 2. Для сравнения на рис. 4 отражены страховые тарифы на обязательное медицинское страхование в некоторых странах Евросоюза.

На рис. 5 схематично представлен механизм сбора взносов ОМС в Литве.

Законом о страховании здоровья предусмотрено постепенное увеличение взносов из государственного бюджета за лиц, застрахованных государством. Так, указанный взнос в 2007 г. составлял 26, в 2008 – 27, в 2009 – 32, в 2010 – 33, в 2011 – 34, в 2012 – 35, в 2013 – 36, в 2014 и 2015 гг. – 37% официальной средней заработной платы позапрошлого года (например, для 2013 г. берется показатель средней заработной платы 2011 г.). В результате, с 2000 г. более чем в два раза сократилась разница между годовым взносом на ОМС одного работающего и одного застрахованного за счет государственного бюджета (рис. 6), а исчисление взноса из государственного бюджета за лиц, застрахованных государством, в процентах средней зарплат-

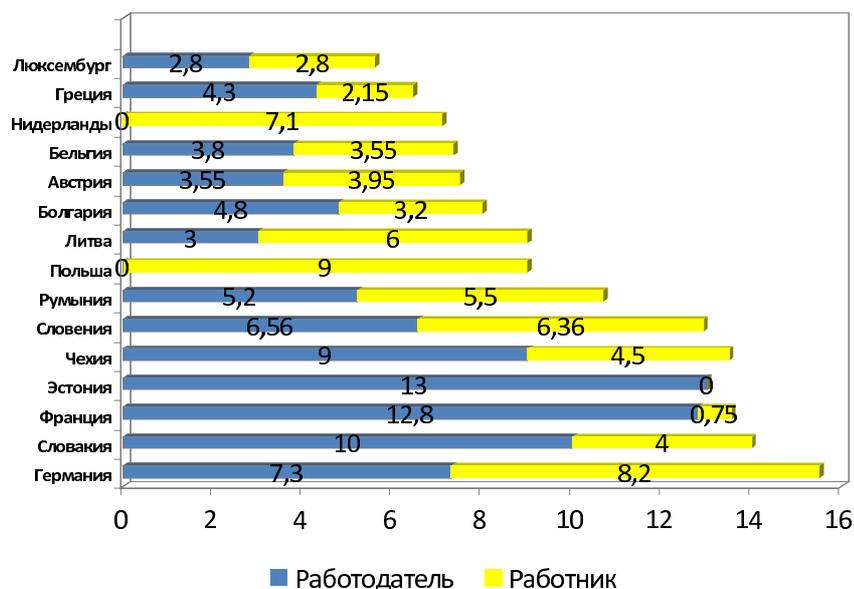


Рис. 4. Страховые тарифы на обязательное медицинское страхование в некоторых странах Евросоюза

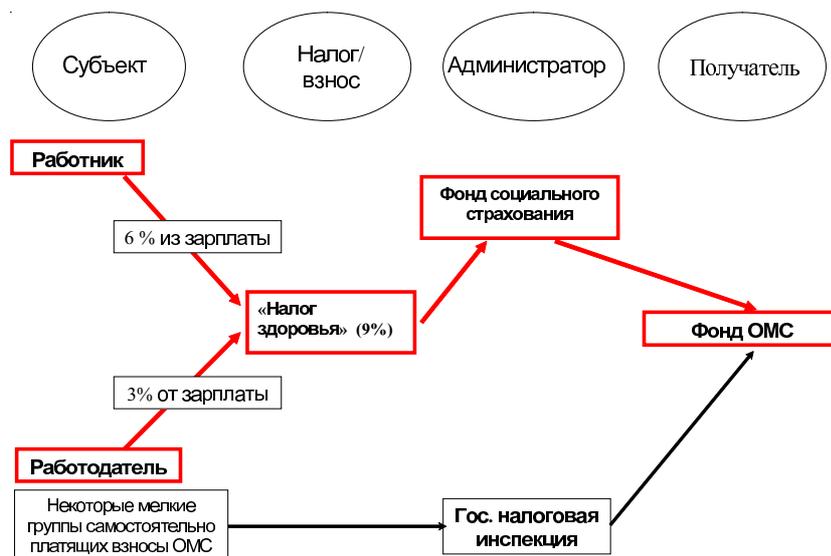


Рис. 5. Механизм сбора взносов на обязательное медицинское страхование в Литве

Таблица 2

Размер ежемесячных страховых взносов работающего населения Литовской Республики

Категория	Страховой тариф
Лица, работающие по трудовому договору	9% (3% работодатель + 6% работник)
Лица свободных профессий, спортсмены и т.п.	9% (3% + 6%)*
Самозанятые лица без бизнес-лицензии	9% от половины дохода*
Самозанятые лица с бизнес-лицензией (патентом)	9% минимальной месячной зарплаты
Собственники индивидуальных предприятий, члены сельскохозяйственных общин	9% суммы, изъятой из дохода для личных потребностей*
Постоянные жители, получающие другие доходы (дивиденды, доходы от аренды или продажи недвижимости)	6% суммы, обложенной подоходным налогом*
Другие лица, платящие самостоятельно	9% минимальной месячной зарплаты

* – не менее 9% минимальной месячной зарплаты (=26 €)

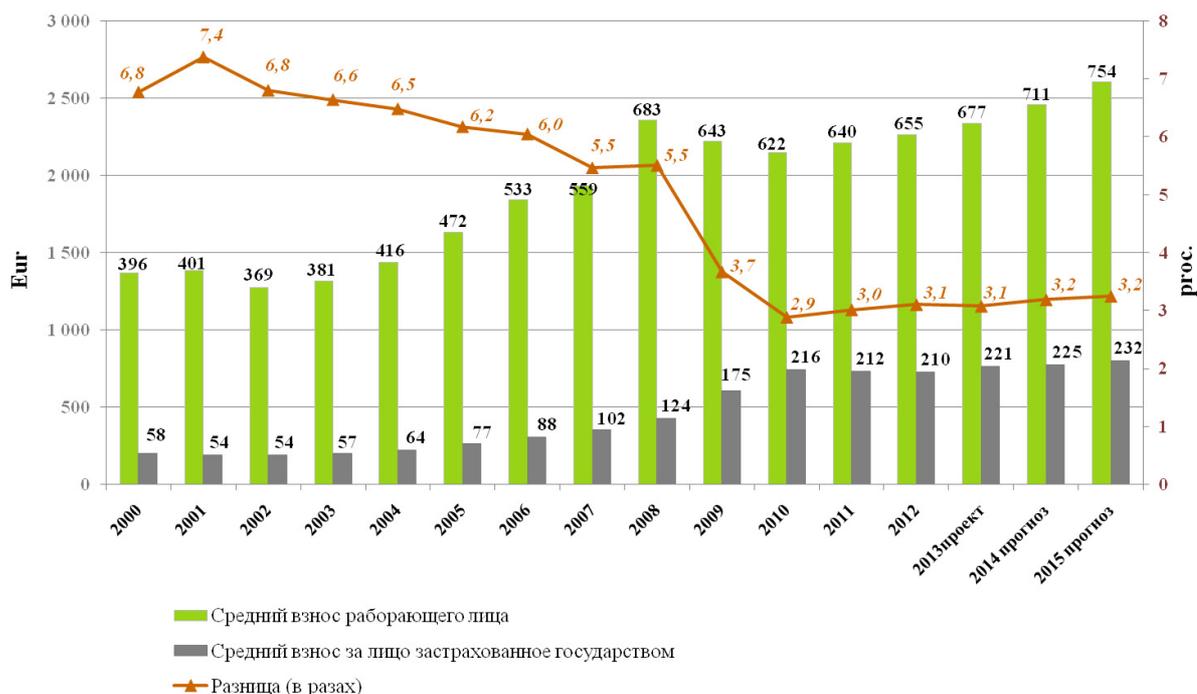


Рис. 6. Средний годовой взнос на ОМС одного работающего и за одного застрахованного за счет государственного бюджета (2000–2015 (прогноз) гг., в евро)

ной платы позапрошлого года является антициклической мерой, способствующей более равномерному формированию доходов Национального фонда медицинского страхования (рис. 7).

Структура доходов Фонда обязательного медицинского страхования за 2011 и 2012 г. представлена на рис. 8, структура расходов за 2011 г. – на рис. 9.

Управление системой обязательного медицинского страхования в Литве схематично отражено на рис. 10.

Национальный фонд медицинского страхования (НФМС) при Министерстве здравоохранения Литовской Республики является государственной организацией, ответственной за разработку и реализацию модели обязательного медицинского страхования в стране. НФМС управляет средствами Фонда обязательного медицинского страхования, а также средствами Министерства здравоохранения и Министерства финансов, предназначенными для реализации национальной модели ОМС. НФМС координирует деятельность

пяти территориальных фондов медицинского страхования (Вильнюс, Каунас, Паневежис, Шауляй, Клайпеда). Распределение средств между этими фондами основано на количестве и половозрастной структуре населения указанных регионов.

Национальный фонд медицинского страхования также занимается разработкой механизмов оплаты медицинских услуг, рас-

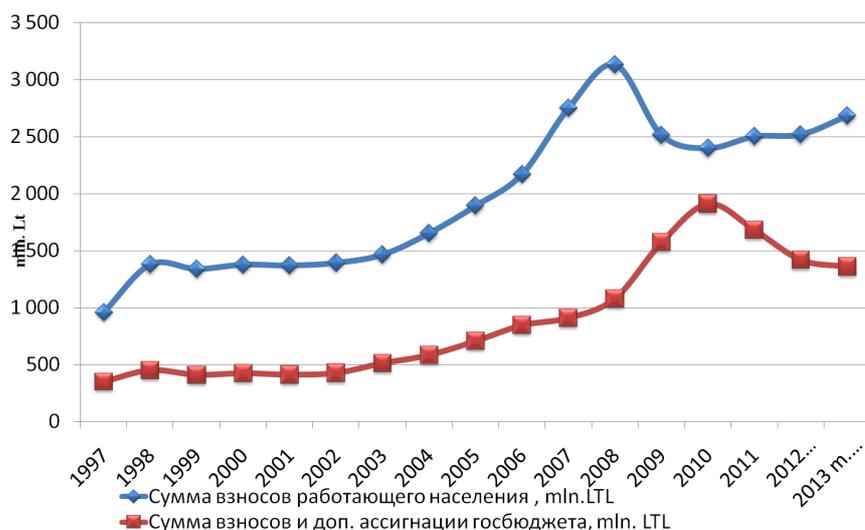


Рис. 7. Формирование доходов Фонда обязательного медицинского страхования Литвы (1997–2013 гг., в литах)

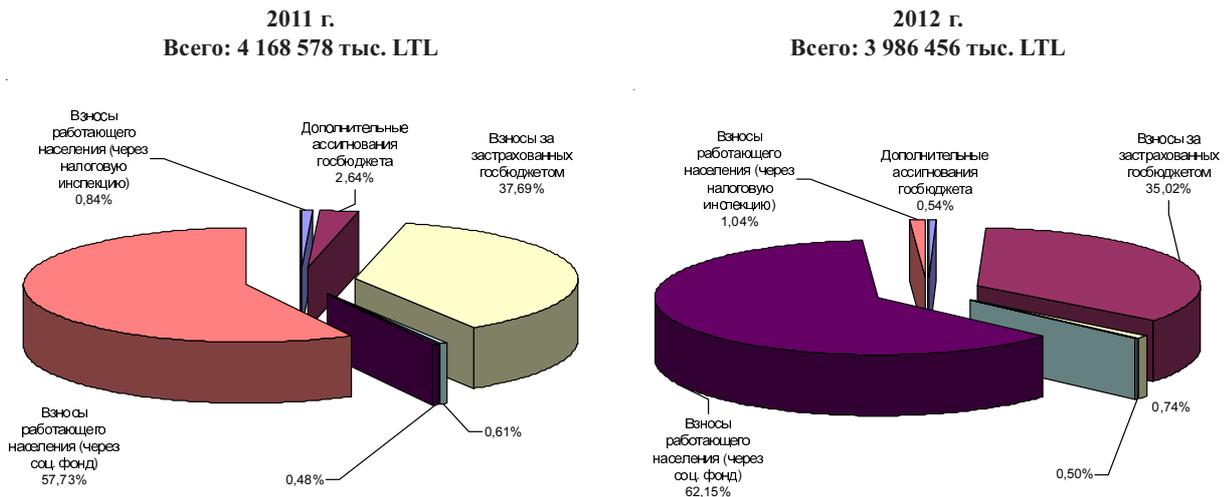


Рис. 8. Структура доходов Фонда обязательного медицинского страхования (2011 и 2012 гг., в процентах)

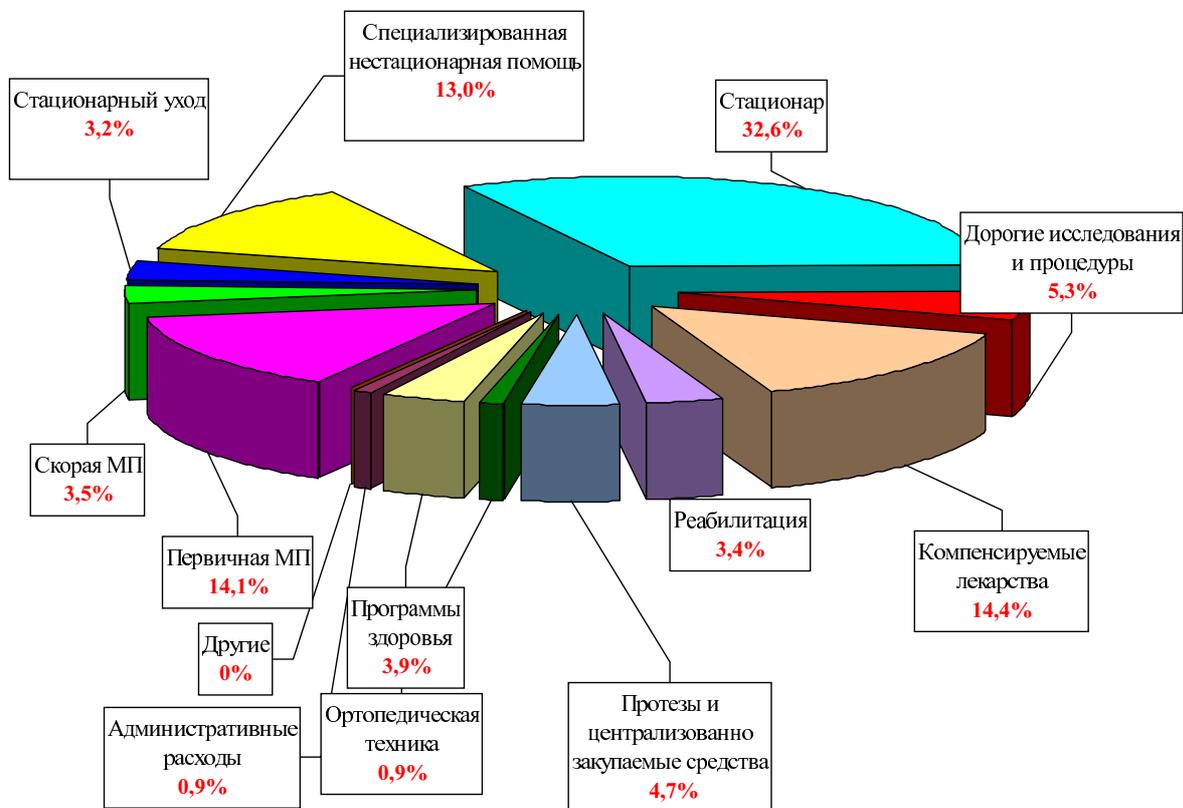


Рис. 9. Структура расходов Фонда обязательного медицинского страхования (2011 г., в процентах)

четом цен и тарифов, разработкой нормативных правовых актов, касающихся функционирования системы ОМС в Литве, включает прямые контракты с некоторыми специфическими группами поставщиков медицинской помощи.

В заключение отметим преимущества реализованной в Литве модели обязательного медицинского страхования:

практически полный (92%) охват населения системой ОМС;

привлечение в систему средств из различных источников;

существование антициклического механизма, гарантирующего большую стабильность финансовых потоков;

наличие эффективной системы единого плательщика по отношению к проведению политики



Рис. 10. Управление системой обязательного медицинского страхования в Литве

здравоохранения, управлению расходами ОМС, к административным расходам и др.

Жизнеспособность модели доказана 16-летним опытом ее реализации и двумя пережитыми за это время кризисами.

В то же время существуют вопросы, которые необходимо решить, а именно:

довести охват населения до 100%;

обеспечить рост взноса за одного застрахованного за счет средств государственного бюджета;

повысить эффективность использования средств Фонда ОМС;

обеспечить более четкое разделение функций управления средствами Фонда ОМС между различными организациями, включая Министерство здравоохранения;

уточнить статус Национального фонда медицинского страхования как бюджетной или коммерческой организации.

COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF LITHUANIA

Gintaras Kacevicius

Director of the Department of Insurance Development

National Health Insurance Fund of Lithuania, Vilnius, Republic of Lithuania

Since July 1, 1997 the health financing system based on compulsory health insurance (CHI) has been realized in the Republic of Lithuania. The basic characteristics of the Lithuanian model of CHI are as follows: universal compulsory health insurance; consolidated National Health Insurance Fund (NHIF); common system of territorial CHI funds (1 central and 10 subordinated territorial CHI funds); mixed system of fees (working population fees and payments from the state budget for persons, insured by the state); centralized collection funds (through the State Tax Inspectorate and the Social Insurance Fund). Besides, the system of CHI is characterized by universality (all residents of the Republic must be involved in it, all citizens should pay fees themselves or the state pays for them), by social equity (fees depend on paying capacity, i.e., on the income of a citizen; payments are paid from the state budget from general taxes for persons who do not have incomes); by solidarity (each insured person has the right to medical care paid from the CHI funds regardless of the amount of fees paid). It should be noted that there is an anti-cyclic mechanism (payment calculation from the state budget for the persons insured by the state is standardized as a percentage of the average wage for the year before last), guaranteeing a greater stability of financial flows in the formation of the CHI Fund.