Левицкая Надежда Алексеевна. Механизм формирования региональных систем обязательного медицинского страхования (На примере Ростовской области) : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.04 : Ростов н/Д, 2000 176 c. РГБ ОД, 61:00-8/1831-9

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Методологические аспекты формирования региональных систем обязательного медицинского страхования 13**

1.1 Предпосылки формирования новой организационно-экономической модели здравоохранения и построение системы обязательного медицинского страхования 13

1.2 Социально-экономические проблемы регионального развития системы медицинского страхования 35

1.3 Мировая тенденция регионализации здравоохранения 45

**Глава 2 Организация системы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации и основные принципы построения и реализации территориальных (региональных) программ обязательного медицинского страхования 57**

2.1 Становление системы обязательного медицинского страхования на примере субъектов Российской Федерации 57

2.2 Региональная программа обязательного медицинского страхования -основа планирования, управления и финансирования здравоохранения (на примере Ростовской области) 67

2.3 Финансовые проблемы регионального развития системы обязательного медицинского страхования (на примере Ростовской области) 78

**Глава 3. Направления совершенствования развития региональных систем обязательного медицинского страхования 103**

3.1 Территориальная программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью - основное направление совершенствования региональной системы обязательного медицинского страхования 103

3.2 Совершенствование системы управления и финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования на региональном уровне 117

Заключение 138

Библиографический список использованных материалов 145

Приложения 157

* [Социально-экономические проблемы регионального развития системы медицинского страхования](http://www.dslib.net/economika-regionov/mehanizm-formirovanija-regionalnyh-sistem-objazatelnogo-medicinskogo-strahovanija.html#789131)
* [Мировая тенденция регионализации здравоохранения](http://www.dslib.net/economika-regionov/mehanizm-formirovanija-regionalnyh-sistem-objazatelnogo-medicinskogo-strahovanija.html#789132)
* [Региональная программа обязательного медицинского страхования -основа планирования, управления и финансирования здравоохранения (на примере Ростовской области)](http://www.dslib.net/economika-regionov/mehanizm-formirovanija-regionalnyh-sistem-objazatelnogo-medicinskogo-strahovanija.html#789133)
* [Совершенствование системы управления и финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования на региональном уровне](http://www.dslib.net/economika-regionov/mehanizm-formirovanija-regionalnyh-sistem-objazatelnogo-medicinskogo-strahovanija.html#789134)

**Введение к работе**

Актуальность темы исследования. В связи с переходом общероссийского и регионального народнохозяйственного комплекса на принципы рыночной экономики и перемещения центра тяжести решения социальных проблем с федерального на региональный уровень злободневен вопрос выживаемости отраслей социальной сферы (образования, здравоохранения, культуры).

Трансформационные процессы в экономике региона привели к необходимости радикальных изменений в отраслях социальной инфраструктуры регионов. Переход к экономическим методам управления, устранение остаточного принципа формирования ресурсов на охрану здоровья и медицинское обслуживание населения потребовали реорганизации в целом системы здравоохранения. В связи с переходом России к бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения во многих субъектах Российской Федерации возникло множество проблем вследствие отсутствия собственного опыта в области медицинского страхования, несовершенства законодательной базы и в связи с невозможностью «механически» перенести более чем вековой опыт медицинского страхования, накопленный в мире, в нашу действительность. В результате это привело к тому, что государство через Конституцию РФ и Закон "О медицинском страховании граждан в РФ" гарантирует всем гражданам бесплатную медицинскую помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, однако регионы не могут выполнить данные государством обязательства в силу различных обстоятельств.

Необходимость поиска адекватных форм социальной поддержки здравоохранения как одной из отраслей, предоставляющей социальные услуги в регионе, реформирования ее организационно-хозяйственного механизма на

принципах социальной рыночной экономики и дальнейшего ее регионального развития в условиях обязательного медицинского страхования определили актуальность данной проблемы.

**Степень разработанности проблемы.**Одними из первых в стране отечественный опыт медицинского страхования с целью разработки методологических основ изменения положения дел в здравоохранении в конце 80-х годов начали изучать в Отделе истории медицины и здравоохранения Института имени Н.А. Семашко Российской Академии медицинских наук под руководством МБ. Мирского. Исследованию вопросов генезиса и методологических основ регулирования страховой медицины посвящены труды В.В. Гришина, В.З. Кучеренко, В.И. Полякова, Н.А Кравченко., Ф.Н. Кадырова, И.П. Петрикова и других. В основном авторы многих работ - врачи по образованию» К сожалению, экономические вопросы разработки и внедрения новых форм хозяйствования в здравоохранении, а в особенности региональный аспект данной проблемы на сегодняшний день мало освещены в экономической литературе.

Вместе с тем, большинство регионов переживают серьезный кризис в финансировании и материальном обеспечении отраслей социальной сферы, в том числе и здравоохранения, что требует коренного изменения в региональном развитии данных отраслей.

**Цель**и **задачи диссертационного исследования.**

Цель диссертационного исследования - разработать концептуальный подход к формированию и функционированию региональных систем обязательного медицинского страхования в условиях рыночной экономики и обосновать возможные направления совершенствования существующей модели обязательного медицинского страхования.

Поставленная цель предопределяет решение следующих задач:

- обосновать необходимость построения нового организационно-  
хозяйственного механизма региональной системы здравоохранения на  
принципах социально-ориентированной рыночной экономики;

- определить сущность, содержание и роль обязательного медицинского  
страхования в реформировании здравоохранения на федеральном и  
региональных уровнях;

- определить систему взаимоотношений субъектов обязательного  
медицинского страхования на региональном уровне;

- сформулировать основные принципы и содержание территориальных  
(региональных) программ обязательного медицинского страхования в  
субъектах Российской Федерации и на их основе провести анализ финансового  
обеспечения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в  
Ростовской области;

определить основные направления государственной политики при формировании региональных систем ОМС;

предложить основные направления совершенствования региональной системы ОМС в части планирования, управления и финансирования.

**Объект исследования**- региональная система обязательного медицинского страхования.

**Предметом исследования**является экономический механизм формирования и функционирования региональных систем обязательного медицинского страхования.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту**:

1. Разработка нового организационно-хозяйственного механизма

функционирования региональной системы здравоохранения, обусловленная реализацией современной концепции рыночной экономики, диктует необходимость общей оценки состояния здравоохранения как составляющей

всей системы социальной инфраструктуры региона и предоставляющей социальные услуги населению и требует выявления причин кризисной ситуации в этой сфере.

1. Система здравоохранения, основанная на обязательном медицинском страховании, являготся наиболее эффективной и гибкой, т.к. позволяет определить объем и структуру потребностей населения в услугах сферы здравоохранения конкретного региона; оценить финансовые объемы оказываемых медицинских услуг гражданам на своей территории и обеспечить гарантию расходования средств на медицинские цели,
2. В связи с переносом центра тяжести в решении социальных проблем с федерального на региональный уровень необходимы новые концептуальные подходы и методологические разработки федеральной и региональной политики в области реформирования здравоохранения. Региональные особенности процессов социального развития *в*сфере услуг здравоохранения требуют адекватного отражения при формировании системы мер государственного регулирования, направленных на создание равных условий для получения бесплатной медицинской помощи населению всех регионов Российской Федерации. Территориальная программа обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью позволит предоставить государственные гарантии населению региона в основных видах медицинской помощи, исходя из имеющихся в регионах финансовых ресурсов.
3. Несовершенство механизма, обеспечивающего выполнения гарантий со стороны бюджетов субъектов Российской Федерации по своевременному внесению платежей за неработающее население, является одним из основных факторов, затрудняющих полномасштабное выполнение территориальной программы ОМС. При принятии территориальной программы ОМС необходимо сформировать муниципальный заказ на оказание медицинской

помощи в системе ОМС, т.е. предельные объемы медицинских услуг, которые могут быть оплачены заказывающей стороной. Данная мера позволит добиться большего соответствия государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью финансовым ресурсам, выделяемых на их реализацию.

5. Система государственного регулирования обязательного медицинского  
страхования должна учитывать специфику как территорий, так и предприятий  
и самих медицинских учреждений. Само регулирование должно опираться не  
только на административные, но и на экономические методы: установление  
нескольких вариантов сбора страховых взносов на ОМС, проведение гибкой  
тарифной политики.

6. Экономический механизм Программы государственных гарантий  
обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью в дальнейшем  
необходимо перевести на максимальное финансирование за счет средств  
целевого налога на здравоохранение с минимальным привлечения бюджетных  
средств для социальных нужд, что повысит управляемость региональных  
систем обязательного медицинского страхования»

**Теоретическая и методологическая база исследования**основывается на нормативных и законодательных актах, программных материалах, принимаемых на уровне Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в частности Ростовской области; трудах отечественных и зарубежных авторов, посвященных данной проблеме; статистических данных, опубликованных Российским статистическим агентством и Ростовским областным комитетом государственной статистики; аналитических материалах, формах сводной и бухгалтерской отчетности отделов исполнительной дирекции и филиалов Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования; публикациях в периодических изданиях.

В качестве методологической основы исследования при проведении анализа и систематизации используемого фактического материала использовались диалектический, экономико-математический, логический, аналитический методы и др., а также метод статистического и сравнительного анализа с применением компьютерной техники, новейших программных средств (EXCEL, графический редактор Microsoft Graph, DataBase), что позволило обеспечить достоверность и обоснованность предложений и выводов.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

1. Определена роль обязательного медицинского страхования как  
эффективного инструмента реформирования системы здравоохранения на  
федеральном и региональном уровнях, при этом выявлена определяющая роль  
регионов в дальнейшем развитии этой системы.

2. Показано несовершенство механизма действия Федерального Закона  
«О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в части  
определения платежей на обязательное медицинское страхование  
неработающего населения органами исполнительной власти субъектов РФ.  
Предложено решение данной проблемы через систему муниципального заказа  
с административно-территориальными единицами регионов по страхованию  
неработающего населения (зависимости полноты оплаты медицинских услуг от  
выполнения обязательств территорий по финансированию программы ОМС).

3. Определены направления государственной поддержки развития  
системы обязательного медицинского страхования, целесообразные для ее  
реализации на региональном уровне и заключающиеся в обеспечении единой  
политики в реформировании организационного механизма системы  
здравоохранения, разработке механизмов определения государственных

минимальных стандартов в сфере услуг здравоохранения, субсидировании территорий в целях выполнения гарантий государства.

4. Определена роль территориальной программы обязательного  
медицинского страхования как инструмента планирования развития сферы  
услуг здравоохранения в регионе. На основе анализа финансового обеспечения  
территориальной программы ОМС в Ростовской области в целях  
увеличения доходной части региональной системы ОМС предложено  
применение методологии расчета сумм страховых взносов в зависимости от  
количества работающих на предприятии, предполагающей заинтересовать  
работодателя в уплате налога на ОМС, а работника в укреплении  
собственного здоровья.

1. Предложена схема выбора оптимального варианта сбора страховых взносов на ОМС работающего населения, учитывающая границы установления тарифов и сумм страховых отчислений в зависимости от среднесписочной численности работающих на предприятии и, позволяющая региональным органам управления самостоятельно формировать стратегию с целью выполнения Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.
2. В целях детального анализа финансового состояния системы ОМС на региональном уровне» анализа оказываемых лечебными учреждениями медицинских услуг работающему и неработающему населению разработана и внедрена аналитическая форма отчетности для филиалов Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования, позволяющая своевременно корректировать потребность в финансовых ресурсах административно-территориальных единиц Ростовской области для выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования»

7\_ Показано, что стратегическим направлением развития региональной системы здравоохранения является переход на страховую медицину с введением целевого налога на здравоохранение, с максимальным источником ее финансирования за счет средств медико-социального страхования, в связи с этим на современном этапе необходимо обеспечить сквозное планирование денежных средств бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования.

**Теоретическая и практическая значимость работы.**Основные теоретические выводы исследования могут быть использованы при разработке региональных программ обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. В целях детального анализа финансового состояния региональной системы ОМС разработана и использована в практической деятельности Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования аналитическая форма отчетности, позволяющая своевременно корректировать потребность в финансовых ресурсах административно-территориальных единиц Ростовской области на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Практическая значимость исследования состоит в теоретическом и методологическом обосновании направлений и системы мер по выполнению в регионе гарантий государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи исходя из имеющихся финансовых ресурсов.

**Апробация и реализация результатов работы.**Основные результаты работы обсуждались на научно-практических конференциях, посвященных проблемам региональной экономики («Состояние и перспективы развития экономики региона» //г.Ростов н/Д, РГЭА, 1996, «Механизм регулирования социально-экономического развития региона» //г.Ростов н/Д, РГЭА, 1997). Предложения и выводы диссертации были изложены на семинарах с

привлечением сотрудников исполнительной дирекции и филиалов Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Аналитические данные и выводы, изложенные в диссертационном  
исследовании, использовались при внесении изменений в областную  
программу обязательного медицинского страхования в 1996 году  
(Постановление Главы администрации Ростовской области от 16.02.96 №62 «О  
внесении изменений и дополнений в постановления Главы администрации  
Ростовской области от 23.12.93 №311, от 19.10.94 №287»), при составлении  
бюджетов Территориального фонда ОМС в Ростовской области на 1997, 1998,  
1999гг., а также для разработки Территориальной Программы

государственных гарантий обеспечения жителей Ростовской области бесплатной медицинской помощью на 2000 год и составления бюджета системы ОМС Ростовской области на 2000 год.

**Публикации.**Основные результаты научных разработок проведенного исследования отражены в статьях и тезисах научно-практических конференций. По теме диссертационного исследования опубликовано 4 работы общим объемом 1,3 п.л.

## Социально-экономические проблемы регионального развития системы медицинского страхования

Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" с усилением акцента на обязательное медицинское страхование вступил в действие в 1993 году. Основная часть регионов России приступила к реализации Закона о медицинском страховании граждан РФ начиная с 1 января 1994 года. Принятием этого закона, как отмечалось в предыдущем разделе, планировалось привлечь к здравоохранению новые источники финансирования, решить проблему рационального использования средств в системе здравоохранения, повысить качество оказываемой медицинской помощи. Закон определил субъектов в обязательном медицинском страховании, их роль и ответственность. Каждый из субъектов ОМС, выполняя свои задачи, в конечном результате должен был обеспечить население России бесплатной и надлежащего качества медицинской помощью.

Практическая реализация Закона проходила в субъектах Российской Федерации в сложных экономических условиях, вызванных спадом производства, ростом инфляции, дефицитом денежных ресурсов на местах. Исходя из шестилетнего опыта работы в системе ОМС в Российской Федерации, можно выделить положительные и отрицательные стороны предложенной модели страхования, решить вопрос, насколько приемлемы рыночные отношения для такой специфической сферы, как здравоохранение. На наш взгляд, положительным является то, что внедрение системы ОМС в субъектах РФ позволило : перейти к многоканальной системе финансирования региональной системы здравоохранения [115], к привлечению для этой цели средств предприятий территориальных образований, а также населения (рис.1.4.), предоставив в связи с этим большую экономическую свободу муниципальным лечебным учреждениям (хотя с другой стороны разнообразие финансирования значительно осложняет решение задачи управления системой в регионе); создать рынок медицинских услуг в соответствии с запросами потребителей региона и возможностью их выбора независимо от формы собственности в системе здравоохранении (государственная, частная, акционерная и другие), решив таким образом определенные задачи в реализации гарантий прав граждан на получение медицинской помощи независимо от места жительства, социального положения и уровня доходов; в целом обеспечить повышение качества медицинской помощи населению, в условиях конкуренции медицинских учреждений, постоянного контроля за качеством медицинской помощи Территориальными фондами [9]; регионам дополнительно получить целевой источник финансирования системы здравоохранения в виде тарифа страхового взноса и платежей на страхование неработающего населения, что привело к увеличению ресурсного обеспечения сферы услуг здравоохранения; местным органам власти оценить финансовые объемы оказываемых медицинских услуг гражданам на своей территории; обеспечить профессиональный уровень медицинских работников, заинтересованность медицинских работников в более эффективном и производительном труде; привести в соответствие затраты муниципальных медицинских учреждений с фактической стоимостью оказываемых медицинских услуг, основные показатели здоровья населения с ресурсной базой здравоохранения в регионах; иметь возможность получения медицинскими учреждениями прибыли; частично обеспечить рост доходов медицинских работников. Рынок, с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью работников позволил перейти к системе нормирования и стимулирования труда работников здравоохранения; Одним из главных достоинств существующей системы финансирования региональной системы здравоохранения является то, что при данной организации медицинского страхования реально отделены средства обязательного медицинского страхования от бюджетных средств, которыми распоряжается Правительство РФ, исполнительная власть субъектов Федерации и этим обеспечивается гарантия расходования средств на медицинские цели. Региональные средства обязательного медицинского страхования не могут прямо или косвенно использоваться органами государственной власти на решение любых других задач, не связанных с организацией медицинской помощи. Это признается и зарубежными специалистами, так вице-президент Федерации профсоюзов Германии Герд Мур считает, что «система страхования здоровья имеет перед системой бюджетного финансирования то неоспоримое преимущество, что она не будет конкурировать с другими статьями расхода в государственном бюджете».[73, с.7]

Более действенный, чем в бюджете является и механизм контроля за расходованием средств обязательного медицинского страхования в каждом территориальном образовании.

Таким образом, одной из самых важных черт региональных систем обязательного медицинского страхования, отражающих их принципиальное отличие от системы государственного здравоохранения, является возможность доступа к независимым от государственного бюджета источникам финансирования, т.е страховым взносам занятого населения и работодателей.

Но медицинское страхование не может быть панацеей от всех бед и каждая из положительных черт имеет свою негативную сторону, связанную либо с недоработкой законодательства о медицинском страховании либо с объективными причинами, сложившимися на данный момент. Так, с введением медицинского страхования ожидалось привлечение в региональную систему здравоохранения дополнительных финансовых средств, что позволило бы улучшить медицинское обслуживание населения.

При принятии Правительством в 1992 году базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации по критерию "полного удовлетворения" не соотнесли потребности в медицинской помощи и ее финансовое обеспечение, в результате, цель и средства ее достижения вошли в противоречие: при потребности 10,8-11% тарифа страхового взноса к фонду оплаты труда для страхования всего населения законодатель установил только 3,6%, что не обеспечивает финансирование медицинской помощи во многих субъектах Российской Федерации даже pa6oraEouieMv населению [62]. Средства на страхование неработающих граждан

должны поступать в систему из местного бюджета. Однако механизм отчислений на неработающее население законодательно не определен до сих пор, что приводит к большим трудностям и противоречиям. Средства ОМС, изначально являющиеся дополнительными источниками практически во всех регионах России, превратились в основной источник финансирования здравоохранения, т.к. бюджеты многих территорий прямо пропорционально снизили свои взносы на финансирование системы здравоохранения.

## Мировая тенденция регионализации здравоохранения

Из первой группы стран наибольший интерес для России в данный момент представляют системы обязательного медицинского страхования в Германии и Нидерландах.

Германия оказала огромное влияние на становление и развитие системы обязательного социального страхования в дореволюционной России, а на создание современной системы обязательного медицинского страхования значительное воздействие оказал опыт Нидерландов. Обязательное медицинское страхование в Германии

Германия уже более ста лет постепенно совершенствует систему обязательного социального страхования. Данный анализ представляет интерес для современной России, которая вступила на путь реформ в здравоохранении.

В Германии законодательно установлены следующие виды касс [43]: - местные кассы, которые формируются по территориальному принципу и в которых застрахована наибольшая доля населения (44%), - дополнительные больничные кассы служащих, в которых застраховано 34,4% населения, - единая федеральная касса (включающая заводские и фабричные кассы, строительные, федеральные горнопромышленные вспомогательные кассы), которая осуществляет страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний и в которой застраховано около 2,4% населения.

Правовые аспекты современной системы обязательного медицинского страхования изложены в отдельном разделе свода социальных законов

Германии. Рабочие и служащие, получающие доходы не выше определенного уровня, который ежегодно пересматривается, обязаны участвовать в обязательном медицинском страховании. Рабочие и служащие с более высокими доходами могут добровольно участвовать в медицинском страховании. Законом также определен круг лиц, которым предоставляется свобода выбора страхования (например, чиновники, судьи, военнослужащие, учителя частных школ, члены духовных обществ и др.).

Финансирование страхования по случаю болезни (обязательное медицинское страхование) осуществляется за счет страховых взносов и иных поступлений. Размер взносов устанавливается больничными кассами самостоятельно. Каждая больничная касса обязана так распоряжаться страховыми взносами, чтобы покрывать стоимость предоставляемых услуг. Надзорный орган вправе увеличить или уменьшить тариф взносов в больничную кассу, В связи с тем, что численность застрахованных в больничных кассах различна, то и суммы поступлений страховых взносов неодинаковы. Средний по стране страховой тариф - 12%, величины которого в пределах от 8% до 16% [43]. Страховые взносы наполовину вносятся работодателями, наполовину работающими по найму. Страховые взносы за пенсионеров вносятся пенсионным фондом и самими пенсионерами. Страхование безработных на случай болезни осуществляется федеративным ведомством по трудоустройству.

Для обеспечения платежеспособности больничной кассы формируется резерв, который должен быть не менее 25% и не более 100% месячной суммы расхода кассы. Если между доходами и расходами невозможно обеспечить равновесие, то принимается решение об увеличение страхового тарифа.

Оказываемое больничными кассами медицинское обслуживание включает в себя практически все виды лечения, а также медицинские услуги, имеющие социально-профилактическую направленность. Ранняя диагностика заболеваний является важным направлением страховой медицины.

За счет больничной кассы оплачиваются расходы по использованию стандартного набора лекарственных и перевязочных средств. Дополнительные издержки, связанные с получением более дорогих лекарств, застрахованный оплачивает сам.

Помещенный в больницу застрахованный оплачивает в течение календарного года не более 14 дней своего пребывания в больнице - из расчета 5 марок за каждый день. Остальные расходы оплачиваются больничной кассой. Застрахованные в возрасте до 18 лет и проходящие курс частичного стационарного лечения освобождаются от уплаты лечения.

В Германии сформировано социальное страхование, базирующееся на принципах социально-ориентированной рыночной экономики. Обязательное медицинское страхование населения развито по территориальному принципу. Планирование, управление и финансирование систем сферы услуг здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования осуществляется на региональном уровне. Голландская система здравоохранения В Голландии разделены понятия финансирования и предоставления медицинской помощи. Финансирование в основном производится учреждениями медицинского страхования (больничными фондами) по территориальному принципу и частными страховыми компаниями. Больничные фонды заключают договоры с предоставителями медицинской помощи. Частные страховые компании не имеют контрактных отношений с предоставителями медицинской помощи, а возмещают медицинские расходы застрахованным. Основная часть населения охвачена обязательным медицинским страхованием, около трети населения дополнительно застрахована в системе частного медицинского страхования.

Страховые взносы определяются правительством каждый год как единый процент от дохода и не зависят от размера семьи. Частное страхование свободно в установлении размера страховых взносов, охвата застрахованных и условий страхования.

Большинство врачей, являясь независимыми профессионалами, а большинство больниц независимыми учреждениями, работают в условиях регулируемого рынка, в котором цены на услуги устанавливаются государством на основании заключенных соглашений. Предоставители медицинской помощи отказались от экономической автономии в пользу экономической безопасности.

Программа основных услуг обязательного медицинского страхования Голландии охватывает около 95% всех расходов, причем около 85% полностью оплачиваются за счет средств обязательного медицинского страхования, остальная часть вносится застрахованным непосредственно страховщику по ставке страхового взноса [43].

Особенностью реформы в Голландии является то, что акцент делается не на формирование, а на реформирование рынка для покупающего медицинские услуги (рынка медицинского страхования).

В странах с развитой системой бюджетного финансирования, отнесенных ко 2 группе, значительная часть населения получает медицинскую помощь за счет налоговых платежей.

## Региональная программа обязательного медицинского страхования -основа планирования, управления и финансирования здравоохранения (на примере Ростовской области)

Ростовский областной фонд обязательного медицинского страхования (далее РОФОМС) был образован 15 июля 1993 года (в соответствии с решением малого Совета Ростовского облсовета №197), С 1 января 1994 года система обязательного медицинского страхования введена в действие постановлением главы администрации области одновременно на всей территории Ростовской области и для всего населения [12]. Деятельность РОФОМСа была направлена на обеспечение реализации Закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", создание условий для финансовой устойчивости системы ОМС на территории Ростовской области.

Однако введение обязательного медицинского страхования не является единовременным актом и предполагает сравнительно длительный и сложный процесс реформирования существующей системы здравоохранения в условиях перехода общества к рыночной экономике. Этому процессу присуща своя внутренняя логика, обусловленная рядом факторов, не последнее место среди которых занимают региональные особенности, т.е. уровень организационной готовности каждого из субъектов Российской Федерации к реализации программы обязательного медицинского страхования.

Для этого в Ростовской области уже имелись определенные предпосылки, отсутствовавшие в других регионах. На таких территориях Ростовской области как города Ростов-на-Дону, Волгодонск, а также в областных больницах в течение трех предыдущих лет была опробована система нового хозяйственного механизма [81, 88]. Вместе с тем, одна из проблем здравоохранения -недостаточность финансирования - не обошла стороной и Ростовскую область.

В начале 1994 года финансовая ситуация с бюджетом Ростовской области не улучшилась. Как известно, в условиях экономического кризиса, когда не складывается государственный бюджет, здравоохранение является одной из первых отраслей, терпящих финансовый крах- Следствием бюджетного дефицита явился неуправляемый переход бесплатных видов медицинской помощи в платные. В сложившейся финансовой ситуации ликвидировать провал в финансировании здравоохранения Ростовской области в начале 1994 года удалось только за счет средств предприятий, собранных в 1993 году.

Вообще исходная готовность системы здравоохранения в регионе была крайне недостаточной [81, 38]: медицинских страховых компаний в области было 9, имели лицензию на обязательное медицинское страхование только 3; система стандартов медицинской помощи не была разработана, имелись отдельные стандарты для ЛПУ г,Ростова-на-Дону и в некоторых областных учреждениях; в ЛПУ отсутствовали лицензии и сертификаты, лицензионная комиссия была создана в области и приступила к работе в конце декабря 1993 года, аккредитационной комиссии не было; не было ассоциации медицинских работников и ассоциации страховых компаний,

С учетом уровня этой готовности органов управления, лечебно-профилактических учреждений, страховых и иных организаций в Ростовской области сформировалась особая стратегия движения к введению обязательного медицинского страхования населения. Этому предшествовала большая организационно-подготовительная работа различных управленческих структур, ответственных за состояние здравоохранения в Ростовской области.

Для непосредственной реализации программы обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области было создано 55 филиалов, которые непосредственно подчинены исполнительной дирекции РОФОМСа [12]. Основная деятельность филиалов направлена на своевременный и полный сбор страховых взносов (платежей) на своей территории, а также оплату медицинских услуг, предоставляемых населению лечебно-профилактическими учреждениями области. Филиал также осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств на ОМС в лечебных учреждениях, страховых медицинских компаниях при наличии последних на территории [22, 24].

Одним из главных направлений подготовительного периода стала разработка нормативно-правовой базы страховой медицины. На основании действующего в Российской Федерации законодательства о страховой медицине Ростовским областным фондом обязательного медицинского страхования был подготовлен пакет документов, регулирующий основные вопросы введения обязательного медицинского страхования на Дону с учетом региональной специфики, В наработанный пакет документов, в частности, вошли; базовая программа обязательного медицинского страхования жителей области; положение о порядке ее введения на территории Ростовской области; соответствующие положения о финансировании лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций, о системе оценки качества медицинской помощи; методика расчета тарифов на медицинские услуги; различные формы страховых договоров и др. [12, 81]

Основополагающим из этих документов, безусловно, явилась областная программа обязательного медицинского страхования, представляющая собой перечень гарантированных государством видов и объемов медицинских услуг, которые могут бесплатно оказываться каждому жителю области в лечебно-профилактических учреждениях. Первый вариант территориальной программы ОМС был принят Постановлением Главы администрации Ростовской области от 23.12.93 г. №311 "Об утверждении перечня документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование жителей Ростовской области" [12]. Постановлением Главы администрации Ростовской области от 16.02 96 г. №62 в территориальную программу внесены изменения и дополнения [14]. Областная программа обязательного медицинского страхования предусматривает виды, условия и объем оказания медицинской помощи гражданам и требования к медицинской помощи.

Областная программа обязательного медицинского страхования жителей Ростовской области была разработана в соответствии с Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", Постановлением

Правительства России от 23.01.92 г. № 41 "О мерах по выполнению Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", Законом РФ "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан". Программа разработана с учетом базовой программы обязательного медицинского страхования, действующей на территории РФ. В реализуемой в Российской Федерации бюджетно-страховой модели финансирования, планирования и управления системой здравоохранения нормативы базовой программы ОМС не имеют директивного характера, а используются в качестве научных ориентиров. Научно обоснованные социально-экономические нормативы необходимых объемов медицинской помощи и требуемых ресурсов являются как бы контрольными цифрами для субъектов Российской Федерации.

Для расчета стоимости областной программы ОМС используются показатели объемов медицинской помощи по отдельным возрастным группам населения, которые здесь выступают в роли социальных нормативов, а также служат для моделирования сети лечебно-профилактических учреждений [60, 62].

Следует остановиться на роли социальных нормативов здравоохранения в современных условиях децентрализации управления и планирования. Это важно еще и потому, что с передачей многих функций по планированию здравоохранения на областной уровень, с распространением элементов хозрасчета и введением медицинского страхования качество и доступность медицинской помощи, а также эффективность использования имеющегося ресурсного потенциала отрасли должны улучшиться.

## Совершенствование системы управления и финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования на региональном уровне

Ключевой проблемой в условиях экономической нестабильности, дефицита средств является проблема финансирования региональной социальной инфраструктуры, в том числе и системы здравоохранения. Расходы на здравоохранение в России остаются на достаточно низком уровне: суммарные расходы в последние три года составляют 3,7-3,8 % внутреннего валового продукта по сравнению с 7-8 % в западноевропейских странах [40]. Финансирование системы здравоохранения из общественных источников постоянно сокращается: лишь в 1993 году с введением системы обязательного медицинского страхования уровень финансирования здравоохранения примерно на 8% превышал уровень 1991 года» Но в дальнейшем появление нового источника в виде страховых взносов от работодателей на обязательное медицинское страхование было компенсировано уменьшением бюджетных расходов практически во всех субъектах Российской Федерации [40, 104].

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации принятой Постановлением Правительства РФ 5 ноября 1997 года говорится о том, что "совершенствование системы финансирования должно быть направлено прежде всего, на рациональное использование имеющихся ресурсов и их соответствие предоставляемому объему медицинской помощи." [7 с.4].

Совершенствование финансирования здравоохранения является на сегодняшний день одним из главных направлений развития региональной системы обязательного медицинского страхования. Причина этого заключается в том, что размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и за счет средств обязательного медицинского страхования в субъектах Федерации не обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами согласно гарантиям государства, но вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно» Все более широкое распространение получает теневая сторона оплаты медицинских услуг.

Совершенствование системы финансирования здравоохранения как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Федерации должно предполагать тесную зависимость размеров финансирования медицинских учреждений от объема и качества оказываемой ими медицинской помощи; поэтапное повышение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения, до 6-7 % ВВП. Но следует учесть, что требования улучшения контроля за расходами, повышения продуктивности и результативности следует сбалансировать с всеобщей доступностью и справедливым распределением возможности получения необходимой медицинской помощи» Учитывая тот факт, что, несмотря на появление дополнительного внебюджетного источника финансирования (ОМС) и других источников финансовых поступлений, уровень суммарных расходов на здравоохранение все еще не достигает рекомендуемого ВОЗ минимума (5% ВВП). В этих условиях особое значение приобретает рациональное планирование и распределение финансовых средств на региональном уровне [98].

В настоящее время организаторами здравоохранения, экономистами» депутатами Государственной Думы предлагаются к рассмотрению различные варианты решения проблемы финансирования здравоохранения [87]. В данном разделе предлагаются возможные пути решения проблемы управления и финансирования сферы услуг здравоохранения в регионах в условиях обязательного медицинского страхования, которые должны обеспечить в каждом регионе Российской Федерации минимальные гарантии по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью, увязав при этом стоимость территориальных программ с финансовыми ресурсами в регионах, создать экономические стимулы населению и предприятиям, добиться эффективного использования имеющихся в регионах финансовых ресурсов и привлечения новых ИСТОЧНИКОВ Какая же из моделей управления и финансирования региональной системы здравоохранения позволит добиться наилучших результатов;

Определенная часть населения (в основном это люди старшего поколения, а также население, не просвещенное в области проводимых реформ в сфере здравоохранения) считает, что бюджетная модель финансирования здравоохранения была и остается лучшей, поэтому следует вернуться к прошлому. Противники медицинского страхования часто приводят в пример Великобританию, в которой государственная система финансирования здравоохранения "процветает 1, показатели здоровья населения там одни из лучших в мире при наименьших затратах. Причем данная система обходится государству дешевле, чем страховые системы со своими "придатками" в виде страховых компаний, фондов ОМС, которые система страхования должна содержать. Но необходимо отметить, что государственная система финансирования здравоохранения может функционировать только в "богатом" государстве, со стабильной властью, где население своевременно и в полном объеме платит налоги в бюджет. Переложив финансирование здравоохранения Российской Федерации на бюджет - будь это Федеральный или местный - мы придем к тому, от чего пытаемся уйти, т.е. к остаточному принципу финансирования здравоохранения, распределению финансовых средств независимо от объема выполняемых услуг, недоступности многих видов медицинской помощи среднему классу и т.п.. Если на сегодняшний день субъекты Федерации не выполняют своих обязательств в отношение платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды ОМС, (например, на административно-территориальных единицах Ростовской области неработающее население в основном лечится за счет страховых взносов от работодателей), то, переложив ответственность за финансирование здравоохранения на уровне субъектов Федерации на местные бюджеты, мы придем к полному финансовому краху здравоохранения. В отличие от бюджетной модели, в условиях медицинского страхования средства ОМС отделены от средств бюджета и предназначены только для финансирования здравоохранения. Считаем, что в настоящее время неприемлемым возврат к бюджетной модели финансирования здравоохранения. В условиях экономической нестабильности регионы не готовы финансировать здравоохранение только из средств местных бюджетов в той мере, в какой это необходимо.