Лапасова Вера Владимировна. Организационно-экономические аспекты реформирования системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Лапасова Вера Владимировна; [Место защиты: С.-Петерб. гос. ун-т].- Абакан, 2009.- 148 с.: ил. РГБ ОД, 61 10-8/570

**Содержание к диссертации**

Введение

**1. Сущность и специфика медицинского страхования как способа финансирования системы здравоохранения**

1.1. Особенности медицинского страхования 10

1.2. Эволюция медицинского страхования в России и за рубежом 21

Выводы по главе 1 44

**2. Региональные особенности финансирования здравоохранения в Российской Федерации 46**

2.1. Модели организационного и финансового механизма обязательного медицинского страхования 46

2.2. Организация финансирования системы здравоохранения в республике Хакасия 55

Выводы по главе II 73

**3. Модернизация финансирования системы здравоохранения 75**

3.1. Направления модернизации финансирования здравоохранения 75

3.2. Обеспечение экономической безопасности в системе финансирования здравоохранения 92

3.3. Развитие добровольного медицинского страхования 109

Выводы по главе III 122

Заключение 123

Список использованных источников 126

## Эволюция медицинского страхования в России и за рубежом

В настоящее время проблема охраны здоровья нации и вопросы развития системы здравоохранения приобрели первостепенное значение. Для решения этих проблем необходимо формирование определенного фонда финансовых средств, который будет обеспечивать исполнение поставленных перед обществом задач по охране здоровья. Наиболее приемлемым для этого представляется формирование фонда общественных ресурсов через механизмы медицинского страхования. На наш взгляд, необходимо осмысление социально-экономической сущности медицинского страхования, его основных категорий и принципов функционирования.

Страхованием называют вид хозяйственной деятельности на основе солидарности и возмездности, имеющий своей целью покрытие будущей нужды или потребности, вызываемой наступлением случайного, но вместе с тем статистически уловимого события1. Как инструмент обеспечения интересов физических и юридических лиц страхование приобретает все большее значение при решении отдельных социально-экономических задач, становясь основой финансовой защищенности и стабильности.

Сущность медицинского страхования проявляется в том, что оно создает финансовую основу для деятельности системы здравоохранения. Реализация государственных программ по укреплению и сохранению здоровья граждан осуществляется за счет средств медицинского страхования. Имеющиеся определения медицинского страхования раскрывают это понятие как форму социальной защиты2, форму социальной защиты населения в охране здоровья, совокупность видов страхования по осуществлению выплат страхового обеспечения, связанных с обращением застрахованного в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования .

На наш взгляд, в имеющихся определениях недостаточно полно раскрывается понятие медицинской услуги как страховой услуги и определение страхового рынка медицинских услуг, что требует уточнения.

На рынке медицинского страхования страховщики предлагают особый вид страховой услуги — медицинская услуга. Медицинская услуга представляет собой «отдельное мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость5. Лисицын Ю.П: отмечает, что «...это не духовное, а материальное понятие; она является главной экономической и медицинской категорией и проявляется. в конкретной деятельности- медицинского персонала по осуществлению конкретных мер профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, административно-хозяйственных, управленческих и других действий, направленных на сохранение, укрепление, улучшение здоровья населения»6.

Медицина становится специфической отраслью сферы услуг и её можно назвать услугой особого рода. От мастерства и добросовестности исполнителя услуг зависят жизнь и здоровье «покупателя» услуг, т.е. пациента. Услуги должны предоставляться в соответствии с установленными медико-экономическими стандартами медицинских услуг в здравоохранении, которые имеют определенный состав и стоимость. Определение стоимости медицинской- услуги осуществляется с помощью медико-экономических стандартов. Медико-экономический стандарт представляет собой, «разработанную и утвержденную норму объема, вида, длительности и места предоставления медицинских услуг при конкретном состоянии здоровья пациента, имеющая экономически обоснованный расчет средней стоимости»7.

Рассмотрим действие страховых механизмов при предоставлении медицинских услуг. Особенностью медицинских услуг является случайность возникновения спроса. Данное свойство соответствует механизму страхования, то есть перераспределению рисков экономических потерь от заболеваний, смерти, затрат на лечение и компенсацию нетрудоспособности между участниками рынка — работодателями, работниками. На рынке медицинских услуг страхование создает экономически мощную структуру, которая позволяет уменьшить асимметрию в отношениях пациента и врача. Вытекающая из особой сложности асимметрия, ведет к монополизации рынка. Страхование препятствует монополизации рынка, сохраняя конкуренцию8.

Не вызывает сомнения, что здоровье - является одной из, высших ценностей для человека. Плохое здоровье не позволит человеку в полной мере насладиться жизнью. Здоровье человека зависит от множества факторов: генетической предрасположенности, возраста, пола, семейного положения, дохода, образования, питания; экологии, образа жизни, уровня развития здравоохранения и т.д. При этом кроме прямой зависимости между составляющими и здоровьем имеется и обратная связь, сущность которой можно свести к следующему: здоровый человек в состоянии увеличить свои доходы, изменить свое местоположение в обществе, добиться определенных успехов и т.д., что в конечном итоге будет оказывать влияние на экономическое развитие. страны и уровень здравоохранения как одной из отраслей экономики.

## Организация финансирования системы здравоохранения в республике Хакасия

Добровольное медицинское страхование выполняет функцию замещающего в отличие от добавочного или дополнительного, как это бывает в случае бюджетного или регулируемого обязательного страхования.

Размеры страховых взносов устанавливаются самостоятельно страховой медицинской организацией и зависят в каждом случае от страховых рисков, правил страхования, стоимости медицинских услуг, числа застрахованных и т.д. В этом случае уровень доходов застрахованного не учитывается, а регулируется актуарными расчетами. Происходит дифференциация тарифов в зависимости от возраста, профессиональной принадлежности, образа жизни и индивидуального здоровья.

К настоящему времени в экономически развитых странах сложились следующие системы здравоохранения: система регулируемого страхования, бюджетное здравоохранение и система частного страхования здоровья.

Становление системы финансирования здравоохранения в России характеризуется, поиском и построением пропорций между тремя существующими системами финансирования: бюджетной, страховой и частной.

Социальное страхование: Учебник/ Под ред. д.э.н, проф. Н.А. Кричевского. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2007. С. 183-184 Страховой принцип, который законодатели пытались в 1992 году заложить в федеральном законе «О медицинском страховании граждан в РФ» был призван заменить советскую систему здравоохранения, в которой финансирование лечебных учреждений планировалось заранее в зависимости от числа приписанного к клинике населения. Однако из этого ничего не вышло. Поликлиники и больницы по-прежнему обслуживают граждан по месту прописки, а полисы ОМС только добавили лишней работы врачам. Разделение потоков финансирования на несколько источников - из бюджетов разных уровней и из фондов ОМС - запутало общее положение.

Эксперимент по переводу на одноканальную систему финансирования начался в 2007 году в 19 регионах России. Одновременно планируется изменить работу не только поликлиник, но и больниц таким образом, чтобы медицинская помощь населению учитывалась персонифицировано, а оплата производилась по конечному результату на основе единых нормативов. Персонифицированный учет граждан — это та самая база данных, которая необходима страховщикам33.

Развитие и накопление опыта в медицинском страховании в России и за рубежом позволяет сделать заключение об обоснованности участия наемных работников в формировании фондов направляемых на медицинское обслуживание. При этом сумма платежей на медицинское страхование ставится в зависимость от суммы, начисляемей заработной платы и от организационно-правовой формы предприятия, численности работников, вредности производства для здоровья человека. Считаем, что обязательным условием эффективного функционирования медицинского страхования и в обязательной, и в добровольной форме является участие государства в определении порядка формирования, использования и контроля за использованием финансовых ресурсов в системе здравоохранения страны. Основным направлением развития системы финансирования здравоохранения являются как развитие страховой медицины, так и бюджетное финансирование здравоохранения и, прежде всего охрана здоровья детей.

На основании данных проведенной в 2002 году Всероссийской диспансеризации детей, которая охватила 94,6% детей, доля здоровых детей уменьшилась с 45,5% до 33,89%, т.е. только каждый третий ребенок может быть признан здоровым. Одновременно отмечено увеличение удельного веса детей с хронической патологией и инвалидностью. Физическая подготовленность у современных подростков на 25% ниже, чем у их сверстников 80-90 годов.34

Снижение числа практически здоровых детей и увеличивающееся количество детей, нуждающихся в постоянной медицинской помощи, выступает как угроза экономической безопасности для будущей России. Снижение рождаемости, рост заболеваемости детей и соответственно сокращение трудоспособного населения, приведут в будущем к невозможности «осваивать богатства страны, поднимать экономику, сохранять и развивать культуру»35.

В «Концепции охраны здоровья детей до 2010 года» охрана здоровья детей обозначена как «одно из направлений государственной политики и фактор национальной безопасности» . В связи с этим приоритетным представляется финансирование государственных программ по охране здоровья детей, предоставления государственных гарантий бесплатной медицинской помощи детям за счет средств бюджета. Находящиеся в стадии реализации национальные проекты «Здоровье» «Демография» определяют приоритеты социально-экономического развития- страны на ближайшую перспективу, и это является признанием со стороны государства необходимости исполнения основных социальных обязательств перед населением. Но для более полного и эффективного решения социальных вопросов в части здравоохранения, национальными проектами не обойтись. Необходим пересмотр функционирования организации системы финансирования здравоохранения.

Существующие системы здравоохранения имеют сложные смешанные системы финансирования и предоставления медицинской помощи. Поэтому их можно классифицировать, по преобладающему виду финансирования и предоставления помощи: по способу финансирования — общественное или частное; по производителям медицинских услуг — они могут быть частными, государственными или некоммерческими.

## Обеспечение экономической безопасности в системе финансирования здравоохранения

Уровень общей заболеваемости в республике по-прежнему имеет тенденцию к росту. В 2006 году показатель заболеваемости всего населения составил 149597,0 на 100000 населения, темп прироста - 7,4%. Рост заболеваемости произошел за счет увеличения общей заболеваемости взрослого населения на 8,6 %.

По итогам проведенной диспансеризации 2006 г. работающего населения республики было определено, что в группу «практически здоров» попадет только 7,6% всех, обследованных, 121,6% - составляют группу с риском развития заболевания; 50,9% - группа, включающая лиц, которым требуется дополнительное обследования для определения диагноза и назначения лечения, 28,9% - направлены в стационар.

Структура общей заболеваемости взрослого населения выглядит следующим образом: на первом месте болезни, системы кровообращения -13,0 % и болезни органов дыхания — 13,0 %; на. втором - болезни мочеполовой системы -. 8,9%; на третьем - болезни костно-мышечной системы - 8,7 %, на четвертом - болезни органов пищеварения-- 8,1 %. По сравнению с , прошлым годом уровень заболеваемости системы кровообращения- увеличился, на 19,2%, психическими расстройствами- -21,5%.

Структура заболеваемости подросткового населения? практически не изменилась. Первое место занимают болезни-органов дыхания — 23;5 %; на втором - болезни органов пищеварения — 10,5 %; на третьем - травмы и отравления - 8,2 %, на четвертом — болезни костно-мышечной системы - 7,5 %; на пятом - болезни кожи и подкожной клетчатки - 6,8 %.

Структура заболеваемости детского населения: на первом месте -болезни органов дыхания - 39,0 %, на втором - инфекционные и паразитарные болезни - 8,7 %, на третьем - болезни органов пищеварения -8,1 %, на четвертом - болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки — 7,2 %, травмы и отравления — 5,8 %.

Анализируя сложившуюся ситуацию, очевидно, что уровень заболеваемости населения в Республике Хакасия по-прежнему остается высоким и имеет тенденцию к росту. Только с 1994 года заболеваемость среди детского населения и подростков увеличилась в 1,5 раза.

Все это свидетельствует о том, что существующая система медицинского страхования не выполнила возложенных на нее функций, и соответственно, требуются изменения для повышения эффективности функционирования здравоохранения:

С 2001 по 2003 г. республиканский ТФОМС полностью передал функции страховщика страховым медицинским организациям. В настоящее время эту функцию выполняют две страховые медорганизации: Саяногорский филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» и Хакасский филиал ЗАО МСО «Надежда». В системе ОМС — 50 самостоятельных J111 У, в т.ч. 33 стационара, 10 амбулаторно-поликлинических учреждений и 7 стоматологических поликлиник . 2006 год стал годом начала действия Национальных проектов в РФ. Среди задач, реализованных территориальным- фондом в 2006 году, особо актуальными являются приоритеты, обозначенные национальным проектом «Здоровье». Помимо основных функций, которые, выполняет Фонд и его филиалы; на систему ОМС в рамках реализации национального проекта «Здоровье» возложены следующие: финансирование дополнительных выплат первичному звену, оплата дополнительной диспансеризации работающих

Приоритетный национальный проект «Здоровье» Одним из важнейших направлений национального Проекта является диспансеризация граждан, в том числе работников бюджетных отраслей. В 2006 году Министерством здравоохранения республики Хакасия и Фондом утвержден перечень медицинских учреждений, которые могут обеспечить проведение диспансеризации. С ними Фонд заключил договоры, регламентирующие финансирование диспансеризации граждан. Дополнительная диспансеризация работающих граждан бюджетной сферы проводилась во всех административных единицах республики. Целью диспансеризации стало, с одной стороны, проведение своевременного специализированного обследования с усилением профилактической работы, с другой стороны, дополнительное привлечение денежных средств в амбулаторно-поликлиническую сеть на повышение заработной платы и приобретение расходного материала.

Кроме диспансеризации работников бюджетной сферы с рамках национального проекта Фондом проводится финансирование таких направлений Проекта как иммунизация, проведение дополнительных медицинских осмотров работников вредных профессий, профилактика и лечение ВИЧ-инфекции, обеспечение населения республики высокотехнологичными видами медицинской помощи.

На реализацию Национального проекта «Здоровье» из федерального бюджета в 2006 году было потрачено 228,5 млн. руб., в 2007 год затраты 438,8 млн. руб., в 2008 году сумма затрат на реализацию национального проекта составила — 561,3 млн. руб. 47

За время фактической реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» фондом совместно с республиканской администрацией на территории республики создана инфраструктура системы обязательного медицинского страхования. Совместно с министерством здравоохранения подготовлена нормативно-методическая база, определены взаимоотношения сторон, участвующих в системе ОМС, сформированы финансовые потоки. Внедренная в республике Хакасия модель обязательного медицинского страхования представлена на рисунке 2.7.

## Развитие добровольного медицинского страхования

Проблема эффективности использования средств направленных на реализацию целевых программ и проблема коррупции вокруг них является достаточно острой. Проверками получателей средств выявлены финансовые нарушения в использовании 299 млн. руб. средств федерального бюджета (1,2% от суммы проверенных средств) и 100,3 млн. руб. средств внебюджетных фондов (0,7% от суммы проверенных средств). По данным Росфиннадзора, главная беда - неэффективное расходование денег (178 млн. руб.), далее идут переплата за оказание услуг (132 млн. руб.) и нецелевое расходование средств (46 млн. руб.), другие нарушения обошлись в 42 млн. руб. При этом чаще всего нарушается закон о госзакупках. Больше всего пришлось нарушений на проект «Здоровье» - 1,3% выделенных сумм. В рамках этого проекта с нарушением бюджетного законодательства израсходовано 1,3% средств. В среднем суммы откатов по национальным проектам составляют от 30% и выше.

Основным источником финансирования медицинского обслуживания населения остается, конечно же, государственное финансирование и средства государственных внебюджетных фондов, но именно здесь, как уже говорилось, имеются предпосылки для злоупотреблений со стороны должностных лиц и появлению коррупционных взаимосвязей между лицами, наделенными полномочиями по распоряжению финансами внебюджетных фондов, и лицами, получающими денежные средства фондов. Наиболее распространенным нарушением при использовании государственных средств является их «нецелевое» использование. «Нецелевое» использование средств, предназначенных на финансирование деятельности лечебных учреждений является использованием в личных целях чиновников, а не для осуществления деятельности лечебного учреждения. Причем точно определить сумму «откатов» в данном случае невозможно, так как при осуществлении данной операции и «дающая» и «берущая» стороны стараются держать свои действия в тайне.

В 2002 году сумма нецелевого использования средств ОМС составила 114,9 млн. руб., в 2003 году 8,8 млн. руб., в 2006 году по данным Счетной палаты РФ сумма нецелевого использования средств ОМС составила 68,9 млн. руб59. Однако в том же 2006 году проведенная проверка работы ФОМСа позволила получить цифру «отката» в 29,1 млрд. руб., которую чиновники фонда планировали потратить на льготное лекарственное обеспечение, но сумма вдвое больше была потрачена уже в ноябре 2007 года.

Возникает вопрос, каким образом, заложенные в бюджете средства на реализацию национального проекта «Здоровье», на развитие системы здравоохранения, расходуются казалось бы на приобретение лекарственных препаратов, а перетекают в карманы чиновников?

Одной их схем такого «перекачивания» ресурсов является проведение конкурсов между «своими». Наибольшую долю получают те фирмы, которые предлагают большие суммы взяток за полученный заказ. Такими фирмами стали в 2006 году «Протек» получивший на откуп 29 регионов и «БИОТЕК» получивший 24 региона.

При проведении конкурсов- на, госзакупки по нацпроекту «Здоровье» большая часть средств была потрачена с серьезными нарушениями. «89 процентовч заключенных контрактов не соответствовали предложениям, которые были представлены на конкурс, а треть выделенных средств была потрачена и вовсе вне конкурса. Объемы закупок были существенно увеличены уже после проведения конкурсов. Впрочем, регионы зачастую и сами не всегда могли дать точные заявки, что им нужно. Они непрерывно корректировались. Финансы не распределяются по простым и понятным схемам, а ходят по кругу, передаются от одной структуры другой. Создается такое впечатление что, все придумано только для того, чтобы нужные люди получили оттоки, откаты»60.

Проблема, состоит в том, что органы государственной власти регионов передают в соответствии с законом ряд полномочий по размещению заказов на поставку товаров медицинского назначения (лекарственные средства, медицинское оборудование и т.д.) ряду учреждений здравоохранения, в том числе больницам, диспансерам и т.д. В основном средства на подобные закупки выделяются не из бюджета, а из средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования, которые поступают от налогоплательщиков. Эти суммы по величине несопоставимы с бюджетными, а львиная доля денег в больницы идет именно через фонд ОМС и страховые медицинские организации. Такая ситуация дает возможность руководителям учреждений здравоохранения напрямую, без проведения конкурса и без участия органов власти, производить закупку необходимых товаров для нужд региона, что уводит средства из системы ОМС и ведет к их нецелевому использованию.

Возникает задача разработки такой схемы финансирования учреждений здравоохранения на федеральном и региональном уровне, которые- будут адекватно отражать изменения подходов к уже имеющейся практике предоставления бюджетных средств и средств страховых фондов.

Как отмечает в своей работе «Регулирование процессов становления страховой медицины» Гришин В.В. «наиболее экономичной моделью является, финансирование медицинских учреждений филиалами территориальных фондов ОМС без участия, страховых медицинских организаций. Однако данная организационная схема не позволяет в полной