Модонов Александр Федорович. Развитие обязательного медицинского страхования в регионе : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10. - Иркутск, 2002. - 190 с. РГБ ОД

**Содержание к диссертации**

Введение

1. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО

СТРАХОВАНИЯ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ

РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВА 10

1.1. Теоретические основы обязательного медицинского страхования, его экономическая сущность 10

1.2. Генезис обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, его значение в социально-экономическом развитии общества 32

2. РОЛЬ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В ФИНАНСИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 59

2.1. Анализ основных источников финансирования здравоохранения 59

2.2. Проблемы организации обязательного медицинского страхования

в регионе и финансирования медицинской помощи из средств ОМС. 73

3. НАПРАВЛЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕГИОНЕ 100

3.1. Совершенствование способов оплаты медицинской помощи 100

3.2. Планирование и прогнозирование объемов финансирования и структуры медицинской помощи как путь к рациональному и эффективному использованию средств ОМС 116

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 150

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 160

ПРИЛОЖЕНИЯ 170

**Введение к работе**

Усиление социальной направленности общественного развития обуславливает возрастание роли здравоохранения в решении не только чисто медицинских, но и экономических задач. Здоровье населения является составной частью национального богатства и поэтому оно должно рассматриваться как экономическая категория.

При существовавшем во времена СССР остаточном принципе финансирования здравоохранения обострилась проблема недостатка бюджетных средств на содержание медицинских учреждений. Назрела потребность перехода от бюджетно-сметного финансирования здравоохранения к обязательному медицинскому страхованию, средства которого играют роль дополнительного, а в некоторых регионах России - основного источника финансирования здравоохранения, и которое формирует институт посредников между медицинскими учреждениями и пациентами для защиты прав последних. Развитие обязательного медицинского страхования является важным фактором, способствующим совершенствованию оказания медицинской помощи. В этих условиях возникает необходимость не только поиска дополнительных источников денежных ресурсов на оплату медицинской помощи, но и повышения качества предоставляемых медицинских услуг. Обязательное медицинское страхование не избавляет здравоохранение полностью от недостатка финансовых средств, но дает возможность при совершенствовании взаимоотношений его субъектов добиться некоторой эффективности использования средств ОМС.

Вопросы обязательного медицинского страхования исследованы недостаточно, поэтому его развитие в нашей стране сопряжено с множеством проблем, в том числе дефицит денежных ресурсов, направляемых на здравоохранение, вопросы качества оказания медицинской помощи и вопросы рационального использования денежных средств. Ограниченность ресурсов, выделяемых на здравоохранение, подталкивает к поиску новых форм финансовых взаимоотношений страховщиков и медицинских учреждений в условиях обязательного

медицинского страхования. Результаты поиска сгладят главную проблему здравоохранения - недостаток финансирования. Решиться она может посредством реализации мероприятий по пополнению объема финансирования медицинской помощи и рациональному его использованию.

Многие аспекты поднятых проблем финансирования здравоохранения в условиях развивающегося обязательного медицинского страхования нуждаются в более глубоком изучении и выработке практических рекомендаций, что делает тему данного диссертационного исследования актуальной.

Проблемы медицинского страхования достаточно активно исследуются в трудах зарубежных экономистов: Абеля-Смита, Вагнера, Маршнера, Мольден-гауэра, Сабанти, Шеффле, Шмоллера, Эванса; а также отечественных экономистов: Аюшиева А.Д., Врублевской О.В. Гришина В.В., Кагаловской Э., Коло-мина Е.В., Кучеренко В.З., Марковой О., Окушко Н.Б., Полякова И.М., Ройка В., Романовского М.В., Русаковой О.И., Солодкого В.А., Шеймана И.М.

При обсуждении вопросов медицинского страхования основной темой дискуссий являются возможности реформирования системы обязательного медицинского страхования, при этом недостаточное внимание уделяется вопросам финансовых взаимоотношений субъектов этой системы. Некоторые специалисты, занимающиеся социально-экономическими проблемами здравоохранения сходятся в том, что в рационализации использования средств отрасли имеются огромные резервы. Данная проблематика поднималась в работах Исаковой Л.Е., Кадырова Ф.Н., Царик Г.И., Шеймана И.М. и др. Предлагалось немало проектов совершенствования способов оплаты медицинской помощи и методов планирования ее объемов. Вместе с тем, практически отсутствует единый нормативный подход к оптимизации финансовых потоков в здравоохранении. Декларация органов управления на рациональное использование средств обязательного медицинского страхования не сопровождается предложением путей его достижения. Это обусловливает необходимость изучения оптимальных способов оплаты медицинских услуг, а также планирования и прогнозирования объемов медицинской помощи, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования. В

дицинского страхования. В процессе развития медицинского страхования возникают новые проблемы в здравоохранении, которые требуют своего решения.

Целью настоящего исследования является анализ развития обязательного медицинского страхования на региональном уровне, принципов взаимодействия субъектов региональной системы обязательного медицинского страхования и разработка на его основе комплекса мероприятий по совершенствованию финансовых взаимоотношений страховых медицинских организаций и медицинских учреждений, способствующих рациональному использованию денежных ресурсов в здравоохранении.

В этой связи основными задачами исследования являются:

class1 **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО**

**СТРАХОВАНИЯ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ**

**РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВА** class1

## Теоретические основы обязательного медицинского страхования, его экономическая сущность

В своей хозяйственной деятельности человек всегда был окружен целым рядом опасностей, общее свойство которых случайность. Эволюционно сложилось так, что борьба с опасностями имела три направления развития: непосредственную борьбу (репрессии); превентивные меры (профилактические мероприятия) и возмещение причиненного ущерба (страхование). Если при первом варианте люди становились сильнее, при этом не всегда выходя победителями в борьбе с неблагоприятными явлениями, то при втором - проведение профилактических мер возможно в отношении случайностей социального порядка и в меньшей степени - в отношении к несчастьям естественного происхождения. Только в третьем варианте меры борьбы более доступны и могут быть планомерно организованы [45]. Именно по этому страхование как метод борьбы с неблагоприятными событиями представляет особый интерес.

Для раскрытия сущности страхования рассмотрим мнения отдельных экономистов по поводу содержания данной категории. Страхование, с точки зрения СИ.Ожегова, определяется как "обеспечение кого-либо от возможного ущерба за счет периодического внесения взносов специальному учреждению, которое в случае наступившего ущерба выплачивает денежное вознаграждение" [35]. М.В. Романовский, О.В. Врублевская, Б.М Сабанти также утверждают, что "страхование как экономическая категория отражает процесс формирования целевых фондов денежных средств и их использование на возмещение ущерба при возникновении непредвиденных неблагоприятных явлений различного рода, а также на оказание материальной помощи гражданам при наступлении определенных событий в их жизни". С другой стороны, страхование - это один из способов обеспечения экономической безопасности и устойчивого материального благополучия, это разумная предусмотрительность [45]. Наиболее характерным и распространенным стало мнение немецкого экономиста А. Вагнера, согласно которому страхование есть такое хозяйственное учреждение (или процесс), которое устраняет или смягчает вредные последствия отдельных случайных событий посредством распределения их на ряд одинаково опасных случаев". Некоторые авторы представляют страхование в связи с потребностями населения, а не вредом и потерями. При этом не разграничиваются страхование и другие хозяйственные явления, игнорируется принцип "возмездности", лежащий в основе всякой страховой сделки. П.А. Никольским было дано следующее определение: "страхование есть способ возмещения частнохозяйственных ценностей, погибающих от случайных событий, через предварительное откладывание средств в размере, определяемом вероятною погибелью для данного периода". Одновременно с этим К. Г. Воблый определил страхование как вид хозяйственной деятельности на основе солидарности и возмездности, имевший своей целью покрытие будущей нужды или потребности, вызываемой наступлением случайного и вместе с тем статистически уловимого, значимого события. Упомянутый здесь принцип солидарности и "возмездности" страхования часто упускается из виду при построении современных систем обязательного страхования.

Эти и многие другие определения позволяют сделать общий вывод: страхование - это экономические отношения, регулируемые специальным договором, в котором участвуют как минимум два субъекта (страховщик и страхователь), с образованием денежного фонда у страховщика за счет взносов страхователя, для компенсации ущерба при определенных условиях [11]. При этом экономическую сущность страхования характеризуют следующие признаки: наличие страхового риска как вероятности и возможности наступления страхового случая; замкнутые перераспределительные отношения между его участниками, связанные с солидарной раскладкой суммы ущерба; создание денежного страхового фонда целевого назначения, формируемого за счет фиксированных взносов участников страхования; возвратность мобилизованных в страховой фонд платежей. Перераспределение ущерба может происходить как между разными территориальными единицами, так и во времени.

Страхование выполняет несколько функций. К функциям страхования относятся: формирование специализированного страхового фонда денежных средств; рисковая; возмещение ущерба и личное материальное обеспечение граждан; предупреждение страхового случая и минимизация ущерба.

Первая функция реализуется в системе запасных и резервных фондов, обеспечивающих стабильность страхования, гарантию выплат и возмещений. Эта функция несет в себе сберегательно-рисковое начало, что означает наличие уверенности и у страховщика и у страхователя в том, что в случае несчастного события или при завершении срока страхования страхователь получит денежное (материальное) возмещение. Рисковая функция раскрывает вероятностный характер нанесения ущерба в результате непредвиденных событий. Третья функция означает, что право на возмещение ущерба имеют только те физические и юридические лица, которые являются участниками формирования страхового фонда. Четвертая функция связана с риском страховщика, который он несет при осуществлении страхования. Именно этот риск побуждает страховщика активно участвовать в организации предупредительных мероприятий с целью снизить степень вероятности наступления страхового случая.

В девятнадцатом веке страховое дело вышло за рамки имущественно-денежных отношений и начало активно вторгаться в социальную сферу, что привело к появлению социального страхования, значительно более сложного и разнообразного явления, чем имущественное страхование, поскольку объектом страховой деятельности стали социальные стороны жизни людей, включая и саму жизнь.

class2 **РОЛЬ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**В ФИНАНСИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** class2

## Анализ основных источников финансирования здравоохранения

В современных условиях заболеваемость населения остается достаточно высокой, особенно детская заболеваемость, имеющая стойкую тенденцию к росту. Масштабное ухудшение здоровья населения может угрожать благосостоянию общества. Отсюда общегосударственная задача - обеспечение доступности медицинских услуг и их надлежащее качество. Именно это отражено в Концепции демографического развития, разработанной в целях повышения национальной безопасности. В ней предусмотрено, в первую очередь, развитие амбулаторно-поликлинической помощи, и в большей степени профилактического направления, а также организации семейной медицины. Первоочередное развитие недорогих медицинских услуг объясняется необходимостью эффективного использования ограниченного количества денежных ресурсов, при этом, финансируя дорогостоящую стационарную помощь, необходимо более рационально использовать коечный фонд больниц.

В стремлении к уменьшению затрат на медицинскую помощь важно не забывать, что здравоохранение не может обойтись без специализированной медицины и высоких медицинских технологий. Специализированная медицина должна находиться с первичной медицинской помощью в балансе, соответствующем текущим финансовым условиям в области охраны здоровья населения.

Известно, что в СССР действовал остаточный принцип финансирования здравоохранения, и медицинские услуги были бесплатны для населения. Но существовавший хронический недостаток денежных средств диктовал необходимость поиска дополнительных источников финансирования здравоохранения через коммерциализацию медицины. Возникают условия финансирования здравоохранения из нескольких разных источников.

class3 **НАПРАВЛЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

**ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**

**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕГИОНЕ** class3

## Совершенствование способов оплаты медицинской помощи

Определение оплаты фактических объемов медицинской помощи является исходной точкой любых экономических преобразований в здравоохранении, это особенно важно на начальном этапе реформ. Выбор формы оплаты медицинских услуг может оказывать значительное влияние на стоимость медицинских услуг. Международной ассоциацией социального обеспечения еще в 90-е годы отмечалась тенденция к снижению расходов на медицинскую помощь за счет использования подушевой оплаты.

Для четкого представления способов оплаты медицинской помощи рассмотрим их классификацию, в основе классификационного критерия которой выступает принцип возмещения расходов лечебного учреждения. Итак, выделяют:

1. Ретроспективные способы оплаты медицинской помощи: а) за фактическое число посещений (койко-дней); б) за фактическое количество простых услуг; в) за фактическое число законченных случаев;

2. Предварительные способы оплаты медицинской помощи: а) подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи; б) финансирование за согласованные объемы стационарной помощи [18].

В связи с предполагаемой прогрессивностью предварительного способа оплаты медицинской помощи, его классификацию рассмотрим более детально. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи можно представить в нескольких вариантах: подушевое финансирование на объем собственной деятельности поликлиник в расчете на прикрепившееся население; подушевое финансирование поликлиники на общий объем внебольничной помощи, включая те виды амбулаторно-поликлинических услуг, которые поликлиника не может предоставить сама и покупает их в других медицинских учреждениях; подушевое финансирование поликлиники с реализацией принципа фондодержания .при расчетах за внебольничную и стационарную помощь. Различают полное и частичное фондодержание, в зависимости от объема медицинской помощи, включаемого в подушевой норматив финансирования поликлиники.

Финансирование за согласованные объемы стационарной помощи можно подразделить в зависимости от стратегии перехода к нему: единовременный переход на способ финансирования за согласованные объемы стационарной помощи в пределах конкретной территории; переход на способ финансирования за согласованные объемы стационарной помощи только больниц с плановым характером деятельности.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, при оплате медицинских услуг в системе ОМС, в субъектах РФ используются различные сочетания из четырех способов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи и четырех способов оплаты стационарной помощи. Наиболее распространенными являются системы оплаты, в рамках которых ам-булаторно-поликлиническая помощь оплачивается по посещениям, законченным случаям или за отдельные услуги, а стационарная - по законченному случаю за пролеченного больного. Такие системы представлены в 44 территориях (в том числе в Республике Бурятия до 1997г.). На втором месте по распространенности стоят системы оплаты, в которых стационарная помощь оплачивается по количеству фактически проведенных пациентами койко-дней, а амбулатор-но-поликлиническая - по реестрам за законченные случаи, посещения или отдельные услуги. Они распространены в 27 территориях (в том числе в Республике Бурятия с 1997г. по 1999г.). Третьей по распространенности является система оплаты, при которой стационарные услуги оплачиваются по фактически проведенному количеству пациентами койко-дней, законченному случаю, а поликлинические - по подушевому нормативу. Такую систему используют 17 территорий (в том числе в Республике Бурятия с 1999г. по 2001г. и в настоящее время в Иркутской области). Остальные территории используют другие варианты оплаты и различные их сочетания.

Анализ способов оплаты "медицинской помощи указывает на необходимость дальнейшего совершенствования финансовых взаимоотношений страховщиков и лечебных учреждений, где важна региональная практика и учет опыта других регионов Российской Федерации. В этом отношении большой интерес представляют "Методические рекомендации по выбору и организации системы оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы ОМС", подготовленные группой экспертов в рамках российско-американского проекта законодательных инициатив Бостонского университета. Дальнейшее изучение этих рекомендаций и их практическая реализация продолжилась в Сибирском фонде организации и развития медицинского страхования (СибФОРМС) под руководством Исаковой Л.Е. (г. Кемерово). Здесь были выделены две главные задачи: первая - способствовать реструктуризации здравоохранения и эффективности использования средств ОМС, вторая - обеспечить предсказуемость затрат за счет обеспечения соответствия оплачиваемых объемов медицинской помощи финансовым ресурсам, запланированным программой государственных гарантий. Такой подход соответствовал программе государственных гарантий, нацеленной на структурные преобразования в отрасли и финансирование планируемых объемов медицинской помощи.

При способах ретроспективной оплаты ЛПУ самостоятельно определяли объемы оказываемой медицинской помощи. Страховщики оплачивали фактические объемы оказанной медицинской помощи, при этом ответственность за все финансовые риски, связанные с оплатой медицинской помощи, несла финансирующая сторона.