Дрошнев Вячеслав Васильевич. Теоретико-методологические основы совершенствования финансового механизма функционирования обязательного медицинского страхования в России : диссертация ... доктора экономических наук : 08.00.10.- Екатеринбург, 2005.- 351 с.: ил. РГБ ОД, 71 06-8/318

**Содержание к диссертации**

Введение

1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРО ВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 17

1.1. Содержание, принципы и функции страхования 17

1.2. Обязательное медицинское страхование как важнейший элемент системы обеспечения социальных гарантий населения 28

1.3. Методологические основы функционирования обязательного медицинского страхования на современном этапе в мире и России 40

2. ЭВОЛЮЦИЯ ИНСТИТУТА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ 51

2.1. Закономерности формирования основ института медицинского страхования населения в России 51

2.2. Особенности становления института обязательного медицинского страхования в России 58

2.3. Государственное регулирование развития института обязательного медицинского страхования в России на современном этапе 73

3. СОВРЕМЕННЫЙ ФИНАНСОВЫЙ МЕХАНИЗМ ФУНКЦИОНИРО ВАНИЯ ИНСТИТУТА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 97

3.1. Направления совершенствования финансового механизма взаимодействия участников и организационной структуры института обязательного медицинского страхования 97

3.2. Эффективность финансовой деятельности участников института обязательного медицинского страхования 120

3.3. Институт обязательного медицинского страхования как важный источник финансирования здравоохранения 13 8

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВ НОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 154

4.1. Организация мониторинга как информационной основы функционирования обязательного медицинского страхования 154

4.2. Методические положения оценки результатов реализации страховых рисков в условиях обязательного медицинского страхования 186

4.3. Методический подход к управлению страховыми рисками и объемом наносимого страховыми случаями ущерба 206

5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИНСТИТУТА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ 227

5.1. Осуществление прогнозирования страховых случаев и экономического ущерба 227

5.2. Обязательное медицинское страхование как основа обеспечения государственных гарантий граждан на охрану здоровья 238

5.3. Приоритеты и стратегия развития института обязательного медицинского страхования 261 ЗАКЛЮЧЕНИЕ 281 СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 288 ПРИЛОЖЕНИЯ 315

**Введение к работе**

Актуальность темы диссертационного исследования

В настоящее время система обязательного медицинского страхования используется в большинстве развитых стран, и ее основы, формы организации и финансовые механизмы достаточно хорошо разработаны, но при всем своем теоретическом единстве отличаются широким разнообразием практического применения. Тенденции создания и трансформации принципов и методов организации и осуществления обязательного медицинского страхования зависят от первоочередности решаемых финансовых, социальных или экономических проблем, присущих различным стадиям общественного развития. Обязательное медицинское страхование является элементом финансовой системы страны и представляет собой совокупность финансовых отношений участников, направленных на перераспределение национального дохода для компенсации ущерба от действия социальных рисков в виде предоставления качественных медицинских услуг. Уровень развитости финансовых институтов страны определяет систему организации обязательного медицинского страхования, выбор формы, статуса, путей и условий взаимодействия участников системы страхования. Также значительную роль в выборе способа функционирования обязательного медицинского страхования играет сложившаяся система здравоохранения, которая является единственным производителем медицинских услуг. Современные ученые и политики пытаются научно обосновать и решить на практике задачу паритета между развитием экономики и системы социальной защиты населения страны, т.е. оптимизации социальной нагрузки на экономику страны с использованием обязательного медицинского страхования.

В период начала рыночных реформ в России резко проявился кризис бюджетного здравоохранения, выражающийся в дефицитности финансирования, высокой затратности функционирования, неэффективности существующих форм медицинского обслуживания населения, в низком качестве медицинской помощи. В это же время наблюдался кризис здоровья населения, проявляющийся в естественной убыли и старении населения, увеличении нагрузки на ра-

**5**ботающее население со стороны неработающих жителей старших возрастов, в росте уровня не инфекционной заболеваемости.

Государственное здравоохранение не обеспечивало предоставление социальных гарантий гражданам на охрану здоровья, что обусловило поиск альтернативного бюджетному источника финансирования здравоохранения и создание механизма повышения качества медицинского обслуживания населения на основе перехода в 1991 году к системе обязательного медицинского страхования.

При возрождении системы обязательного медицинского страхования в России использовался опыт как зарубежных стран, так и собственный исторический опыт, но шаблонное его применение не дало желаемого результата и привело к формированию нескольких моделей функционирования системы.

Проблема состоит в том, чтобы создать в России единую, общенациональную систему обязательного медицинского страхования, во-первых, отвечающую особенностям национальной экономики и общественного сознания; во-вторых, учитывающую неблагоприятные медико-демографические процессы; в-третьих, мобильно адаптирующуюся к уменьшению объема финансирования в результате снижения доли работающего населения; в-четвертых, успешно противостоящей явному сопротивлению реформам со стороны сложившихся организационно-управленческих структур и отдельных групп населения; в-пятых, обеспечивающую высокие медицинские и экономические результаты деятельности медицинских учреждений; в-шестых, определяющую повышение качества медицинского обслуживания застрахованного населения.

С введением обязательного медицинского страхования вопросы обеспечения социальных гарантий граждан на охрану своего здоровья получили новый импульс и приобрели иной качественный уровень. Требуют дополнительного анализа вопросы финансирования, экономического роста и структурного преобразования государственной системы здравоохранения в условиях внедрения, становления и развития обязательного медицинского страхования. Возросла потребность в критическом изучении и анализе сложившейся практики реализации тенденций функционирования системы обязательного медицинского страхования граждан, в использовании соответствующих научно обоснованных

**б**подходов и в принятии конкретных практических решений в сфере совершенствования и адаптации данной системы к современным социально-экономическим условиям. Совокупность этих нерешенных проблем, недостаточно изученных российскими исследователями, их большое практическое и теоретическое значение для развития обязательного медицинского страхования и преобразования здравоохранения подтверждают актуальность темы диссертации, определяют выбор объекта, предмета, цели и задач исследования.

Степень разработанности проблемы исследования.

Большой вклад в разработку теории и методологии экономических исследований, посвященных вопросам реформирования и развития медицинского и социального страхования, внесли представители зарубежных экономических школ и направлений: Г. Аарон, А.Б. Аткинсон, Е.Д. Берковиц, У. Беверидж, Т. Катлер, К.Е. Кларк, Л.Д. Макклементс, Т.Г. Маршалл, И. Такаги, И. Хирои и другие. Глубокая проработка данных вопросов представлена в документах Международной организации труда и Европейского Сообщества. Однако "вечными" вопросами методологии и сегодня остаются определение критериев истинности суждений; обоснование субъекта экономической деятельности; учет национально-культурных особенностей конкретных стран и др. В связи с этим автор обращается к историческому опыту России создания системы обязательного медицинского страхования, используя в совокупности исторический и логический подходы при определении современных тенденций развития системы.

Особый вклад в развитие теории, методологии и практики создания и становления национальной системы обязательного медицинского и социального страхования на рубеже XIX - XX веков внесли российские ученые: А.К. Быков, Н.А. Вигдорчик, А. Вишневский, К.Г. Воблый, Л.В. Забелин, Е. Максимов, А.В. Погожев, Я.Р. Эмдин, В.Г. Яроцкий и другие. Данные авторы в своих работах дали теоретическое обоснование реформирования института медицинского и социального страхования работающего населения и определили пути его дальнейшего развития в соответствии со сложившимися в стране социально-экономическими и политическими условиями. Н.А. Вигдорчик одним из первых теоретически обосновал и сформулировал методологические основы преобразования фабричной медицины в страховую медицину и создания боль-

**7**ничных (страховых) касс. Анализируя результаты развития страховых касс, Н.А. Вигдорчик доказал опережающее развитие к 1927 году российской системы социального и медицинского страхования по отношению к развитым зарубежным странам. Эти исследования послужили автору основой для выделения этапов эволюции отечественной системы медицинского страхования.

А.К. Быков и А. Вишневский показали необходимость осуществления государственного регулирования деятельности всех элементов системы медицинского и социального страхования посредством принятия соответствующих законодательных актов и создания органа контроля за страховой деятельностью. Это позволило автору обосновать применение государственного регулирования на современном этапе. Отмечаемые В.В. Гришиным, В.Ю. Семеновым, A.M. Тарановым и другими учеными многообразия территориальных моделей структур, финансового и функционального взаимодействия элементов системы обязательного медицинского страхования в России в настоящий момент легли в основу обоснования автором необходимости исполнения законов на всех уровнях для достижения высоких результатов деятельности данной системы.

Отечественные ученые в области страхования Т.А. Федорова, Е.М. Цали-хова, СЮ. Янова и другие раскрыли эволюцию социального страхования в России, дали теоретико-методологическое обоснование и показали, что медицинское страхование, во-первых, являлось до 1929 года неотъемлемой составной частью социального страхования; во-вторых, обеспечивало предоставление медицинских услуг застрахованному населению; в-третьих, обуславливало оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями различных форм собственности и ведомственной принадлежности. В трудах отечественных историков медицины Заблудовского П.Е. и Мультановского М.П. показано зарождение и становление медицинских учреждений - больниц и всей системы здравоохранения России в рамках церковного призрения. Это позволило сделать автору вывод об определяющем значении медицинского страхования как важного, а порой и единственного финансового источника и органа управления медицинскими учреждениями.

Проблемы формирования организационной структуры, функционального взаимодействия, финансового обеспечения субъектов системы обязательного

**8**медицинского страхования в период ее введения и становления широко представлены в работах В.И. Стародубова, В.В. Гришина, В.Ю. Семенова и A.M. Таранова. Данные ученые обосновали основную роль системы обязательного медицинского страхования лишь как дополнительного источника финансирования здравоохранения и показали действующие варианты финансового механизма функционирования обязательного медицинского страхования. А.В. Решетников, Т.А. Федорова, Е.М. Цалихова и СЮ. Янова в своих научных трудах доказывали, что медицинское страхование является элементом социального страхования и всей системы социальной защиты населения, направленной на обеспечение охраны здоровья и предоставление государственных социальных гарантий застрахованному населению в виде оказания качественной медицинской помощи. На основании обобщения данных публикаций автором разработаны теоретико-методологические положения по государственному регулированию единого для страны финансового механизма функционирования системы обязательного медицинского страхования. А также автором сделано уточнение понятий: «обязательное медицинское страхование» и «участники системы обязательного медицинского страхования».

С введением системы обязательного медицинского страхования проблемы экономики и финансирования здравоохранения, являющегося единственным производителем медицинских (страховых) услуг и важнейшим субъектом системы, стали предметом активного экономического анализа в России. Это не случайно, так как реально стали формироваться и действовать многоканальные источники финансирования медицины, а медицинская услуга стала предметом товарно-денежных отношений (В.В. Гришин, В.Ю. Семенов, A.M. Таранов. О.П. Щепин и СЮ. Янова). При этом современные тенденции трансформации системы обязательного медицинского страхования и механизм ее влияния на преобразование здравоохранения не нашли значительного отражения в научных работах.

Оценка экономических затрат общества, предприятия и индивидуума при возникновении заболеваемости, инвалидности или наступлении преждевременной смертности посвящены работы В.З. Кучеренко, Л.Е. Полякова, О.П. Щепи-на, В.П. Корчагина, Н.А. Кучерина и других ученых. Кроме того, вопросы це-

**9**нообразования на медицинские услуги и определения экономической эффективности деятельности медицинских учреждений и медицинского персонала в условиях обязательного медицинского страхования рассматриваются Б.А. Рай-збергом, И.М. Шейманом, С. В. Шишкиной, Г.А. Поповым и другими. Данные исследования позволили автору разработать: во-первых, многокритериальную классификацию затрат и доходов участников системы обязательного медицинского страхования; во-вторых, методический подход к комплексному анализу результатов финансового взаимодействия участников системы.

Проблемам народонаселения и факторам, влияющим на воспроизводство населения, посвящены работы A.M. Меркова, М.С. Беднова, Ю.П. Лисицына, О.П. Щепина и других, в которых значительная роль по поддержанию высокого уровня общественного и индивидуального здоровья отводилась системе здравоохранения. Теоретические и методологические основы медицинской статистики были заложены A.M. Мерковым и М.С. Бедным, расширены Ю.П. Лисицыным, предложены к использованию в обязательном медицинском страховании В.В. Гришиным и A.M. Тарановым. Основываясь на данных исследованиях, автор, во-первых, дал уточнение понятий «страховой риск в обязательном медицинском страховании» и «страховой случай в обязательном медицинском страховании»; во-вторых, разработал методологические подходы осуществления медико-страхового мониторинга; в-третьих, дал определение понятия «персонифицированный учет застрахованных лиц, страховых случаев и экономического ущерба»; в-четвертых, сформулировал и предложил к применению методику организации и проведения персонифицированного учета застрахованных лиц, страховых случаев и экономического ущерба в системе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, все вышесказанное позволяет нам сделать вывод, что по многим актуальным вопросам как разработки теории развития системы обязательного медицинского страхования и ее влияния на преобразование медицинской отрасли, так и практической реализации ее отдельных положений сегодня не существует однозначного мнения. Это наглядно свидетельствует о сложности происходящих в современной экономике и социальном страховании про-

**10**цессов и необходимости поиска новых подходов к их анализу, что и обусловило выбор темы настоящего диссертационного исследования.

Объектом исследования является отечественная система обязательного медицинского страхования в период ее становления.

Предметом исследования являются финансовые отношения, возникающие в процессе производства, распределения, потребления страховых услуг между участниками системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Цель диссертационного исследования состоит в совершенствовании теоретических основ, методологических подходов и методического обеспечения осуществления финансового взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

При реализации поставленной цели решались следующие задачи:

определить этапы эволюции, тенденции трансформации системы обязательного медицинского страхования в России от зарождения до современного уровня развития и особенности формирования специфического рынка финансовых ресурсов, используемого для обеспечения медицинских услуг;

разработать теоретико-методологические подходы к осуществлению эффективного государственного регулирования развития и уточнить отдельные основные понятия системы обязательного медицинского страхования;

предложить методологические подходы по осуществлению персонифицированного мониторинга застрахованных лиц, страховых случаев и экономического ущерба на основе формируемой информационной базы страховщика в условиях обязательного медицинского страхования, дать определение данного понятия и уточнить возможности его проведения для разработки комплекса мероприятий по снижению уровня страховых случаев и объема наносимого ими экономического ущерба;

разработать методику комплексной оценки соответствия спроса предложению и прогнозированию востребованности застрахованным населением различных видов медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования и предложить стратегические направления соответствующего преобразования здравоохранения;

- сформировать основные направления совершенствования финансового взаимодействия всех участников системы обязательного медицинского страхования, оптимизации ресурсов и создания резервов повышения эффективности деятельности системы, обосновать методический подход к всесторонней оценке, разработать классификацию финансовых результатов деятельности участников системы, предложить модель функционирования системы в будущем.

Теоретической и методологической базой исследования являются методология системного познания и преобразования социально-экономических систем, общая теория систем, современная теория организации, управления, концепции синергетики и базирующиеся на них методологические подходы, фундаментальные труды ведущих отечественных и зарубежных авторов по исследуемой проблеме.

Методы исследования. В диссертационном исследовании применялись методы системного, факторного и сравнительного анализа, качественной и количественной характеристики рассматриваемых явлений, экономического моделирования и прогнозирования, статистической обработки эмпирических данных, графической интерпретации исследуемых процессов.

Информационную базу исследования составили: законы РФ, указы Президента РФ, постановления Правительства РФ и нормативно-инструктивные документы Министерства финансов РФ, Федеральной налоговой службы, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, законы Оренбургской области; данные статистических отчетов и справочников, материалы периодической печати и оперативная информация.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

1. Определены этапы эволюции, закономерности формирования, становления и развития системы обязательного медицинского страхования в России. Доказано, что обязательное медицинское страхование прошло путь от системообразующего компонента медицины в начале XX века до сегмента национальной финансовой системы, формирующего специфический рынок финансовых ресурсов и связанных с ним медицинских услуг в середине 90-х годов XX века (п. 6.1. сп. 08.00.10).

1. Сформулированы теоретико-методологические положения по государственному регулированию формирования и совершенствования системы обязательного медицинского страхования в России, включая: подходы, принципы и условия сбалансированного сочетания административных и экономических методов эффективного управления системой медицинского страхования, учитывающих особенности поведения участников системы. Уточнен понятийно-категориальный аппарат, в том числе понятия: «обязательное медицинское страхование», «участники системы обязательного медицинского страхования», «страховой риск в обязательном медицинском страховании», «страховой случай в обязательном медицинском страховании», отражающие, с одной стороны, страховую, с другой - финансовую составляющую (п. 6.3. сп. 08.00.10).
2. Разработаны основные принципы организации и совершенствованию системы медико-страхового мониторинга, опирающегося на информационную базу страховщика, которая включает обширные, многокомпонентные статистические, финансово-экономические и медицинские данные о закономерностях потребления застрахованными лицами страховых услуг. Это позволило предложить и обосновать авторское определение понятия «персонифицированный мониторинг застрахованных лиц, страховых случаев (здоровья) и экономического ущерба» и разработать методику его осуществления. В отличие от существующих предлагается унифицированный и персонифицированный подход к определению страховых рисков на уровне индивидуума с учетом доминирующих факторов воздействия, позволивший разработать и реализовать индивидуальные мероприятия по предупреждению возникновения страховых случаев и минимизации наносимого ими экономического ущерба (п. 6.2. сп. 08.00.10).
3. Предложена методика прогнозирования востребованности населением различных страховых услуг обязательного медицинского страхования на основе комплексной оценки соответствия предложения медицинских услуг спросу отдельных категорий застрахованного населения с целью обеспечения эффективного развития здравоохранения как производителя медицинских услуг. Авторский подход опирается на применение экономико-математической модели процессов Маркова, что позволяет объективно оценить частоту, вид, объем, структуру страховых случаев и результаты деятельности медицинского учреж-

13 дения. В то же время метод процессов Маркова позволяет достоверно определить возможные затраты на медицинское обслуживание отдельных групп застрахованных лиц, выработать оптимальную стратегию преобразования здравоохранения как базового участника системы обязательного медицинского страхования, обеспечивающего предоставление медицинских услуг (п. 6.2. сп. 08.00.10).

5. Обоснованы направления дальнейшего совершенствования финансового механизма взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования, базирующиеся, во-первых, на авторском, апробированном на практике методическом подходе параллельной оценки результатов функционирования и, во-вторых, на авторской многокритериальной классификации затрат и доходов участников системы. Достижение совершенствования финансового механизма взаимодействия участников системы достигается посредством оптимизации использования ресурсов и мобилизации имеющихся резервов, изменения приоритетов деятельности каждого из участника системы, трансформации способов, методов, форм, тактики, технологии и стоимости медицинского обслуживания застрахованного населения и повышением ответственности медицинских учреждений перед населением за оказание качественных медицинских услуг. Разработана аналитическая модель функционирования системы обязательного медицинского страхования, отражающая его двойственную природу и включающая цели, задачи, принципы организации, формы и механизмы финансирования, структуру управления и способы взаимодействия участников (п. 6.4. сп. 08.00.10).

Практическая значимость проведенного исследования состоит в возможности применения полученных результатов и рекомендаций для повышения эффективности финансового взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на федеральном и региональном уровнях.

Выполненные в диссертации теоретические, методологические и практические разработки позволяют сформировать стратегию совершенствования финансового механизма функционирования системы обязательного медицинского страхования, выявлять и рационально использовать имеющиеся ресурсы и ре-

**14**зервы повышения эффективности деятельности, изменять приоритеты и трансформировать способы деятельности участников системы.

Результаты исследования могут быть рекомендованы к использованию:

органам законодательной власти и органам государственного управления при формировании концепции социально-экономического развития региона, создании единой для страны финансовой, структурной и функциональной модели системы обязательного медицинского страхования, осуществлении медико-страхового и социально-экономического мониторинга;

территориальным фондам обязательного медицинского страхования при формировании стратегии совершенствования системы обязательного медицинского страхования, обеспечении финансовой устойчивости системы и объема поступления страховых средств, достаточных для финансового наполнения системы, моделировании и прогнозировании потребности застрахованного населения в медицинских услугах;

страховым медицинским организациям при моделировании и прогнозировании соответствия спроса и предложения медицинских услуг на страховом рынке региона, при разработке тактики управления страховыми рисками и формировании программ предупреждения возникновения страховых случаев и уменьшения объема наносимого ими экономического ущерба;

медицинским учреждениям при разработке стратегии собственного преобразования, обеспечивающего удовлетворение спроса населения, повышение конкурентоспособности, рентабельности своей деятельности и улучшение качества предоставляемых медицинских услуг;

учреждениям науки при проведении научных исследований, направленных на повышение эффективности медицинского и социального страхования граждан, на осуществление медико-социального мониторинга и на прогнозирование уровня спроса и предложения медицинских услуг;

учреждениям образования при преподавании учебных дисциплин «Теория страхования», «Страхование», «Медицинское страхование», «Личное страхование» и «Социальное страхование» по специальности «Финансы и кредит» специализации «Страхование».

**15**Апробация результатов исследования. Основные результаты диссертационной работы докладывались и обсуждались более чем на двадцати международных, всероссийских и межрегиональных конференциях в городах: Москва, Екатеринбург, Оренбург, Курск, Казань и Рязань.

Автор участвовал в работе следующих конференций:

Международного научного форума "Фарминдустрия - 99" (Москва, Экспо-центр, 1999);

Международной научной конференции «Проблемы менеджмента и рынка» (Оренбург, ОГУ, 2000, 2003,2004);

Международной научно-практической конференции «Формирование конкурентоспособности региона» (Оренбург, ОГУ, 2003);

Всероссийской научно-практической конференции «Страхование в условиях формирования рыночных отношений» (Екатеринбург, УрГЭУ, 1999, 2000,2001,2002,2004);

Всероссийской научно-практической конференции «Социокультурная динамика региона. Наука. Культура. Образование» (Оренбург, ОГУ, 2000);

Всероссийской научной конференции Всероссийского научного страхового общества «Этика страхового дела» (Курск, Курский гос.пед.ун-т, 2001);

Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы подготовки кадров для развития экономики Оренбуржья» (Оренбург, ОГУ, 2002).

Прикладные результаты исследования были внедрены в учреждениях и организациях: в администрации Оренбургской области, Оренбургском государственном университете, Оренбургском областном фонде обязательного медицинского страхования, бюро медико-социальной экспертизы г. Оренбурга № 2 главного управления социальной защиты населения администрации Оренбургской области, администрации города Оренбурга, управлении здравоохранения администрации города Оренбурга, ЗАО «Муниципальная медицинская страховая компания», муниципальной центральной детской клинической больнице г. Оренбурга, областном госпитале для ветеранов войн, ООО «Страховая медицинская компания «АСКО-СТРОЙМЕД», филиале ООО ««Росгосстрах Поволжья» «Управление по Оренбургской области»», Оренбургском филиале ООО

страховой акционерной компании «Энергогарант», Оренбургском филиале ОАО «Российское страховое народное общество», Оренбургском филиале ОАО «Газпроммедстрах» страховой группы «СОГАЗ».

Результаты исследований автора использовались:

-департаментом по вопросам экономики администрации Оренбургской области при разработке «Концепции социально-экономического развития Оренбургской области до 2010 года» (№ 18/05 - 03/725 от 4.05.2001 г.);

-администрацией города Оренбурга при разработке «Концепции социально-экономического развития города Оренбурга до 2006 года» (№1 - 5/102 от 2.04.2004 г.);

-в учебном процессе при преподавании курсов «Теория страхования», «Страхование», «Медицинское страхование», «Личное страхование» и «Социальное страхование» на кафедре страхования финансово-экономического факультета ГОУ «Оренбургский государственный университет».

Отдельные результаты диссертационного исследования автора были опубликованы в виде монографий: Дрошнев В.В. Роль обязательного медицинского страхования в развитии региональной системы здравоохранения: финансово-экономические аспекты. - Оренбург: ОГУ, 2002. - 10,5 п.л.; Дрошнев В.В. История и современное состояние обязательного медицинского страхования в России. - Оренбург: ИПК ОГУ, 2003. - 12 п.л.; Дрошнев В.В. Реформирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. - Екатеринбург: Изд-во УрГЭУ, 2004. - 12,4 п.л.; и учебного пособия: Дрошнев В.В, Обязательное медицинское страхование в России. - М.: «Анкил», 2004. - 10 п.л.

Внедрение результатов диссертационного исследования подтверждено соответствующими документами.

## Содержание, принципы и функции страхования

Страхование принадлежит к числу наиболее старых и устойчивых форм обеспечения социальной и хозяйственной жизни населения, уходящих корнями в далекую историю. По своей сути страхование представляет собой создание целевых фондов денежных средств, предназначенных для защиты имущественных интересов населения в социальной, частной и хозяйственной жизни от стихийных бедствий и других непредвиденных, случайных по своей природе чрезвычайных событий, сопровождающихся ущербами.

Целевые фонды денежных средств формируются посредством создания фондов страховых организаций, фондов самострахования, государственных, в т.ч. внебюджетных страховых фондов.

Страхование с участием в денежных фондах страховых организаций представляет собой самый надежный способ компенсации страховых ущербов.

Исторически сложились два направления страховой деятельности:

- страхование физических и юридических лиц, осуществляемое страховыми организациями на договорной основе с целью удовлетворения потребности клиента в конкретных страховых услугах;

- государственное социальное страхование отдельных категорий граждан, направленное на социальное выравнивание и обеспечение минимума благосостояния /96; 223; 244/.

Страхование относится к особой сфере финансовой деятельности, является важным звеном финансовой системы страны и имеет экономическую сущность, которой соответствуют следующие категории: финансовая, экономическая, кредитная. При этом экономическая сущность страхования постоянна, а экономическое содержание — изменчиво и предопределяется общественно-экономической формацией общества и типом государства: монархическое, авторитарное, демократическое и т.п. /118; 274/. Рассматривая страхование как финансовую категорию, необходимо остановиться на характеристике финансов. Финансы представляют собой объективно обусловленный инструмент стоимостного распределения. Их общественное назначение заключается в распределении и перераспределении стоимости валового продукта, выраженной в денежной форме, между разными субъектами хозяйствования и направлениями целевого использования. Реализуется это назначение с помощью распределительной функции финансов. С помощью этой функции осуществляется возмещение стоимости потребленных средств производства и образование доходов в различных формах; формируются фонды целевого назначения, ресурсы для содержания и развития непроизводственной сферы, происходит внутриотраслевое, межотраслевое и межтерриториальное перераспределение национального дохода; создаются бюджетные резервы, страховые фонды и внебюджетные фонды, используемые для устранения и предупреждения возможных диспропорций на отдельных участках хозяйственного строительства и т.д. /118; 274/.

Однако если финансы в целом связаны с распределением и перераспределением доходов и накоплений, то для страхования, которое является составной частью финансов, характерны только те экономические отношения, которые связаны с перераспределением доходов и накоплений для возмещения материальных и иных потерь в результате наступления чрезвычайных событий (страховых случаев). Тем самым страхование связано с вероятностным движением денежной формы стоимости и является видом финансовых услуг, производимых и продаваемых страховыми организациями.

Финансовые услуги характеризуются следующими признаками:

- наличие рискового сообщества;

- страхование только определенных рисков, ущерб от наступления которых подлежит денежной оценке;

- осуществление страховой выплаты только при условии наступления страхового случая.

## Закономерности формирования основ института медицинского страхования населения в России

Медицинское страхование базируется на обеспечении предоставления медицинских услуг застрахованному населению за счет их оплаты из страхового фонда или компенсации пациенту затрат на медицинское обслуживание.

Следует остановиться на выявлении закономерностей зарождении и развития института обязательного медицинского страхования в России.

До X века на Руси медицинскую помощь различным слоям населения оказывали только «знахари» и «ведуны» в рамках народной медицины за плату.

Бедственное положение неимущих и бездомных людей способствовало законодательному введению (Церковный Устав 996 года, утвержденный «Указом великого князя Владимира Святославовича») в Киевской Руси обязанности князей, бояр и духовенства осуществлять попечительство - призрение бедных, надзор за лечцами (медиками), строить и содержать больницы и богадельни, принимать людей странных и неимущих /70; 183/. В. Даль дает следующее определение данному термину: «призревать, призреть - это принять, приютить, пристроить, дать приют и пропитание, взять под покров свой и заботиться нуждами ближнего» /116/. На эти цели церковь и имущие слои населения должны были выделять «десятину», т.е. 1/10 часть всех своих доходов. «От всего княжа сюда десятую векцию, из торгу десятую неделю, а из домов на всяко лето от всякого стада и от всякого жита» /154; 196/.

Принятое государством направление на развитие монастырского призрения также находит свое отражение в «Изборнике Святослава» (XI век).

Тем самым была законодательно регламентирована система обязательного церковного и государственного призрения. Регламентировались следующие параметры системы: обязательность реализации, источники средств (церковь и имущие слои населения) и объем финансирования (1/10 часть всех доходов), получатели помощи (неимущие, бездомные, больные и увечные), способы предоставления социальной (приют, пропитание и содержание) и медицинской (содержание и лечение) помощи.

Особо следует отметить, что данная система послужила основой создания первых в стране медицинских структур - больниц, которые в дальнейшем стали основой формирования медицинской отрасли, т.е. закладывался примитивный институт обязательного медицинского страхования, в котором финансовая составляющая доминировала и определяла развитие медицинской составляющей. При этом закладываются институциональные принципы: государственного регулирования системы и солидарности платежей церкви и бояр.

Для данного института характерны своя структура (богадельни и больницы), финансовый механизм (финансирование организации и функционирования больниц и богаделен в рамках имеющихся средств), децентрализованная система управления (монастыри и городские посады).

Развитие ремесел в Киевской Руси X - XYI веков определило на основе зародившейся в веках народной медицины формирование профессионально-ремесленной медицины и врачебных специализаций /154; 166/; 228/.

Лишь начиная с 1701 года, осуществляются постоянных государственных расходов через Монастырский приказ на содержание больниц, богаделен и выплату «вспомоществования женам, вдовам и детям служилых людей», а также на оплату содержания врачей, находящихся на государственной службе /238/.

Только в конце XYII века вводится единое управление Монастырским приказом системой призрения, а в дальнейшем - Правительствующим сенатом.

Петр І в начале XYIII века осуществляет преобразование медицинского дела в России, совершенствуется организации медицинского обслуживания работников фабрик и заводов, расположенных в местах, удаленных от административных и культурных центров страны /150; 183/. В Москве и Петербурге открываются в 1763 - 1771 годах воспитательные дома с родовспомогательными заведениями, служившими также для подготовки повивальных бабок /171; 197/.

## Направления совершенствования финансового механизма взаимодействия участников и организационной структуры института обязательного медицинского страхования

В статье 41 Конституции РФ определено право граждан Российской Федерации на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, оказываемую в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств бюджетов всех уровней, страховых взносов и других поступлений.

В Гражданском кодексе РФ (ст. 969) предусматривается возможность обязательного государственного страхования здоровья, жизни, имущества государственных служащих определенных категорий, а в параграфе 2 главы 59 отмечается обязанность по возмещению вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина 111.

В статье 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан предусмотрено обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Перед здравоохранением встала задача большой сложности и масштаба по проведению комплексной реформы, в основе которой лежит переход от государственного советского бюджетного здравоохранения к системе медицинского страхования - страховой медицине /242/.

С экономической точки зрения, переход от чисто бюджетной медицины к медицинскому страхованию представляет собой важный и сложный шаг. Этот шаг не означает переход от бесплатной к платной медицине. Бесплатной медицины не существует как таковой вообще, она может казаться бесплатной конкретному пациенту, если за него расплачивается другой субъект, например, государство или предприятие. Платной медициной следует именовать такую систему организации здравоохранения, которая основана на принципе возмездности, и за любую медицинскую услугу пациент расплачивается за счет собственных средств в полном объеме непосредственно после оказания ему этой услуги. Страховая медицина основана на принципе солидарности: когда все участники страхового сообщества осуществляют внесение в единый страховой фонд страховых взносов, а часть из них используют данные средства.

Медицинское страхование - это новые экономические отношения в здравоохранении в условиях рынка, направленные на создание такой системы охраны здоровья населения, которая реально гарантировала бы всем жителям Российской Федерации свободно доступную, квалифицированную, бесплатную медицинскую помощь независимо от их социального положения и уровня доходов.

Согласно статьи 1 Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, а цель медицинского страхования - гаран- тировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия, а также повысить заинтересованность страхователя и застрахованного в повышении уровня здоровья 121.

Обязательное медицинское страхование (ОМС), по нашему мнению, - это самостоятельная часть социального страхования и подчиненный элемент национальной финансовой системы, представляющей собой совокупность организационно-функциональных и финансовых отношений участников, регламентируемых законом, деятельность которой направлена на перераспределение национального дохода посредством формирования страхового фонда за счет специального налога и последующего его использования на предупреждение возникновения страховых случаев и на компенсацию ущерба от действия социальных рисков в виде предоставления качественных медицинских услуг, включенных в программу обязательного медицинского страхования.

## Организация мониторинга как информационной основы функционирования обязательного медицинского страхования

Введение обязательного медицинского страхования вывело на передний план экономические параметры оценки состояния болезни или здоровья и определения размеров затрат на лечение и поддержание здоровья самого застрахованного, предприятия, медицинского учреждения и всего общества.

Человек в процессе своей жизнедеятельности постоянно находится в одном из состояний: «здоровье» или «болезнь». Переход из состояния «здоров» в состояние «болен» происходит порой незаметно, через ряд пограничных состояний, которые определяются лишь с использованием специальных диагностических тестов, но не позволяют избежать человеку состояния болезни.

Абу Али Ибн Сина -Авиценна, философ и медик X века, в концепции об индивидуальном здоровье высказал идею о наличии множества переходных состояний между здоровьем и болезнью /151/. Содержание понятий «здоровье» и «болезнь» претерпевало значительные изменения и обуславливалось социально-экономическим, политическим развитием общества и достижениями науки.

Выделяются понятия индивидуального и общественного здоровья.

Определение «индивидуальное здоровье» или «здоровье индивидуума» только в предыдущем XX столетии претерпевало неоднократно изменение в зависимости от первостепенности выдвигаемых авторами биологических, социально-экономических, психологических, генетических, морфофизиологических, этических, национально-этнических, экологических или других параметров.

Развитие концептуальных подходов к оценке индивидуального здоровья, как одного из важнейших параметров качества жизни человека, привело в середине 60-х годов XX столетия к созданию концепции и последующей выработке метода оценки «ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности». В 90-х годах прошлого столетия появился новый подход, основанный на понятии глобального бремени болезней и на разработке разнообразных методов получения количественных оценок данного показателя для различных стран с учетом разнообразных причин заболеваемости и смертности населения.

Можно дать следующую характеристику понятия индивидуального здоровья: здоровье - это состояние гомеостаза внутренней среды человеческого организма, определяющее комфортное состояние и приятные ощущения человека, характеризующее гармонизацию функционирования его органов и систем с воздействием экологических, климатогеографических, производственно-профессиональных, социально-бытовых, наследственно-генетических, морфо-физиологических, психологических и других -факторов внутренней биологической и окружающей природной и социальной среды, обуславливающее отсутствие сформированных причин обращения за медицинской помощью по поводу лечения отклонения или заболевания, не ведущих к наступлению инвалидности или преждевременной смерти.

Общественное здоровье в интегрированном виде отражает состояние индивидуального здоровья лиц, объединенных в социум, т.е., с одной стороны, характеризует вероятность достижения хорошего уровня индивидуального здоровья каждым человеком и высокого уровня творческой работоспособности в течение максимального периода индивидуальной жизни и, с другой стороны, характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма, возможность поддержания равновесия между всеми факторами /94/.

М.С. Бедный пишет, что понятие «общественного здоровья можно определить как совокупность статистических показателей, характеризующих процесс воспроизводства здоровья поколений на основе взаимодействия условий среды и биологических закономерностей, присущих человеку, т. е. речь идет о динамичных, требующих учета тенденциях демографических и медико-социальных факторов и их взаимосвязи с быстро изменяющимися социально-экономическими условиями жизни» /78; 80; 82; 84; 85/.

Состояние общественного здоровья - это не только и не столько результат работы службы здравоохранения, сколько показатель успешности функционирования всего государства и всех здравоохранных служб /162; 284/.

## Осуществление прогнозирования страховых случаев и экономического ущерба

Важной задачей оптимизации развития института обязательного медицинского страхования является создание действенной системы мониторинга достигнутых результатов и использование ее для реалистического прогнозирования дальнейшего развития с учетом изменения значимых факторов.

Учитывая многофункциональную структуру института обязательного медицинского страхования, прогнозирование должно затрагивать как финансовую часть (объем поступления средств в систему обязательного медицинского страхования и объем, направления и способы их использования), так и страховую (уровень, частоту и структуру страховых случаев) и медицинскую часть, (вид, объем и структуру предоставляемых медицинских услуг).

Данный прогноз строится на основе персонифицированного мониторинга застрахованного населения, т.е. за счет изменения возрастной структуры населения рассчитывается изменения числа лиц, неработающих и занятых в экономике, а это в свою очередь определяет источник (средства предприятий, организаций и учреждений или государственный бюджет) и объем страховых платежей (определяемый фондом оплаты труда или возможностями государственного бюджета), а также уровень и частоту страховых случаев, зависящих как от уровня заболеваемости и воздействующих на заболеваемость факторов, так и от доступности и возможности предоставления медицинскими учреждениями соответствующих медицинских услуг, также и от объема и стоимости медицинских услуг, включенных в программу обязательного медицинского страхования и являющихся государством гарантированным социальным стандартом /124; 125/.

Определяющим фактором в удовлетворении спроса застрахованного населения на медицинские услуги является как объем, так и способы финансирования здравоохранения из средств обязательного медицинского страхования.

Стратегия развития всех участников института обязательного медицинского страхования должна строится на долгосрочном прогнозе, учитывающем весь комплекс факторов, определяющих функционирование системы.

Важной задачей, стоящей перед страховщиком, осуществляющим обязательное медицинское страхование, является разработка и реализация отдельных мероприятий в рамках участников системы, направленных на оптимизацию деятельности медицинского учреждения и повышения уровня здоровья застрахованного населения с целью снижения частоты возникновения страховых случаев и уменьшение размера наносимого ими ущерба.

Одной из характерных особенностей работы страховщика, осуществляющего обязательное медицинское страхование на конкретной административной территории, является владение уникальной, постоянно пополняемой и обновляемой информацией о работе всей системы здравоохранения территории и каждого, отдельно взятого медицинского учреждения («паспорт медицинского учреждения» и «паспорт системы здравоохранения»). Данная информация позволяет оценить динамику различных показателей деятельности всего медицинского учреждения и отдельных его подразделений и служб за различный, необходимый для анализа период: от месяца до нескольких лет, с целью определения их возможностей по удовлетворению спроса на медицинские услуги.

Применение к исходным данным, получаемым только из счетов-реестров (счетов-фактур) за пролеченных застрахованных граждан страховщиками, осуществляющих обязательное медицинское страхование, различных математических методов позволяет решать такие задачи, которые до введения обязательного медицинского страхования в принципе не могли быть решены.

При этом важное значение имеет разработка методологических подходов к оценке сложившейся и прогнозируемой востребованности населением различных страховых услуг обязательного медицинского страхования.