Садовникова Наталья Алексеевна. Развитие системы обязательного медицинского страхования в регионе : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.10 Саранск, 2006 177 с. РГБ ОД, 61:07-8/1389

**Содержание к диссертации**

Введение

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.. 10

1.1. Эволюция и генезис медицинского страхования 10

1.2. Принципы обязательного медицинского страхования и организация его финансирования на современном этапе развития экономики России 34

1.3. Основные проблемы и факторы, оказывающие влияние на развитие региональной системы обязательного медицинского страхования 56

2. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ 68

2.1. Оценка программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Мордовия бесплатной медицинской помощи 68

2.2. Анализ поступления и расходования финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия 91

2.3. Место страховых медицинских организаций и медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования и анализ рациональности использования ими средств обязательного медицинского страхования 109

3. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 122

3.1. Зарубежный опыт медицинского страхования и направления его использования в России 122

3.2. Комплекс мероприятий по повышению эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования 133

3.3. Совершенствование способов оплаты медицинской помощи 143

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 158

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК 166

**Введение к работе**

**Актуальность темы исследования.**Развитие российского общества

на современном этапе характеризуется экономическими, организационными и функциональными изменениями во всех сферах его жизнедеятельности, в том числе в системе медицинского страхования. Формирование цивилизованного рынка медицинских услуг, рациональное использование его ресурсов не только затрагивают интересы каждого человека, но и предопределяют, в известной мере, показатели здоровья нации, качества и уровня жизни населения.

Здоровье населения - важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. Главная цель модернизации российского здравоохранения - доступность и повышение качества медицинской помощи для широких слоев населения. Система обязательного медицинского страхования сегодня играет ключевую роль в решении этой задачи. В нашей стране в настоящее время она находится на этапе становления. В связи с этим необходимость выявления проблем и факторов, влияющих на развитие системы обязательного медицинского страхования, а также разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение эффективности ее функционирования, обусловили актуальность темы диссертационного исследования.

**Степень научной разработанности проблемы.**Исследование финансового обеспечения медицинских учреждений тесно связано с изучением проблем реформирования национальной системы медицинского обслуживания с использованием страховой медицины, что получило наиболее полное освещение в трудах Б.И. Бояринцева, В.В. Гришина, СВ. Киселева, Н.А. Кравченко, A.M. Таранова, СВ. Шишкина.

В последние годы значительное внимание ученых и специалистов уделяется вопросам организационно-управленческого характера в сфере

медицинского страхования. Это направление представлено в работах А.И. Вялкова, Н. Денисова, В.П. Корчагина, Ю.П. Лисицина, B.C. Преображенской, И.В. Пустового, А.В. Решетникова, МП. Ройтмана, В.А. Солодского, В.И. Стародубова, А.М. Таранова, О.П. Щепина и др.

В экономической литературе теоретические проблемы отраслевого и регионального финансирования социальной сферы и здравоохранения нашли отражение в работах отечественных и зарубежных ученых A.M. Бабича, И.И. Введенской, Е.В. Егорова, Е.Н. Жильцова, И.В. Зиборовой, А.Г. Коломийца, В.П. Корчагина, Н.Н. Лебедевой, К.Ф. Пузыня, И,М Шеймана, Р.А. Хаффнера.

Однако продолжающийся процесс развития медицинского страхования, стремительное изменение страхового и налогового законодательства, недостаточная научная обоснованность решений назревших проблем обусловили необходимость теоретического осмысления имеющегося опыта и углубления исследований по рассматриваемой проблематике.

Острыми в настоящее время являются проблемы нерационального и нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования (ОМС) во всех звеньях данной системы.

Слабо разработаны и практически не используются возможности привлечения дополнительных ресурсов в систему обязательного медицинского страхования.

Таким образом, недостаточная степень проработанности указанных проблем подтверждает актуальность темы исследования и необходимость их решения, что предопределило цель, задачи и структуру работы.

Цель и задачи диссертационного исследования.

Целью диссертационной работы является обоснование теоретических подходов и разработка практических рекомендаций по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования в регионе.

В соответствии с поставленной целью в процессе исследования

решались следующие задачи:

исследовать этапы становления и эволюции обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;

изучить и систематизировать научные взгляды ученых на теоретические аспекты развития медицинского страхования;

выявить основные проблемы и факторы, влияющие на развитие региональной системы обязательного медицинского страхования;

дать оценку развития обязательного медицинского страхования в Республике Мордовия;

выявить тенденции развития системы обязательного медицинского страхования в регионе;

предложить комплекс мероприятий по повышению эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования;

усовершенствовать способы оплаты медицинской помощи.

**Объектом исследования**выступают система обязательного медицинского страхования РФ на субфедеральном уровне и составляющие ее финансового потенциала.

**Предметом исследования**являются теоретические, методологические и практические подходы к развитию региональной системы обязательного медицинского страхования.

**Теоретической и методологической основой диссертационного исследования**являются научные труды отечественных и зарубежных ученых по вопросам организации и финансирования медицинского страхования, материалы международных, всероссийских и региональных научно-практических конференций и семинаров; действующие нормативные и законодательно-правовые акты Российской Федерации по вопросам обязательного медицинского страхования; результаты социологических исследований, данные органов государственной статистики, отчетные

данные о результатах деятельности системы регионального здравоохранения, Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, Федерального и Мордовского Республиканского фондов обязательного медицинского страхования.

При проведении исследования в работе использовались следующие методы исследования: диалектической логики, системного подхода, анализа и синтеза, группировки, сравнения, графического представления результатов исследования и другие.

**Научная новизна результатов диссертационного исследования**состоит в обосновании теоретических положений и разработке комплекса методических и практических рекомендаций по развитию системы обязательного медицинского страхования в регионе. Элементы новизны содержат следующие результаты исследования:

уточнены понятия «договор обязательного медицинского страхования», в части определения обязанности страхователей по уплате страховых взносов и «договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)», в части определения обязанности страховой медицинской организации по оплате застрахованным лицам предоставляемой медицинской помощи; предложена авторская трактовка понятия «договор о финансировании обязательного медицинского страхования» (С. 51-54);

систематизированы факторы, влияющие на развитие региональной системы ОМС:

федеральные факторы (доля расходов в государственном бюджете на здравоохранение, состояние налоговой системы, уровень инфляции, состояние нормативно-правовой базы в системе ОМС, объем государственных обязательств в области предоставления бесплатной медицинской помощи, доступность и качество медицинской помощи и др.);

региональные факторы (организационная модель системы ОМС, способ оплаты медицинской помощи и система тарифов на медицинские услуги);

отраслевые факторы (отсутствие нормативов платежей за неработающее население, дублирование обязанностей территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями, отсутствие конкуренции между страховыми медицинскими организациями и др.) (с. 55-68);

- определены основные тенденции развития системы обязательного  
медицинского страхования в Республике Мордовия:

- увеличение доли средств обязательного медицинского страхования  
в финансировании территориальной Программы государственных гарантий  
обеспечения населения региона бесплатной медицинской помощью;

- недостаточная финансовая обеспеченность территориальных  
программ государственных гарантий;

увеличение доли доходов системы обязательного медицинского страхования от поступлений платежей из бюджета на неработающее население; увеличение расходов на стационарную помощь;

рост конкуренции на рынке услуг обязательного медицинского страхования региона, позволяющие сформировать перспективное видение и обосновать стратегические цели развития системы ОМС в регионе (с. 77-122);

предложен комплекс первоочередных и дополнительных финансовых мероприятий, а также рекомендации организационного характера, направленные на повышение эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования (с. 134-145);

обоснована необходимость перехода от ретроспективного способа оплаты медицинской помощи, подразумевающего оплату медицинских услуг за фактически оказанные объемы услуг, к предварительному, при котором страховщики должны самостоятельно планировать объемы медицинской помощи с учетом предоставляемых финансовых ресурсов,

позволяющему обеспечить предсказуемость направлений их использования и повысить эффективность расходования средств обязательного медицинского страхования (с. 145-158).

**Практическая и теоретическая значимость диссертационной работы**состоит в том, что основные теоретические положения и выводы исследования доведены до уровня конкретных предложений, которые могут использоваться в целях развития системы обязательного медицинского страхования в регионе. Предложенный комплекс мер по повышению эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования может быть использован при реализации социальной политики государства в целях привлечения в систему дополнительных финансовых ресурсов, а также осуществления дальнейших исследований по вопросам развития системы обязательного медицинского страхования.

Предложенный предварительный способ оплаты медицинской помощи может быть использован территориальным фондом обязательного медицинского страхования для более рационального расходования средств системы ОМС.

Научные положения, выводы и рекомендации диссертационной работы могут быть использованы в вузах в процессе преподавания учебных дисциплин «Финансы» и «Страхование».

**Апробация результатов исследования.**Основные положения и выводы по теме диссертационного исследования докладывались и обсуждались на межрегиональной научно-теоретической конференции «Глобальность развития и его детерминанты» (Саранск, 20-22 мая 2004 г.), межрегиональной научно-практической конференции «Духовно-нравственные основы социально-экономической деятельности потребительской кооперации» (Саранск, 19-20 апреля 2005 г.), всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы качественного экономического роста» (Саранск, 20-21 октября 2005 г.); межрегиональной научно-

практической конференции «Кадры в совер- шенствовании социально-экономической деятельности потребительской кооперации» (Саранск, 19-20 апреля 2006 г.).

**Публикации.**Основные положения диссертации изложены в 11 научных работах общим объемом 3,55 п. л., из них лично автора 3,15 п. л.

**Структура и объем диссертации.**Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, содержит 177 страниц машинописного текста, 18 таблиц, 17 рисунков. Библиографический список включает 125 источников.

## Эволюция и генезис медицинского страхования

История развития медицинского страхования уходит своими корнями в средневековую Европу, где появились группы населения (ремесленников), которые не могли обеспечить себе медицинскую помощь за счет собственных средств. Помочь им в этом могло государство, а также средства благотворительности.

Наиболее показательным является развитие системы медицинского страхования в Германии. Именно здесь были организованы первые страховые (больничные) кассы, которые наряду с предоставлением медицинского (больничного) страхования на коллективной основе обеспечивали ремесленникам защиту и в отношении других случаев, в настоящее время относящихся к системе социального страхования (обеспечения). Позже на основе системы медицинского страхования в Германии сформировалась так называемая страховая медицина, т.е. особая система организации здравоохранения, основанная на трех источниках финансирования. К таким источникам относятся:

а) государственный бюджет;

б) обязательные взносы работников наемного труда;

в) обязательные взносы работодателей. При этом каждый из источников формируется из обязательных отчислений.

Многие страны, чья экономическая система может быть определена как социально ориентированная, в различной степени используют медицинское страхование для решения проблем здравоохранения. Даже такое государство, как США, отличающееся традиционно либеральной экономикой, свободой частного предпринимательства, осуществляет реформу здравоохранения, предусматривающую возможность введения обязательного медицинского страхования. Важную роль медицинское страхование, проводимое под контролем государства, играет в Японии - в стране, которая сегодня занимает первое место в мире по показателям улучшения здоровья населения. В Китае обязательное медицинское страхование существует с 1952 г. и является основным источником финансирования текущих расходов здравоохранения для весьма значительной части населения.

В зависимости от направленности законодательных актов, развитие медико-социального страхования в России можно условно разбить на пять этапов.

Первый этап (X в. - 1775 г.) - этап обязательной церковной и государственной благотворительности в форме княжеской (государевой) и церковно-монастырской поддержки бедных, нищих и увечных.

Основные признаки данного этапа следующие:

- разделение общества на две части: богатых господ и бедных крепостных или полукрепостных людей;

- развитие обязательной церковной и государственной благотворительности в отношении малоимущих людей;

- отсутствие какой-либо системы медико-социальной защиты населения;

- формирование идеи о необходимости перевода церковно-государственной благотворительности в систему обязательного государственного призрения.

С X в. происходит становление обязательной церковной и государственной благотворительности. Она осуществлялась посредством раздачи милостыни, продуктов в праздничные дни или во время голода и войн, предоставления крова странникам и сиротам в монастырях, на княжеских и боярских дворах. На эти цели церковь и имущие слои населения должны были выделять десятину, т.е. 1/10 часть всех своих доходов.

## Оценка программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Мордовия бесплатной медицинской помощи

Обязательное медицинское страхование - форма организации здравоохранения, которая позволяет объективно определять количество финансовых средств, необходимых на медицинское обслуживание населения, помогает рационально использовать эти средства. Главной задачей обязательного медицинского страхования является обеспечение устойчивого финансирования бесплатной медицинской помощи застрахованным в объеме и па условиях Территориальной программы обязательного медицинского страхования населения Республики Мордовия с учетом ограниченных финансовых ресурсов.

Сумма платежей на обязательное медицинское страхование работающего населения, страховых взносов за неработающих и бюджета должна соответствовать стоимости Территориальной программы ОМС.

Территориальная программа представляет собой пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования медицинской помощи. Она является составной частью Программы государственных гарантий оказания населению Республики Мордовия бесплатной медицинской помощи. Данная программа выступает мерой социальной защиты населения в области охраны здоровья и обеспечивает доступную медицинскую помощь установленного вида, объема и качества для всего населения республики [71, с. 4].

Цели Программы государственных гарантий:

- создание единого механизма реализации конституционных прав населения РМ по получению бесплатной медицинской помощи; - обеспечение сбалансированности объемов оказания медицинской помощи и финансовых средств;

- повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования данной программы заключаются в следующем;

- обоснование потребности населения территории в медицинской помощи исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;

- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи;

- научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;

- сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для реализации средств;

- обеспечение соответствия мощностей сети учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации потребности населения в медицинской помощи и необходимого объема медицинской помощи вне территории проживания;

- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

## Зарубежный опыт медицинского страхования и направления его использования в России

Реформирование социального обеспечения в последнее время становится актуальной темой. Основополагающей составляющей социального страхования является медицинское страхование.

Медицинское страхование, или, точнее, страхование медицинских расходов, представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны.

Обязательное медицинское страхование за рубежом основано на формировании негосударственных страховых фондов за счет обязательных платежей с лиц наемного труда и работодателей при частичном субсидировании со стороны государства. За счет этих средств и оплачиваются медицинские услуги.

Финансирование системы здравоохранения, как правило, строится на сочетании различных элементов с преобладанием той или иной формы. Большая часть медицинских услуг финансируется через обязательные законодательные формы медицинского страхования либо непосредственно государством через бюджет. Медицинские услуги отчасти приобретаются населением на добровольной основе. Это происходит либо на основе прямой оплаты услуг здравоохранения, либо через добровольное медицинское страхование.

Соотношение денежных потоков, идущих по этим четырем каналам, существенно различается по разным странам. Например, в Германии, это соотношение складывается следующим образом: через цены медицина получает около 5%, премии по добровольному страхованию - 10%, страховые взносы по обязательному страхованию - 75%, налога - 10% всех финансовых ресурсов.

В обязательном медицинском страховании используются два метода. В Германии и Нидерландах действует принцип оказания услуги. Это значит, что пациент обслуживается бесплатно в странах с государственной системой здравоохранения. Он должен лишь предъявить свидетельство о страховании. В Бельгии, Франции и Люксембурге практикуется другой принцип - возмещения затрат. Там застрахованный пациент должен вначале сам оплатить медицинские услуги. А потом они будут компенсированы полностью или частично в соответствии с тарифами, установленными больничными кассами с учетом определенного собственного участия.

Обязательное медицинское страхование устанавливается законом соответствующей страны не для всех, а лишь для определенных категорий населения. Например, в Германии, где эта система наиболее развита, обязательному страхованию подлежат все лица наемного труда, крестьяне и безработные. Пенсионеры и члены семьи страхуются при определенных размерах месячного дохода. Кроме того, существует определенный уровень среднемесячного дохода, с превышением которого обязательные платежи не взимаются. Финансирование медицинской помощи в основном лежит па учреждениях медицинского страхования (больничные фонды) и частных страховых компаниях. Больничные фонды заключают договоры с врачами общей практики на подушевой основе и с врачами-специалистами на основе оплаты за услуги.