Хакимова, Лилия Вячеславовна. Финансовый механизм обязательного медицинского страхования в Российской Федерации : теория и практика : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Хакимова Лилия Вячеславовна; [Место защиты: Сам. гос. эконом. ун-т].- Самара, 2011.- 139 с.: ил. РГБ ОД, 61 12-8/998

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава І. Финансовый механизм в здравоохранении: теоретический аспект . 9**

1.1 .Понятие и структура финансового механизма. 9

1.2. Особенности финансового механизма в здравоохранении . 26

**Глава 2 Развитие финансового механизма обязательного медицинского страхования в Российской Федерации . 42**

2.1. Финансовый механизм обязательного медицинского страхования Российской Федерации на различных этапах его развития 42

2.2. Структура и динамика финансовых потоков в ОМС (на примере Ханты-Мансийского Автономного Округа) 76

**Глава 3 Модернизация финансового механизма обязательного медицинского страхования Российской Федерации на современном этапе . 88**

3.1.Сущность процесса модернизации финансирования здравоохранения 88

3.2. Совершенствование финансового механизма обязательного медицинского страхования в Российской Федерации с учетом мирового опыта 102

Заключение 125

Библиографический список 128

Приложения

**Введение к работе**

Актуальность темы. На основе всеобщей декларации прав человека, Международного пакта об экономических, социальных и культурных нравах, Международного Пакта о политических и гражданских правах, других интернациональных актов эксперты ООН определили в качестве одного из основных право человека на социальную защиту в случаях безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости иных причин утраты средств к существованию по независящим от человека обстоятельствам, а также право на компенсацию расходов на оплату медицинских услуг в связи с болезнью, травмой и другими формами повреждения здоровья. Последняя составляющая социальной защиты обеспечивается за счет бюджетного и страхового перераспределения ВВП в сферу здравоохранения.

В начале нового тысячелетия большинство стран мира находятся в процессе осуществления глубоких реформ в финансировании здравоохранения или серьезно обдумывают возможность их реализации. Общими для государств факторами, которые оказывают решающее влияние на содержание необходимых реформ, являются старение населения, глобализация рынков, удорожание медицинских услуг в связи с ростом уровня жизни и техническим прогрессом. Острота проблем и характер первоочередных задач в области финансирования здравоохранения определяются особенностями исторического развития, сформированными формальными и неформальными институтами, а также достигнутым уровнем социально-экономического развития.

Революционные преобразования в начале 90-х гг. XX в. в России объективно потребовали преимущественного развития страховых механизмов финансирования здравоохранения в условиях, когда бюджетная система оказалась на грани финансового краха. Двадцатилетний период эволюционного развития обязательного медицинского страхования в РФ, с одной стороны, не выявил безусловных преимуществ страхового механизма по сравнению с бюджетным, а с другой, обнаружил внутренние противоречия и проблемы сформированной бюджетно-страховой модели финансового обеспечения здравоохранения.

Низкая социальная эффективность государственных расходов на здравоохранение потребовала от правительства модернизации системы, в том числе ее финансовой составляющей, базирующейся на обязательном медицинском страховании. Отсутствие системного подхода снижает эффективность управленческих решений, которые часто принимаются под влиянием политических и макроэкономических процессов без учета финансово-экономических особенностей и интересов как мезо-, так и микро-

уровня, а также конечных социальных целей. Исследования, направленные на системное изучение и развитие теоретических основ построения и реализации механизмов обязательного медицинского страхования в процессе финансирования здравоохранения, являются актуальными.

Степень разработанности проблемы» Формирование методологических подходов автора к исследованию финансового механизма в социальной сфере происходило под влиянием С. Бриттана, Д. Норта, Ф. Хай-ека„ Л. Эрхарда.

В экономической литературе проблематика финансов социальной сферы, в том числе социального страхования и обеспечения, представлена работами известных ученых и специалистов: Л.М. Аремьевой, В.А. Ачаркана, A.M. Бабича, В.И. Басова, М.Э. Дмитриева, Л.А. Дробо-зиной, Е.Н. Егорова, В.М. Жеребина, Е.Н. Жильцова, СВ. Кадомцевой, А.М. Ковалевой, М.С. Ланцева, Л.Ф. Лебедевой, Е.Е Мачульской, СТ. Мисихиной, Ю.В. Пешсхонова, Г.Б. Поляка, Н.М. Римашевской, В Д.-. Ройка, А.И. Романова, М.Л. Содовой, В.К. Сенчагова, А.К. Соловьева, Л.И. Соловьевой, Е.В. Тишина, B.C. Чехутовой, Е.Н. Шутяк, М.Я. Шиминовой, Ю.В. Якушева, СЮ. Яновой.

Острота проблем в финансовом обеспечении здравоохранения и прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в РФ обусловила появление крупных работ теоретического и прикладного характера А.Л. Линденбратена, А.В. Решетникова, И.М. Шеймана, СВ. Шишкина.

Вместе с тем ощущается нехватка работ, направленных на исследование составных элементов денежных отношений (финансового механизма) на всех стадиях финансового управления в здравоохранении (в том числе в рамках обязательного медицинского страхования) на различных этапах его реформирования. Недостаточно и практических рекомендаций по совершенствованию и развитию этих элементов. Диссертация выполнена в русле данной проблематики.

Целью исследовании выступают теоретическое определение сущности и состава финансового механизма обязательного медицинского страхования, а также разработка предложений практического характера, направленных на изменение элементов его финансового механизма в процессе модернизации здравоохранения.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

раскрыть особенности и дать определение финансового механизма здравоохранения, определить состав данного механизма в разрезе блоков финансового управления;

охарактеризовать тенденции изменения состава финансового механизма обязательного медицинского страхования в период с 2000 до 2010 г.;

-определить характер динамики и структурных сдвигов финансовых потоков в рамках обязательного медицинского страхования за анализируемый период на уровне субъект РФ;

-выявить причины, объективно препятствующие реализации преимуществ обязательного медицинского страхования как формы финансового обеспечения здравоохранения;

-разработать предложения, направленные на совершенствование механизма обязательного медицинского страхования для достижения стратегических целей государственной финансовой политики в здравоохранении.

Область исследования. Диссертация выполнена по специальности 08,00.10 - Финансы, денежное обращение и кредит паспорта специальностей ВАК (экономические науки); область исследования "Финансы", раздел 6 "Страхование"; п. 6.4 "Резервы и механизмы повышения эффективности фудацмояяроваиля обязательного и добровольного страхования"; п. 6,5 "Формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны".

Объект и предмет исследования. Объемом диссертации является обязательное медицинское страхование в Российской Федерации.

Предметом исследования выступают экономические отношения и инструменты, формирующие финансовый механизм обязательного медицинского страхования в РФ.

Теоретические и методологические основы исследования. Теоретической основой диссертации является методология отечественной финансовой науки в парадигме социальной рыночной экономики. В процессе исследования и изложения материала применялись общенаучные принципы и методы: диалектический и системный подходы, анализ и синтез, сочетание исторического и логического и др. Использовались следующие экономические методы: балансовый, динамического анализа, структурно-динамического анализа, типологических группировок, сравнительного анализа.

Информационной базой исследования послужили законы об исполнении бюджетов Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также данные государственной статистики РФ и Всемирной организации здравоохранения.

Научная новизна диссертации заключается в определении сущности, состава и характера развития финансового механизма обязательного медицинского страхования в РФ, а также в разработке практических ре-

комендации по совершенствованию данного механизма в русле модернизации финансирования здравоохранение,

Наиболее существенные результаты, определившие научную новизну исследования, заключаются в следующем:

дано определение финансового механизма здравоохранения как одного из объектов финансового управления социальной сферой и определение состава финансового механизма здравоохранения в разрезе функциональных блоков на стадиях информационно-правового обеспечения и планирования, оперативного управления и финансового контроля;

выявлен характер организационно-функциональных трансформаций в финансовом механизме обязательного медицинского страхования в 2000-2010 гг. и обусловленных ими изменений финансовых отношений;

обнаружены следующие тенденции изменения структуры и динамики финансовых потоков в субъектах РФ в 2000-2009 годах: произошло значительное увеличение доли поступлений из бюджетной системы, в разы возросла доля финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, однако роста финансового обеспечения здравоохранения за счет финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования не произошло;

выявлены внутренние противоречия сформированной в РФ модели обязательного медицинского страхования, положенной в основу системы финансирования здравоохранения;

-разработаны предложения, направленные на совершенствование инструментов и методов финансового механизма обязательного медицинского страхования в разрезе функциональных блоков.

Теоретическая значимость работы заключается в развитии теоретических основ процесса финансового управления системой обязательного медицинского страхования.

Практическая значимость исследования состоит в выявлении внутренних противоречий сформированной в РФ модели финансирования здравоохранения и разработки рекомендаций по Совершенствованию инструментов и методов финансового механизма обязательного медицинского страхования для достижения стратегических целей развития отрасли.

Апробация работы. Основные теоретические и практические положения диссертации докладывались и обсужда/шсь в 5 публикациях авторским объемом 3 печ. л., в том числе в 4 статьях $ журналах, определенных ВАК. Важнейшие результаты диссертационного Исследования были изложены на научно-практической конференции в материалах сборника "Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на территории муниципального образования" (г. Покачи, 2006 г.). Отдельные положения диссертационной работы нашли применение в деятельности управленій сфера здравоохранения и при администрации города Покачи, в деятельности Департамента здравоохранения округа (ХМАО - Югры).

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка и 2 приложений. Результаты исследования представлены в таблицах и проиллюстрированы 6 рисунками.

## Особенности финансового механизма в здравоохранении

До конца 80-х годов 20 века медицинские учреждения в нашей стране функционировали исключительно на основе сметного финансирования. По каждому виду расходов централизованно утверждались нормативы (в денежном и натурально-вещественном выражении), в соответствии с которыми выделялись целевые ассигнования. Понятие дохода применительно к медицинскому учреждению практически не имело смысла, за исключением узкого круга так называемых специальных средств, также подлежавших сугубо целевому использованию. Перегруппировка расходов по статьям не допускалась, а экономия не только не поощрялась, но и в связи с планированием предстоящих расходов от достигнутого уровня создавала угрозу сокращения финансирования. Учреждения здравоохранения заведомо не имели возможности самостоятельно реагировать на изменения потребностей населения в медицинской помощи. Система финансирования нацеливала на максимальное развертывание мощностей, прежде всего больничных коек, и их максимальную загрузку вне зависимости от действительной потребности.

В 1987г. был спроектирован так называемый новый хозяйственный механизм (НМХ), с целью придать большую гибкость и рациональность экономическому поведению учреждений здравоохранения, как и других отраслей социально-культурного комплекса. Эксперимент по использованию НМХ был начат в лечебно-профилактических учреждениях трех областей: Кемеровской, Ленинградской и Самарской.

Сметное финансирование в расчете преимущественно на сетевые показатели было заменено образованием так называемых единых фондов финансовых средств, которые формировались в расчете па численность населения, проживающее в зоне обслуживания. Соответствующие ассигнования передавались в распоряжение амбулаторно-поликлинических учреждений, которые выступали в роли так называемых фондодержателей и расплачивались со стационарами за услуги, оказываемые направляемым поликлиникой пациентам. Возросла самостоятельность в оказании платных услуг, развивались договорные отношения, внедрялись новые формы оплаты и организации труда.

Новый хозяйственный механизм был во многих отношениях уязвим и несовершенен. Однако он обладал рядом преимуществ, прежде всего простотой и прозрачностью. Порождаемые им интересы и стимулы легко отслеживались и при всей своей не бесспорности благоприятствовали решению одной из наиболее значимых для отечественного здравоохранения задач: удешевлению лечения, в том числе за счет уменьшения числа и продолжительности госпитализаций. Разумеется, НХМ создавал опасность того, что экономия будет достигаться за счет ухудшения качества медицинского обслуживания. Однако, как показывает опыт Самарской и Кемеровской областей, где НХМ использовался в том числе и в 90-е годы, очевидный характер такого рода риска помог успешнее, по сравнению с другими регионами, внедрить контроль качества. Характерно, что, например, в Самарской области достигнут самый низкий по России показатель младенческой смертности, интегрально отражающий работу амбулаторного и стационарного сектора (в 1985 г. число детей, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся составляло 19,3, а в 1997г. — 12,6). В результате внедрения НХМ были выявлены значительные резервы сокращения коечного фонда и средней продолжительности госпитализации: за 1988-1997гг. показатель обеспеченности населения койками снизился на 26% в Самарской и 34% в Кемеровской области, среднее число дней пребывания больного на койке уменьшилась соответственно на 12,4 и 6% 1.

Как бы то ни было, новый хозяйственный механизм лишь отчасти улучшил положение в отрасли и не получил повсеместного распространения. Новый этап институциональных преобразований был связан с формированием системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Главными преимуществами системы страхования финансирования по сравнению с системой бюджетного финансирования здравоохранения являются: обеспечивается и закрепляется институциональное разделение производителей и покупателей медицинских услуг; страховщики, в отличие от органов здравоохранения, административно не связаны с медицинскими организациями, не имеют интересов финансировать эти организации только ради их сохранения; страховщики несут ответственность за предоставление определенных объемов медицинской помощи застрахованным и обеспечивают решение этой задачи, заключая контракты с производителями медицинских услуг; в системе здравоохранения появляются посредники между медицинскими организациями и населением; посредники, экономически заинтересованные в защите прав пациентов, в расширении сферы применения экономических оценок, в эффективном использовании имеющегося ресурсного потенциала отрасли; появление новых каналов финансирования - взносов работодателей и работающих на медицинское страхование — создает предпосылки для рационального распределения ответственности за здравоохранение между государством, предпринимателями и населением; создаются условия для замещения ценностей государственного патернализма ценностями личной ответственности за состояние своего здоровья. Признавая справедливость всех вышеотмеченных преимуществ системы медицинского страхования по сравнению с системой бюджетного финансирования здравоохранения, все же следует констатировать, что главным фактором, обусловившим выбор именно страховой системы, стало стремление расширить источники финансирования здравоохранения и получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств.

## Финансовый механизм обязательного медицинского страхования Российской Федерации на различных этапах его развития

Федеральный фонд ОМС (ФФОМС) образован Парламентом и Правительством РФ. Фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, юридическим лицом.

ФФОМС осуществляет свою деятельность на основе Устава ФФОМС, утвержденного постановлением Правительства РФ от 29.07.1998 № 857. Задачами фонда являются обеспечение прав граждан в системе ОМС и осуществление мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС.

Фонд осуществляет следующие функции: осуществляет выравнивание условий деятельности территориальных фондов ОМС по обеспечению финансирования программ ОМС; финансирует целевые программы ОМС; утверждает типовые правила ОМС; участвует в создании территориальных фондов ОМС; осуществляет контроль за использованием финансовых ресурсов ОМС территориальными фондами; обобщает практику ОМС; осуществляет международное сотрудничество и обеспечивает организацию научно-исследовательских работ.

Финансовые ресурсы ФФОМС аккумулируются в бюджете фонда. Последний находится на первом уровне бюджетной системы. Средства бюджета являются федеральной собственностью, но не входят в состав федерального бюджета. Основная функция ФФОМС состоит в выравнивании условий деятельности территориальных фондов ОМС (ТФОМС) по финансированию программ ОМС. Это выравнивание обеспечивается путем перераспределения средств в форме субвенций ТФОМС, у которых собственные доходы не покрывают расходы по программам ОМС, т.е. это своего рода запасной резерв финансовых ресурсов, образуемый за счет части отчислений на ОМС. Субвенции ФФОМС - один из источников финансирования программ субъектов РФ.

Другими задачами ФФОМС изначально являлись достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС, осуществление сбора и анализа информации о финансовых ресурсах страны, организация подготовки специалистов для системы, аккумулирование финансовых средств и осуществление финансово-кредитной деятельности для выполнения задач, предусмотренных Положением о фонде.

Финансовые ресурсы фонда формировались за счет части страховых взносов на ОМС (единого социального налога), взносов территориальных фондов на реализацию совместных программ, ассигнований из федерального бюджета на выполнение общероссийских программ ОМС, добровольных взносов физических и юридических лиц, доходов от использования свободных финансовых средств и страхового взноса.

Несколько расширить представление о деятельности ФФОМС в 90-е годы XX века позволяет анализ структуры бюджета фонда представлен в табл. 2. Деятельность фонда за обозначенный период можно охарактеризовать следующим образом. Сумма поступлений в фонд в фактических ценах возросла с 274 млрд. руб. в 1994 году до 1278 млрд. руб. в 1998 году, т.е. в 4,7 раза, при росте расходов соответственно с 286 до 1279 млрд. руб., т.е. в 4,5 раза1 На протяжении всего периода имела место бездефицитность работы фонда. Максимального значения профицит достиг на 1 января 1997 года и составил 54 млрд. руб. Структура поступлений в фонд по статьям не претерпела за период значительных изменений, однако наблюдаются тенденции уменьшения удельного веса доходов от страховых взносов и налоговых платежей, т.е. основной доходной статьи фонда (с 99,02% в 1995 до 87,32% в 1998 году), а также увеличения с 1997 года удельного веса доходов от штрафов, пеней, прочих санкций (с 0% в 1995 году до 3,36% в 1998 году), что можно считать признаком усиления работы территориальных фондов с недоимщиками и неплательщиками. Структура расходов фонда претерпевала значительные изменения. Особенно значительные изменения произошли в 1995 году, когда доля субвенций территориальным фондам возросла на 36%. Это объясняется массовой организацией в 1995 году территориальных фондов. Незначительный рост доли данной статьи происходил и в 1996 году, после чего ситуация стабилизировалась.

Поэтапно уменьшались отчисления на совершенствование информационной системы фонда (с 6,64% в общем объеме расходов в 1994 году до 2,35% в 1998 году), что связано с завершением данных работ фондом. Финансирование целевых программ фондом за период так же увеличилось, но незначительно — лишь на 1,5%.2 Следует отметить, что ФФОМС - это своего рода резерв выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС. Последние в соответствии с правительственной «Стратегией развития РФ до 2000 г.» должны быть единственными держателями средств, предназначенных для финансирования программ ОМС.

Территориальные фонда ОМС (ТФОМС) создаются по решению органов государственной власти субъекта РФ для реализации государственной политики в области ОМС как составной части государственного страхования. В соответствии с Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства РФ от 24.02.1993 № 4543-1, на них были возложены следующие основные функции: 1) аккумулирование финансовых средств в территориальном фонде на ОМС граждан; 2) осуществление финансирования территориальной программы ОМС; 3) выравнивание финансовых ресурсов городов и районов, направляемых на проведение ОМС; 4) осуществление контроля за целевым и рациональным использованием финансовых средств, направленных на ОМС. Руководство деятельностью ТФОМС осуществляется правлением во главе с председателем его постоянно действующим исполнительным органом -исполнительной дирекцией, возглавляемой исполнительным директором. Состав правления утверждается законодательным (представительным) органом власти субъекта РФ по согласованию с правлением ТФОМС. Для выполнения своих задач ТФОМС может создавать в городах и районах филиалы, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с Положением, утвержденным исполнительным директором ТФОМС. Выравнивание финансовых ресурсов, предназначенных для проведения ОС, производится путем перераспределения средств территориального фонда филиалам в размере, обеспечивающем достижение установленного по территории среднедушевого норматива финансирования ОМС. Норматив устанавливается исполнительным директором по согласованию с правлением ТФОМС.

## Структура и динамика финансовых потоков в ОМС (на примере Ханты-Мансийского Автономного Округа)

Анализ развития контрольно-аналитического блока финансового механизма ОМС свидетельствует об усиление финансового контроля за ОФМС в результате распространяется на фонд бюджетного законодательства. Законы об исполнении бюджета ОФОМС принимаются на основании выводов Счетной Палаты окружной Думы.

Наиболее пристальному контролю подлежат ЛПУ. Контроль объема и качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденным положением о контроле объемов и качества медицинской помощи оказанной в рамках на территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также Приказом Федерального фонда ОМС от 26.05.2008 года № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» и предусматривает: форматно-логический контроль реестра, счетов предъявленных к оплате (ФЖ); медико-экономический контроль (МЭК); медико-экономическую экспертизу (МЭЭ); контроль качества медицинской помощи (ККМП). Медико-экономической экспертизе должны подвергаться случаи медицинской помощи, предъявленные на оплату в страховую медицинскую организацию, в количестве: не менее 0,5% случаев амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи, прошедших МЭК (но не менее 50 случаев); не менее 2% случаев медицинской помощи, оказанной в стационаре, прошедших МЭК (но не менее 20 случаев). Медико-экономической экспертизе должны также подвергаться случаи медицинской помощи, отобранные Фондом по результатам ФЛК, предъявленные на оплату в страховую медицинскую организацию. Информация о случаях, подлежащих МЭЭ по данным Фонда, передается Страховщику в соответствии с утвержденным Порядком информационного взаимодействия в системе ОМС. Все случаи оказания медицинской помощи, подвергнутые МЭЭ и ККМП, передаются Страховщиком в Фонд в соответствии с утвержденным Порядком информационного взаимодействия в системе ОМС. При выявлении по результатам контроля объема и качества медицинской помощи в установленном порядке указанных дефектов и нарушений Страховщик (Фонд) имеет право: вернуть счет и реестры медицинского учреждения на доработку; частично или полностью не возмещать затраты медицинского учреждения. Неоплата затрат медицинского учреждения может быть произведена путем уменьшения на соответствующую сумму оплаты счетов за следующие отчетные периоды. Частичная или полная неоплата страховщиком (Фондом) медицинских услуг не освобождает медицинские учреждения от возмещения гражданину, застрахованному по ОМС, причиненного материального и/или морального вреда в установленном действующим законодательством порядке. Таким образом, за анализируемый период развитие финансового механизма ОМС в Ханты-Мансийском Автономном округе - Югра было связано с расширением полномочий региона и муниципальных образований по финансовому планированию, финансированию расходов на здравоохранение и осуществлению финансового контроля на всех стадиях управления. Следовательно, второй этап реформирования ОМС в РФ характеризуется децентрализацией финансовых отношений, за исключением ресурсного блока. На основе информации, имеющейся в законах о бюджетах ОФОМС и законах об исполнении бюджетов ОФОМС, за 2000 2009 годы, а также в законе "О территориальной программе гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Ханты-Мансийском Автономном округе - Югра ла 2009 год" (в 2000 г. - аналогичного документа не было) исследуем структуру и динамику финансовых потоков в ОМС региона (см. табл. 7 и 8 в приложении 1 и 2). Анализ исполнения бюджета ОФ ОМС (таблица 7 приложение 1) позволяет сделать вывод о значительном повышении качества бюджетного планирования и бюджетной дисциплины в 2009 году по сравнению с 2000 годом. В 2000 году отклонения от плана колебались в пределах от 50 % до 900 % (!). Такие показатели исполнения бюджета ставят под сомнение легитимность финансовых операций. В 2009 году отклонения колебались в пределах от 2 % до 10 %, что соответствует теоретическим представлением и финансовой практике.

За анализируемый период произошли значительные структурные сдвиги в составе доходов и расходов бюджета ОФ ОМС. Доля страховых взносов сократилась на 22 %, удельный вес поступлений из бюджетной системы возрос на 78 %, на 82 % увеличилась доля прочих доходов. В составе расходов в 2009 году доля финансирования территориальной программы ОМС возросла в 4,5 раза по сравнению с 2000 годом и составила 83,6 %. На 40 % сократилась доля рас ходов на содержание исполнительной дирекции. Таким образом, если в 2000 году основополагающий принцип целевого использования средств не соблюдался, то в 2009 году ситуация кардинально изменилась к лучшему (См. табл. Б).

Динамика доходов и расходов бюджета ОФ ОМС в сопоставимой оценке за 2000-2009 годы представлена в таблице (см. табл. 8 приложение 2). Сокращение на 40 % страховых взносов было компенсировано ростом бюджетного финансирования на 58 %. В целом реальная динамика доходов — 90,8 %, т.е. доходы сократились на 9,2 %. Расходы уменьшились на 4,5 %. Расходы на финансирование здравоохранения (территориальная программа ОМС и отдельные мероприятия) сохранились на прежнем уровне: в 2000 году - 3095 млн. руб., в 2009 году - 3063 млн. руб., темп роста - 99%. Таким образом, роста финансового обеспечения здравоохранения в рамках ОМС не произошло. Анализ показателей, определяющих стоимость территориальной программы ОМС позволил сделать следующие выводы.

В целом стоимость территориальной программы ОМС возросла на 26,7 %. Однако, произошло это не за счет роста нормативов затрат на единицу объема медицинской помощи, которая снизилась в среднем на 40 %, а за счет незначительной положительной динамики заложенного количества услуг на 1 жителя и роста численности населения. Если в 2000 году территориальная программа финансировалась исключительно за счет средств ОФ ОМС, то в 2009 году бюджетные финансирования в 2,64 года превышает финансирование из ОФ ОМС.

Показатели динамики подушевых нормативов финансирования свидетельствуют о приоритетном обеспечении финансовым ресурсам стационарно-замещающей и амбулаторно- поликлинической помощи.

В результате проведенного исследования институциональных изменений финансового механизма здравоохранения и структурных и динамических сдвигов в присущих ему финансовых потоках можно утверждать, что повышение качества планирования, уровня организации финансирования и эффективности финансового контроля не сопровождалось соответствующим развитием ресурсного блока, которое бы привело росту финансирования здравоохранения в Ханты-Мансийском Автономном округе - Югра. Кроме того, наблюдается сокращение финансовых истоков по обязательному медицинскому страхованию и увеличение прямого бюджетного финансирования отрасли. В этой ситуации преимущества медицинского страхования по сравнению со сметным финансированием не могут быть реализованы в полной мере.

## Совершенствование финансового механизма обязательного медицинского страхования в Российской Федерации с учетом мирового опыта

В большинстве стран Центральной и Восточной Европы методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в растущей-мере трансформируются в методы оплаты врачебных услуг - врачей общей практики? и специалистов. Стимулы приближаются к конкретному врачу, поскольку оплачивается не поликлиника, а врач. Это стало возможным в результате радикальных преобразований в организации-амбулаторной помощи, завершения этапа массового становления института врача общей практики. Большинство таких врачей действуют как независимые экономические субъекты; в составе индивидуальных и групповых практик. Методподушевой оплаты амбулаторной: помощи; за? каждого при крепившегося пациента при котором в нормативе его финансирования;преду сматривается оплата-не только собственной деятельности первичного звена, но и: услуг других медицинских организаций (поликлиник, диагностических цен тров; ;стационаров скорой помощи и пр.). Получив средства на;другие виды помощи, врач общей практики приобретают мотивацию к тому, чтобы его па циенты реже болелии не требовали слишком больших затрат на специализиро ванную помощь, а потому заинтересован в расширении. объема профилактики, повышении качества своих услуг; лучшем взаимодействии с другими медицинскими организациями. Обратная сторона этой мотивации — заинтересованность в сдерживании направлений пациентов к другим врачам.

Поощрительные системы оплаты труда врачей. Суть подхода — увязка оплаты с набором показателей, отражающих качественные характеристики услуг, конечные результаты обслуживания населения, влияние врачей первичного звена на другие звенья оказания помощи и обеспечение реструктуризации здра-воохранения. Чаще всего они используются в системах с подушевым финансированием и фиксированной зарплатой. Сфера их использования быстро расширяется.

Главная тенденция преобразования методов оплаты стационарной помощи - переход от возмещения числа дней, проведенных в больнице (койко-дней), к оплате так называемых законченных случаев лечения, отражающих реальные затраты на лечение определенного заболевания или группы заболеваний. Использование койко-дней влечет за собой их механическое наращивание, поскольку основная нагрузка по лечению острых случаев приходится на первые 304 дня госпитализации, а последующие дни обходятся намного дешевле, но оплачиваются по тому же тарифу.

Оплата законченного случая лечения предполагает стандартизацию затрат в разрезе выбранной единицы учета. Собирается информация о фактических затратах на лечение определенного заболевания в разных медицинских организациях, она анализируется с целью выявления зон неэффективности, устойчивых отклонений от средней величины, и на этой основе устанавливается тариф за усредненный набор услуг и лекарственных средств, который и становится основой оплаты услуг. Если в расчет стоимости, например, аппендиэкто-мии, включены затраты на оптимальный срок лечения 8 дней, то пациент может лечиться 6 или 10 дней, но в любом случае больница получит возмещение только за 8 дней. Предполагается. Что неизбежные отклонения будут взаимно погашаться. В этой ситуации больница получает стимулы к повышению интенсивности лечения и снижению сроков госпитализации. Возможны два главных подхода к оценке единицы законченного случая. Первый - считать затраты по каждому заболеванию, используя при этом имеющиеся стандарты его лечения. Последние отражают набор детальных услуг и лекарственных средств, с определенной вероятностью используемых при лечении конкретного заболевания. Затраты на них суммируются и получается тариф за законченный случай.

Второй подход предполагает учет затрат по укрупненным группам заболеваний, так называемых клинически-связанных группами (КСГ), формирующимся по трем главным признакам - однородным заболеваниям, примерно одинаковой длительности госпитализации и общей стоимости лечения. Тариф устанавливается не на конкретное заболевание, а на их группу, и применяется к любому заболеванию этой группы. Презумпция такого подхода состоит в том, что более высокие затраты на лечение относительно сложного заболевания в пределах одной группы компенсируются более низкими затратами на лечение менее сложного заболевания.1

Успех реформ финансирования здравоохранения во многом определяется научной обоснованностью с практической проработанностью государственной стратегии развития отрасли.

Функции стратегического руководства определяется как организация ответственных и тщательно продуманных мер по обеспечению благополучия населения и представляет собой самую суть умелого управления. Можно смело утверждать, что это самая важная функция системы здравоохранения, поскольку она влияет на то, как осуществляются другие функции и как они сказываются на достижении целей системы здравоохранения. Стратегическое управление представляет собой основополагающий элемент многих стратегий реформирования здравоохранения и играет центральную роль в улучшении показателей работы системы здравоохранения. Для того, чтобы реформы были успешными и способствовали достижению стратегических целей, стратегические лидеры должны отслеживать ход реализации этих реформ и следить за тем, какое влияние они оказывают. В то же время во многих странах Европы нет налаженных систем отслеживания показателей работы. Более того, страны не всегда применяют все инициативы по управлению на высшем уровне, описанные выше, такие, например, как систематическая оценка новых технологий. Оценка показателей работы (включая отслеживание того, как используются финансовые ресурсы) и внедрение оценки показателей работы в процесс управления системой здравоохранения на высшем уровне (с тем, чтобы оценка и анализ приводили к постоянному совершенствованию) играют центральную роль в совершенствовании систем здравоохранения и в аргументации необходимости выделять ресурсы для здравоохранения.

Вторая ключевая стратегия состоит в том, чтобы создать адекватную систему действенного, но гибкого государственного регулирования. В свете возрастающей роли частного сектора, растущей уверенности пациентов в своих правах и других инициатив по проведению реформ, таких как организация много профильных бригад и координации действий специалистов различных профилей, может возникать необходимость в новых нормах и правилах.