Набедрик Аркадий Борисович. Медицинское страхование в системе финансирования здравоохранения : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.10 Москва, 2000 127 с. РГБ ОД, 61:00-8/1763-0

**Содержание к диссертации**

Введение

Глава I. Потребности населения в медицинских услугах и расходы на здравоохранение

1.1. Уровень и динамика заболеваемости населения России в конце XX столетия 10

1.2. Оценка расходов населения России на оплату медицинских услуг и приобретение лекарств и выбор форм обслуживания (с привлечением материалов мониторинга социологического исследования) 21

Глава II. Эволюция и особенности российского и зарубежного опыта финансирования здравоохранения на страховой основе

2.1. Организационно-экономическая структура финансирования здравоохранения в Российской Федерации 35

2.5. Ресурсы, направляемые на финансирование здравоохранения в зарубежных странах и Российской Федерации 45

2.3. Финансирование здравоохранения за рубежом и целесообразность использования накопленного опыта в российских условиях 51

Глава III. Перспективы развития форм организации и финансирования здравоохранения на страховой основе

3.1. Направления и пути совершенствования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации 64

3.2. Роль и место добровольного медицинского страхования в реформировании механизма финансирования здравоохранения в России 80

3.3. Проблемы открытия рынка медицинского страхования для иностранных страховщиков 105

Выводы 113

Приложения 121

Список использованной литературы 122

**Введение к работе**

Становление рыночной экономики в России и вызванные этим процессом коренные экономические, социальные и институциональные преобразования затронули все стороны и сферы хозяйственной и социальной жизни страны. В полной мере этот процесс коснулся здравоохранения - одной из важнейших отраслей в структуре современного общества.

Актуальность диссертационного исследования определяется объективной необходимостью активизации развития страховой медицины как источника дополнительного финансирования здравоохранения в условиях обострения медико-демографической ситуации, а также в качестве меры, способствующей становлению более рациональной структуры медицинского обслуживания населения.

Кризисные явления в российской экономике в полной мере отразились на здравоохранении - одной из важнейших социальных -отраслей в структуре современного общества. Накопленный мировой и собственно российский опыт показывает - выходом из кризиса, в котором оказалось здравоохранение, должны стать его социально-экономические, институциональные преобразования, адекватные новой экономической системе хозяйства и требованиям рыночной модели функционирования экономики.

Поиск решения этой задачи должен учитывать особенности и специфику профессионального и финансово-экономического состояния, в котором оказалось здравоохранение, а также характер унаследованных им и вновь возникших проблем.

В последнее десятилетие в Российской Федерации произошло ухудшение медико-демографической ситуации: снизилась продолжительность жизни, возросла смертность, понизился уровень рождаемости и как следствие этого резко увеличилась естественная убыль населения.

Перед Россией со всей серьезностью встала задача повышения эффективности медицинской помощи и профилактики здоровья российских граждан.

Одной из причин, затрудняющих решение назревших и необычайно актуальных проблем российского здравоохранения, в настоящее время является существующий порядок и принципы финансирования российского здравоохранения, а также ограниченные возможности бюджетной системы, не позволяющие выделять на нужды охраны здоровья и эффективного функционирования российской медицины достаточный объем средств.

В этой связи возникла настоятельная необходимость поиска и внедрения новых, нетрадиционных форм организации и ресурсного обеспечения развития и функционирования деятельности здравоохранения в новых условиях. Усилилась актуальность использования негосударственных форм организации и финансирования российской медицины, которые бы сосуществовали и взаимодействовали с традиционной государственной системой охраны здоровья населения России.

В специальной медицинской и экономической, в том числе и финансовой, литературе необходимость решения этой задачи не вызывает принципиальных возражений. Более того, сегодня существует определенный опыт деятельности негосударственной, по преимуществу страховой и частично частной медицины. Однако механизм взаимодействия основных источников финансирования здравоохранения не отработан, что, в частности, ведет к распылению ограниченных финансовых средств и неэффективному использованию имеющегося потенциала. С этой целью необходимо уточнить границы и функции негосударственной медицины, создать общеэкономические и правовые рамочные условия для функционирования рынка медицинских услуг на основе конкуренции и рыночных стимулов поведения участвующих в нем субъектов.

Цель диссертационного исследования заключается в том, чтобы на основе обобщения и критического анализа зарубежного и российского опыта обосновать концептуальные положения, разработать новые методы и прикладные рекомендации по совершенствованию финансово-организационного механизма страховой медицины.

Для достижения указанной цели в работе поставлены следующие задачи:

- выявление и теоретико-методологическое исследование факторов, определяющих потребности в финансовых ресурсах на нужды здравоохранения на основе анализа уровня и динамики спроса населения России на медицинские услуги и степень их удовлетворения;

- анализ международного и российского опыта финансирования страховой медицины и ее отдельных форм и оценка возможностей его использования в условиях российской экономики;

- исследование перспектив и возможностей роста платежеспособного спроса населения на платные медицинские услуги на основе результатов анализа итогов социологического исследования расходов населения на оплату медицинских услуг;

- анализ влияния страховой медицины на размеры и качество государственного бесплатного общедоступного здравоохранения, цену медицинских услуг;

- исследование проблем и особенностей финансирования расходов на нужды здравоохранения за счет бюджетных средств и платежей на обязательное и добровольное медицинское страхование, сравнительная оценка перспектив их роста и воздействия на формирование конкурентной среды в сфере финансирования и оказания услуг;

- разработка конкретных рекомендаций и предложений по совершенствованию организации, законодательства страховой медицины с учетом переходного состояния российской экономики.

Объект и предмет исследования. Предметом исследования является организация и финансирование системы здравоохранения и особенности возникновения и становления различных форм страховой медицины в Российской Федерации. Объект исследования - организации и компании страховой медицины.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили труды отечественных и зарубежных экономистов по финансированию государственного здравоохранения и страховой медицины, законодательные и нормативные документы Министерства финансов РФ, Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального развития РФ, регулирующие деятельность государственной и коммерческой страховой медицины. Информационной базой являются статистические данные Госкомстата РФ, медицинской статистики, а также результаты специализированных социологических опросов.

В качестве методической основы исследования были применены принципы исторического и логического анализа, метод статистических классификаций и группировок, сопоставлений, а также методы экспертных оценок по результатам исследований.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в следующем:

- разработаны концептуальные подходы к реформированию механизма финансирования здравоохранения России, направленные на ускорение развития страховой медицины и консолидации интересов страховой и государственной медицины, финансируемой за счет бюджетных средств;

- определена многомерная структура и факторы роста потребностей здравоохранения в финансовых ресурсах (удорожание технологии диагностирования и лечения, применение новой более дорогостоящей аппаратуры и медикаментов, рост оплаты труды и др.) в условиях инфляционного развития экономики;

- определены условия и возможные позитивные и негативные последствия допуска иностранных страховщиков на российский рынок медицинского страхования;

- выявлены противоречия и проведена сравнительная оценена достоверности статистической информации и результатов социологических опросов о динамике, размерах и структуре расходов населения на оплату лекарств, медикаментов и медицинских услуг; определены предпочтения населения в формах медицинского обслуживания в зависимости от сложившегося уровня и дифференциации доходов населения и их перспективного изменения;

- экономически обоснована целесообразность применения в России некоторых методов и форм финансирования страховой медицины, апробированных в зарубежной страховой медицинской практике (привязка тарифной системы к качеству и виду услуг, программно-целевое финансирование, механизм правовой и имущественной защиты субъектов медицинского страхования, механизм финансового взаимодействия государства, работодателей и работников при формировании страховых медицинских фондов и др.); .

- разработаны и сформулированы методические и практические рекомендации по повышению эффективности использования финансовых ресурсов и качества медицинской помощи населению в системе медицинского страхования. С этой целью:

• разработаны методические рекомендации по созданию финансово-правового механизма, нацеленного на усиление взаимосвязи объемов и качества услуг обязательного и добровольного медицинского страхования населения их финансовому обеспечению, в частности, за счет развития конкурентной Среды;

• обоснованы предложения о поэтапном переносе тяжести финансирования страховой медицины на физических лиц, сформулированы Необходимые для этого условия;

• обоснована необходимость и предложена методологическая основа корректировки страховых тарифов медицинского страхования с учетом результатов социологического мониторинга реальных денежных расходов населения на медицинские услуги, включая "теневой" сектор;

- аргументирована и сформулирована авторская позиция по развитию новых форм и методов добровольного страхования медицинских услуг, способствующих повышению конкурентоспособности на рынке страховых услуг.

Практическая значимость и апробация исследования. Практическая значимость исследования определяется тем, что содержащиеся в нем концептуальные и методические положения по совершенствованию организации и развитию страховой медицины создают хорошие предпосылки для повышения уровня научной обоснованности государственной программы финансирования здравоохранения. Наработки автора, доведенные до уровня конкретных предложений и рекомендаций, позволяют повысить результативность методов регулирования рынка медицинских услуг. Подготовленные автором предложения по продвижению услуг добровольного медицинского страхования на рынке медицинских услуг, расширению видов и повышения качества услуг добровольного медицинского страхования реализованы в деятельности крупной страховой компании.

Основные положения и результаты научного исследования использовались в лекциях и семинарах в Академии народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации, а также в качестве учебного пособия, докладывались на ряде научных конференций по экономическим и финансовым проблемам страхования.

По теме диссертации опубликована монография "Страховая медицина в системе финансирования здравоохранения".М.:Академия народного хозяйства при Правительстве РФ.- 8 п.л.

Структура работы. Поставленные цель и задачи обусловили логику изложения и структуру работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, приложения и списка используемой литературы.

## Уровень и динамика заболеваемости населения России в конце XX столетия

Развитие, организация и финансирование любой специализированной функциональной системы определяется потребностями населения и государства в продукции и услугах соответствующей сферы хозяйства. Это в полной мере относится к системе здравоохранения.

На протяжении всего XX столетия сдвиги в состоянии здоровья, смертности, заболеваемости и продолжительности жизни в России, также как и в других странах, были подчинены и находились в зависимости от универсального общемирового процесса, получившего название эпидемиологического перехода. Смысл этого феномена заключается в изменении структуры заболеваемости. "Заболевания, которые порождали человека в течение всей его жизни, особенно в детстве, постепенно, но достаточно быстро уступают место болезням, связанным с естественным старением человеческого организма"1. По мнению медиков, в "структуре "старой" патологии очень важное место занимали инфекционные болезни, паразитические заболевания, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием и т.п."2 Причинами этих заболеваний были многочисленные, внешние по отношению к человеку, экзогенные факторы. Этим заболеваниям мог подвергнуться любой вполне здоровый жизнеспособный человек. На смену этим тенденциям в заболеваемости пришли иные процессы. В структуре новой патологии на передовые позиции выдвигаются заболевания и причины смертности, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, действие которых вызвано естественным старением человеческого организма, ослаблением жизнеспособности, сопротивляемости и защиты от неблагоприятных внешних воздействий. Господство прежних заболеваний все чаще и интенсивнее меняется хроническими заболеваниями, прежде всего заболеваниями сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями, то есть заболеваниями, обусловленными накапливающимся действием экзогенных канцерогенных факторов. По мнению специалистов, перечисленные болезни становятся ведущими среди факторов смертности российского населения.

Статистические и социологические исследования показали, что "в конце 30-х годов вероятность умереть от инфекционных болезней органов пищеварения была более чем в 6 раз выше, чем в начале 90-х, вероятность умереть от болезней органов дыхания - примерно в три раза выше. Наряду с этим, доля умирающих от болезней системы кровообращения в 1938-1939 гг. была вдвое ниже, значительно меньшей была доля умирающих от новообразований, а также от несчастных случаев, отравлений и травм"3.

Повышение уровня жизни, прогрессивные сдвиги в образе жизни и общей культуре, а также развитие медицины и здравоохранения в самом широком смысле этого слова привели к росту продолжительности жизни. Вместе с тем ускорились процессы изменения структуры заболеваемости. Таков противоречивый характер сдвигов в потребностях медицинской помощи, в которой сегодня нуждается население России.

## Организационно-экономическая структура финансирования здравоохранения в Российской Федерации

В настоящее время, как уже было выше показано, финансирование здравоохранения в России осуществляется на многоканальной основе. Она включает государственное бюджетное финансирование, в котором принимают участие все бе исключения звенья бюджетной системы России. Кроме того, государственное финансирование здравоохранения совершается в форме обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, где в качестве источников финансирования выступают федеральный и территориальные внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования. Существенный вклад в финансирование расходов на охрану здоровья вносит система добровольного медицинского страхования, а также расходы непосредственно самого населения на оплату медицинских услуг в хозрасчетных, коммерческих медицинских учреждениях, частнопрактикующим врачам и среднему медицинскому персоналу. Частное страхование здоровья осталось лишь там, где имеются слабые стороны государственной системы. Этот рынок оказался намного меньше, чем предполагали. Дорогостоящим платным здравоохранением даже в экономически развитых странах может пользоваться лишь ограниченный круг людей, имеющих высокие доходы, либо работающих в организациях, осуществляющих такую оплату.

Несомненно, что в расходы населения на охрану здоровья следует включать и ту их часть, которая направляется в теневую сферу медицинского обслуживания. Вплоть до последнего десятилетия основным источником финансирования расходов на здравоохранение был государственный бюджет. На его долю приходилось 80% всей суммы затрат8. Монопольное положение бюджетной системы в финансировании здравоохранения было тесно связано с действовавшей организационно-управленческой моделью медицинского обслуживания российского населения.

Функционирующий механизм финансирования здравоохранения в России сформировался и был приспособлен к условиям административно-командных методов управления экономикой. Он в достаточно полной мере отвечал господствующей идеологии и был практическим инструментом ее реализации. В соответствии с доктриной государственного социализма преимущественная часть услуг социальной сферы и прежде всего услуги отраслей здравоохранения должны предоставляться населению бесплатно, т.е. не в обмен на его денежные доходы. Это означало, что государство вынуждено было подавляющую часть учреждений и организаций здравоохранения финансировать из средств своего бюджета. Лишь в отношении относительно небольшой части услуг допускалась платность. Тем самым хозяйственный и финансовый механизм в отраслях здравоохранения практически лишал их возможности иметь самостоятельные доходы.

Алгоритм финансового механизма в бюджетных отраслях здравоохранения включал три основные процедуры:

- определение размера необходимых финансовых ресурсов, достаточных для деятельности соответствующих отраслей;

- выбор технологии их доставки, доведение до целевого назначения;

- контроль и регулирование за их эффективным использованием.

Определение величины необходимых и достаточных финансовых средств связано с размерностью медицинского обслуживания, его качеством и структурностью, а, следовательно, с количеством и профессиональной подготовкой специалистов.

## Направления и пути совершенствования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Внедрение страховой медицины в систему здравоохранения России было вызвано несколькими причинами. Выше уже упоминалось о том, что российское здравоохранение, как и вся экономика России оказалась в глубоком кризисе, характеризующимся недостаточностью финансирования и понижением уровня медицинского обслуживания - это важный, но не единственный повод для реформирования. Не менее существенная причина для реформ явилась организационная отсталость системы практически монопольного бюджетного финансирования, а, следовательно, бесплатности предоставления медицинских услуг населению в форме организации административно-территориального обслуживания и жесткой прикрепленности населения к медицинским организациям и учреждениям.

Возникла ситуация, при которой качественный и объемный рост и повышение уровня удовлетворения и обслуживания населения приходится осуществлять в условиях бюджетного дефицита и ограниченности финансовых ресурсов и относительно низкого уровня доходов преобладающей массы российского населения. В этих условиях единственным выходом из создавшегося положения и увеличения объемов финансирования здравоохранения может быть широкое внедрение страховой медицины с ее принципами "богатый и здоровый платит за бедного и больного".

До 1919 года медицинское страхование в России в целом отражало европейские тенденции, но имело при этом некоторые оригинальные черты, определяющиеся особенностями Российской империи.

Затем в течение последних 60 лет в России медицинское страхование не существовало. Единственно, что напоминало об остатках страхования расходов по случаю заболевания, была часть расходов по социальному страхованию, позволявшая возмещать на период болезни утраченный заработок в форме пособия по временной нетрудоспособности.

Восстановление медицинского страхования началось с начала перестройки, то есть конца 80-х и начала 90-х годов.

В 1993 году введен в действие Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан». Основная цель Закона - обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества.

В соответствии с принятым законодательством система обязательного медицинского страхования представляет собой функциональное объединение самостоятельных субъектов: застрахованного, страхователя, страховщика, исполнителя медицинской услуги. Каждый субъект медицинского страхования имеет свои интересы. Взаимодействие каждого субъ екта с другими субъектами системы осуществляется на основе законодательных актов и других нормативных документов, регламентирующих их правовые и экономические отношения. За государством сохраняются функции правового и финансового контроля страховой деятельности. От успешного взаимодействия субъектов страховой медицины выигрывает все общество и в первую очередь граждане, физическое и социально-психологическое благополучие которых в условиях медицинского страхования должно значительно улучшиться.