Лозовая Валерия Анатольевна. Организация и финансирование региональной системы здравоохранения в условиях ОМС : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.10 : СПб., 2000 256 c. РГБ ОД, 61:01-8/2151-7

**Содержание к диссертации**

Введение

Глава 1. Социально-экономическая сущность ОМС и его роль в реформировании системы здравоохранения РФ 9

1.1. Медицинское страхование как способ защиты интересов населения в охране здоровья 9

1.2. Медицинские услуги как продукт деятельности системы здравоохранения 27

1.3. Финансовые основы организации отечественной системы здравоохранения 39

1.4. Региональные особенности организации и финансирования системы

здравоохранения в РФ 48

Глава 2. Структурные диспропорции в системе здравоохранения и пути их преодоления 61

2.1. Структурные диспропорции как предпосылки необходимости реорганизации системы здравоохранения 61

2.2. Механизмы преодоления структурных диспропорций в региональной системе здравоохранения 67

2.3. Анализ проявления структурных диспропорций в муниципальной системе здравоохранения 89

2.4. Экономико-математическая модель расчета потребности в финансовых средствах медицинского комплекса 101

Глава 3. Методические и прикладные аспекты определения стоимости

медицинских услуг по звеньям медицинского комплекса 113

3.1. Общая характеристика расчета стоимости медицинских услуг по амбулаторно-поликлиническому звену 113

3.2. Особенности расчета стоимости медицинских услуг стационарных лечебных учреждений и станций скорой помощи 135

3.3. Расчет стоимости медицинских услуг в стоматологии 147

3.4. Расчет стоимости параклинических услуг 158

3.5. Экспериментальная апробация модели 165

Заключение... 187

Библиографический список использованной литературы 192

Приложения 205

**Введение к работе**

Переход к рыночной экономике, трансформировавший все сферы народнохозяйственного комплекса страны, требует адаптации здравоохранения к новым условиям хозяйствования.

Благодаря внедрению системы обязательного медицинского страхования появился способ целенаправленного аккумулирования и дифференцированного распределения финансовых средств. Вместе с тем результаты десятилетнего опыта реформирования системы финансирования здравоохранения требуют научного осмысления и определения конкретных мер по коррекции реформ. В частности, реформе сопутствует постоянный дефицит финансирования учреждений здравоохранения, организационные сбои в системе медицинского обслуживания населения, неэффективное расходование имеющихся скудных средств.

Особенно остро стоит данная проблема в областях, в малых городах и поселках. При значительных негативных демографических и социальных изменениях, постоянных дефицитах федерального и местных бюджетов, в условиях экономического, финансового и социального кризисов, региональная система здравоохранения нуждается в существенных финансовых и структурных инновациях, в выявлении путей эффективного ресурсопотребления.

Все сегодняшние обсуждения проблем отрасли в основном сконцентрированы на достижении финансирования, адекватного уровню государственных гарантий предоставления медицинских услуг, при этом проблема преодоления острейших структурных диспропорций остается на заднем плане. Между тем, рассчитывать на серьезное перераспределение финансовых ресурсов в пользу здравоохранения не приходится.

Реальным фактором повышения эффективности использования ресурсов и, соответственно, сокращения потребности в государственном финансировании, являются структурные изменения в системе здравоохранения. Изменениям должна быть подвергнута не только организационно-управленческая структура, но и финансирование отрасли. Реорганизацию системы здравоохранения необходимо начинать с региональных систем на основе первоначального детального исследования сложившейся ситуации на уровне конкретной территории.

Отсутствие научных исследований по указанной проблеме, решения которой настоятельно требует практика, и определило направление настоящего диссертационного исследования.

Цель и задачи исследования. В основе диссертации лежит комплексное исследование региональной системы здравоохранения, целью которого является оценка современного состояния и выявление путей совершенствования ее функционирования в условиях обязательного медицинского страхования. Одной из центральных проблем исследования стало методическое обоснование потребности изучаемой системы в финансовых средствах. Достижение поставленных целей потребовало последовательного решения следующих задач:

• изучения и обобщения теоретического и практического опыта в области организации и финансирования системы здравоохранения России и развитых зарубежных стран в условиях страховой медицины;

• уточнения содержания категорий, описывающих процесс производства и предоставления медицинских услуг, в условиях преобладания рыночных форм хозяйствования;

• выявления структурных диспропорций в отечественной системе здравоохранения;

• определения экономических и организационно-управленческих механизмов преодоления структурных диспропорций в региональной системе здравоохранения;

• обоснования методических подходов к определению стоимости медицинских услуг и среднедушевого норматива для комплекса взаимосвязанных лечебно-диагностических учреждений;

• разработки модели обоснования потребности в финансовых средствах медицинского объединения, позволяющей осуществлять управление и контроль за их оптимальным распределением.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования явилась система здравоохранения Российской Федерации, в частности, ее региональный уровень. Исследование проводилось на примере Псковской области. Практическая апробация осуществлялась в медицинских учреждениях г. Великие Луки Псковской области, составляющих основу муниципальной системы здравоохранения.

Предметом исследования явились методологические и методические проблемы совершенствования организации и финансирования региональной системы здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования.

Методология и методика исследования. В соответствии с поставленными задачами, методикой предусматривалось проведение теоретических и экспериментальных исследований на основе системного подхода. Теоретической и методологической основой исследования послужили труды ведущих отечественных авторов в области экономики, управления и финансирования здравоохранения: Барановой В.В., Вишнякова Н.М., Герасименко Н.В., Гришина В.В., Корчагина В.П., Кравченко Н.А., Лебедевой Н.Н., Федоровой Т.А., Шеймана И.М., Шиленко Ю.В., Яновой СЮ. и др. В качестве нормативно-правовой основы использовались законодательные акты РФ в области организации и финансирования здравоохранения, Указы Президента РФ, постановления Правительства, методические и нормативные материалы Министерства здравоохранения РФ, Федерального Фонда обязательного медицинского страхования. Информационную базу исследования составили материалы статистических органов, Псковского территориального фонда обязательного медицинского страхования, а также квартальные и годовые отчеты медицинских учреждений г. Великие Луки и девяти районов южной зоны Псковской области.

Исследования проводились с использованием методов системного анализа, экономико-математического и графического моделирования, расчетного апробирования, экспертных оценок.

Научная новизна исследования заключается в следующих положениях и результатах:

• обобщен и проанализирован отечественный и зарубежный опыт в области организации и финансирования системы здравоохранения, на основании чего раскрыто содержание категорий «медицинская услуга» и «медицинская помощь», «потребительная стоимость» и «стоимость медицинской услуги», предложена классификация медицинских услуг;

• разграничены понятия «стоимость медицинской услуги» и «цена медицинской услуги», выявлены факторы и условия их формирования в условиях внедрения рыночных форм предоставления медицинских услуг населению;

• выявлены структурные диспропорции в системе здравоохранения, являющиеся причинами неэффективного использования финансовых средств;

• на основе анализа сложившихся систем организации и финансирования здравоохранения определены экономические и организационно-управленческие механизмы преодоления структурных диспропорций в отрасли;

• разработана графическая модель реорганизации финансовых и организационно-управленческих основ функционирования региональной системы здравоохранения;

• разработана методика расчета стоимости медицинских услуг и среднедушевого норматива для комплекса взаимосвязанных лечебно-диагностических учреждений, адаптированная к предлагаемой структурной организации регионального здравоохранения.

Практическая значимость результатов исследования. Практическая значимость заключается в том, что в результате проведенных исследований разработана экономико-математическая модель определения величины потребности в финансовых средствах учреждений здравоохранения. Эта модель учи тывает особенности предлагаемой структурной реорганизации региональной системы здравоохранения. По средствам своей компьютерной реализации модель позволяет рассчитывать стоимость конкретных медицинских услуг, среднедушевой норматив и общий объем потребности в финансовых средствах как для отдельного медицинского учреждения, так и объединенного комплекса медицинских учреждений, а также рационально распределять финансовые средства и контролировать процесс их расходования.

Программа, разработанная по предлагаемой модели, используется в медицинских учреждениях г. Великие Луки.

Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в преподавании курсов «Социальное страхование» и «Экономика здравоохранения».

Апробация и реализация результатов исследования. Основные положения диссертации докладывались на межвузовских научно-практических конференциях Великолукской ГСХА (1997, 1998, 1999 гг.), на научно-практической конференции: «Экономика Северо-Запада: проблемы и перспективы развития» (г. Санкт-Петербург, 1999 г.), на втором всероссийском форуме студентов и молодых ученых «Возрождение и перспективы роста экономики современной России» (г. Санкт-Петербург, 1999 г.), на конференции молодых ученых «Региональная экономика России» (г. Москва, 2000 г.).

Основные положения и результаты научных исследований опубликованы в 4 печатных работах, общим объемом 0,5 п.л.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения и библиографического списка литературы. Работа изложена на 204 страницах машинописного текста, содержит 19 рисунков, 35 таблиц и 33 приложения.

Во введении обосновывается актуальность темы диссертационного исследования, определяются его цели и задачи, раскрывается научная новизна и практическая значимость.

В первой главе «Социально-экономическая сущность обязательного медицинского страхования и его роль в реформировании системы здравоохранения РФ» на основе обобщения отечественного и зарубежного опыта уточнено содержание категорий, определяющих теоретическую базу исследования; предложена классификация медицинских услуг; выявлены основные подходы к формированию стоимости продукта медицинской деятельности; определены наиболее эффективные способы финансирования медицинских учреждений; раскрыты региональные особенности организации и финансирования здравоохранения.

Во второй главе «Структурные диспропорции в системе здравоохранения и пути их преодоления» по результатам проведенного анализа выявлены структурные диспропорции в организации и финансировании региональной системы здравоохранения в условиях ОМС, определены механизмы их преодоления; предложена графическая модель реорганизации финансовых и организационно-управленческих основ функционирования региональной системы здравоохранения; разработана экономико-математическая модель определения потребности комплекса взаимосвязанных медицинских учреждений в финансовых средствах, позволяющая осуществлять контроль за их распределением, а также рассчитывать среднедушевой норматив.

В третьей главе «Методические и прикладные аспекты определения стоимости медицинских услуг по звеньям медицинского комплекса» рассмотрены возможности использования разработанной модели при выполнении расчетов по звеньям медицинского комплекса, описаны в виде алгоритмов методические подходы к определению стоимости различных медицинских услуг; представлены результаты экспериментальной апробации разработанной модели, проведенной на базе данных конкретного медицинского объединения.

В заключении изложены основные теоретические и практические выводы, полученные в ходе диссертационного исследования.

## Медицинское страхование как способ защиты интересов населения в охране здоровья

Сложившийся в период социализма механизм государственных закупок весьма дорогостоящих медицинских услуг с последующим бесплатным их распределением среди населения в начале 90-х годов перестал отвечать финансовым возможностям государства. Кроме того, укоренившийся принцип остаточного финансирования системы здравоохранения являлся отражением того, что бюджет перестал быть устойчивым и надежным источником финансирования.

Поэтому, в условиях жесткого бюджетного дефицита организация системы обязательного медицинского страхования (ОМС) явилась тем политическим и экономическим решением, которое позволило сохранить здравоохранение как отрасль и создать предпосылки для формирования нового социального института, сочетающего принципы страхования и качественно иные подходы к финансированию медицинской помощи.

Принятый 28 июня 1991 года Федеральный Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 2 апреля 1993 года») заложил фундамент новой системы организации и финансирования системы здравоохранения. В статье 1 этого Закона было записано: «Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья». Цель обязательного медицинского страхования состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставлении за счет собранных средств при наступлении страхового случая медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах1.

Следует отметить, что в медицинском страховании под страховым случаем понимается не болезнь или несчастный случай, приведший к повреждению здоровья, а затраты, связанные с получением необходимой медицинской помощи. Под затратами здесь следует понимать расходы, связанные с пребыванием застрахованного в больнице, посещением врачей, приобретением некоторых видов лекарств и т.д.

Таким образом, система обязательного медицинского страхования, с одной стороны, является составной частью государственной системы социальной защиты, с другой, представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг.

В связи с тем, что проблема организации и финансирования здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования в России является относительно новой, чисто фундаментальные исследования по данной проблеме сравнительно невелики. В этой области работает большое количество ведущих врачей и экономистов, таких как: Н.И. Вишняков, Н.В. Герасименко, В.В. Гришин, д.э.н. Ф.Н. Кадыров, д.э.н. В.П. Корчагин, д.м.н. Н.А. Кравченко, Н.Н. Лебедева, Т.Н. Макарова, д.м.н. А.И. Макаров, д.м.н. В.М. Тавровский, A.M. Таранов, д.э.н. И.М. Шейман, д.э.н. Н.В. Шишкин и многие другие, которые имеют свое мнение относительно необходимости и порядка введения обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации.

## Структурные диспропорции как предпосылки необходимости реорганизации системы здравоохранения

Система оказания медицинской помощи в России функционирует, как уже отмечалось ранее, с чрезвычайно низкой эффективностью.

Все сегодняшние обсуждения путей развития отрасли сконцентрированы в основном на решении проблемы недофинансирования здравоохранения, тогда как проблема неэффективности использования выделяемых финансовых ресурсов, связанная с острейшими структурными диспропорциями в отрасли, остается не решенной.

Считаем, что решение именно второй проблемы является приоритетным, поскольку во многом обеспечивает и рост финансирования. Совершенствование использования ресурсов здравоохранения, в том числе и финансовых средств, позволяет найти пути его саморазвития, привлечения новых средств, применения более перспективных форм работы, стимулирующих отказ от некоторых, хотя и ставших привычными положений и видов деятельности, требующих неоправданно больших затрат.

Современное состояние отечественного здравоохранения характеризуется следующими структурными диспропорциями:

между стационарными и поликлиническими медицинскими учреждениями, что выражается в несогласованности действий и противоречиях во взаимоотношениях основных субъектов медицинского производства;

дисбалансом между обязательствами государства по медицинскому обслуживанию населения и финансовым обеспечением здравоохранения, который увеличивается по мере сокращения объемов финансирования по сравнению с величиной, необходимой для обеспечения нормальных условий деятельности существующей сети медицинских учреждений;

низким уровнем использования мощностей медицинских учреждений;

противоречиями во взаимоотношениях между основными субъектами финансирования системы здравоохранения - органами здравоохранения, местными администрациями и фондами обязательного медицинского страхования, доходящими в отдельных регионах до открытой конфронтации;

региональными различиями в уровне организации и финансирования здравоохранения;

отсутствием элементов конкуренции в деятельности страховых организаций и медицинских учреждений несмотря на попытки их внедрения в систему здравоохранения;

одновременным использованием в некоторых регионах территориального и производственного принципов страхования.

Наиболее важными проявлениями первой из обозначенных структурных диспропорций являются ниже следующие, вытекающие из проведенного ранее анализа действующей системы здравоохранения.

на долю стационарной помощи приходится 60-70 % от объема расходов на здравоохранение против 35-50 % в странах с передовыми системами здравоохранения. Это означает, что при общем недофинансировании здравоохранения поликлиники финансируются остаточным методом;

доля врачей, формирующих основу первичного звена, составляет 20-25 % от общего числа врачей (больше 50 % в странах с передовыми системами здравоохранения);

уровень госпитализации превышает рекомендуемые нормативы примерно на 70,8 % (данное превышение почти в половине случаев ничем необоснованно);

средняя продолжительность стационарного лечения составляет более 16 дней (8-12 дней в западных странах); частота направлений пациентов участковыми врачами к специалистам превышает 30 % от числа первичных посещений (в западных странах - 4-10 %);

высокие цены на лекарства в аптеках приводят к неоправданно высокой потребности в дорогостоящей стационарной помощи;

Перечисленные отрицательные последствия несогласованности действий основных производителей медицинских услуг являются причинами не рационального распределения финансовых средств.

Диспропорции между обязательствами государства в сфере здравоохранения и их финансовым обеспечением являются следствием практики финансирования комплекса медицинских услуг, структура которых сложилась исторически.

Указанное несоответствие между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывает разрушительное воздействие на всю систему здравоохранения. В ситуации, когда объем финансирования в реальном выражении уменьшается, скудные средства, направляемые в здравоохранение, распределяются между действующими медицинскими учреждениями и расходуются в первую очередь на оплату труда и коммунальных услуг. Поэтому объяснима ситуация, при которой медицинские учреждения обязывают пациентов самостоятельно приобретать медикаменты и другие необходимые материалы для госпитализации и последующего внестационарного лечения и обследования.

class3 **Методические и прикладные аспекты определения стоимости**

**медицинских услуг по звеньям медицинского комплекса** class3

## Общая характеристика расчета стоимости медицинских услуг по амбулаторно-поликлиническому звену

Модель, общая структурная схема которой была представлена на рис. 2.3, как уже отмечалось, состоит из пяти подсистем, каждая из которых, в свою очередь, представляет собой целостную систему, структура которой расчленена на подсистемы. Такая детализация позволяет определить стоимость медицинской услуги, при этом медицинская услуга рассматривается как единичное действие. Стоимость медицинской услуги является минимальной расчетной единицей для определения величины потребности в финансовых средствах как конкретного звена, так и всего медицинского комплекса в целом. Кроме того, такой порядок расчета позволит осуществлять контроль за использованием ресурсов медицинского комплекса.

Для определения стоимости медицинских услуг используются самые различные приемы и подходы. Все официально действующие методики носят рекомендательный характер. До сих пор нет единой методики, позволяющей не только рассчитывать стоимость тех или иных медицинских услуг, но и объективно оценивать ресурсную политику медицинского комплекса.

В качестве основы для определения стоимости медицинских услуг подразделений звеньев медицинского комплекса нами были взяты «Методические указания по планированию расходов на содержание больниц» (приложение к письму Министерства финансов СССР от 29 мая 1978 №48), с учетом особенностей, связанных с введением обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации, а также «Методика расчета стоимости и тарифа на оказание медицинской помощи» (1994), предложенная д.м.н. В.М. Шиповой.

Процесс расчета стоимости услуг всех звеньев медицинского комплекса структурно схож. В своей деятельности они взаимно дополняют друг друга (исключение стоматологическое звено), поэтому целесообразно определять стоимость их услуг с учетом этой взаимосвязи. Рассмотрим особенности расчета стоимости медицинских услуг для каждого звена медицинского комплекса.

Для амбулаторно-поликлинических учреждений единицей учета услуг является стоимость одного посещения по каждой врачебной специальности.

Стоимость медицинских услуг амбулаторно-поликлинического звена определяется затратами на оплату труда, включая начисления на социальное страхование, стоимостью медикаментов, материалов и перевязочных средств, величиной накладных расходов, стоимостью мягкого инвентаря и амортизационными отчислениями использованного оборудования, а также расходами на электро-, водо- и теплообслуживание.

Порядок определения стоимости одного посещения, представленный в виде блок-схемы 3.1, состоит из четырех этапов. На первом этапе (К=1.1) осуществляется расчет расходов на оплату труда врачей и медицинского персонала, на втором (К=1.2) - материальных затрат, на третьем (К=1.3) - накладных расходов, на четвертом (К=1.4) - расходов на оплату услуг параклинической службы.