

**Бричевская Ольга Теодоровна**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ –  
КАК СОЦИАЛЬНАЯ НОВАЦИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
НАСЕЛЕНИЯ**

**Специальность 08.00.05 - Экономика и управление народным хозяйством  
(экономика народонаселения и демография)**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук**

**Москва 2007**

Работа выполнена в Институте социально-политических исследований  
Российской Академии Наук

Научный руководитель: доктор экономических наук-  
Дацко Сергей Николаевич

Официальные оппоненты: Доброхлеб Валентина Григорьевна-  
доктор экономических наук, ведущий научный со-  
трудник Института социально-экономических проблем  
народонаселения  
Антонюк Владимир Витальевич-  
кандидат медицинских наук, ведущий научный сотруд-  
ник Центрального НИИ организации и информатиза-  
ции здравоохранения Росздрава

Ведущая организация: Российская академия государственной службы при  
Президенте Российской Федерации

Защита диссертации состоится 1 ноября 2007 г. в 14-00 на заседании  
Диссертационного Совета Д.002.088.02 в Институте социально-политических  
исследований РАН по адресу: 117218, г. Москва, ул. Кржижановского, д. 24/35,  
к. 5.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института социально-  
политических исследований РАН по адресу: 117218, г. Москва, ул.  
Кржижановского, д. 24/35, к. 5.

Автореферат разослан 28 сентября 2007 г.

Ученый секретарь  
диссертационного Совета  
кандидат экономических наук

Макарова Л. В.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы исследования.**

Здоровье - бесценное благо для человека. Здоровое население - основа благосостояния общества, его творческий, трудовой и оборонный "потенциал". Общеизвестным считается тот факт, что здоровье населения взаимосвязано с состоянием и динамикой протекающих в обществе демографических процессов. В свою очередь тенденции в развитии населения определяются состоянием его здоровья. Ставшие актуальными во второй половине 60 годов проблема состояния здоровья населения России и неблагоприятные тенденции в развитии ее народонаселения в настоящее время приобретают новое значение и выделены в ряд приоритетных государственных задач.

Как известно, здравоохранению в общей совокупности факторов, влияющих на сохранение и улучшение состояния здоровья населения, принадлежит от 8-12 % до 40 %, а медицинские мероприятия являются одной из составляющих демографической политики. Поэтому эффективному реформированию именно этой отрасли социальной сферы при решении современных проблем народонаселения придается особое значение. Переход к медицинскому страхованию и к обязательному медицинскому страхованию как его составной части - качественно новый этап этого процесса.

Законом о медицинском страховании граждан в Российской Федерации определено, что медицинское страхование является формой социальной защиты населения в сфере охраны здоровья. В этой связи можно определить обязательное медицинское страхование (ОМС), как социально-ориентированную систему, конечная цель функционирования которой – охрана здоровья населения. И, если принципы взаимодействия субъектов этой системы в настоящее время достаточно четко сформулированы и изучены, проблема организации их эффективного сотрудничества остается актуальной. Вопросы классификации подходов при оценке эффективности социальной новации, пример которой мы имеем, а так же определения критериев и показателей,

наиболее точно и чутко определяющих основные тенденции в развитии процессов при функционировании системы обязательного медицинского страхования на уровне муниципального образования так же требуют дополнительного изучения. Этим определен выбор темы настоящего исследования

### **Цель и задачи исследования.**

Цель исследования – рассмотреть обязательное медицинское страхование, как целостную систему в сфере охраны здоровья населения и дать оценку эффективности ее функционирования в конкретных социально-экономических условиях.

Для реализации поставленной цели в ходе исследования было необходимо решить следующие задачи:

- обосновать формы эффективности, присущие системе обязательного медицинского страхования и определить критерии и показатели для оценки эффективности ее функционирования на муниципальном уровне,

- выявить специфику характеристик населения муниципального образования, как центрального субъекта системы обязательного медицинского страхования в соответствии с выбранными показателями в зависимости от пола, возраста и социального статуса,

- доказать влияние применяемого способа оплаты за оказанные застрахованному населению медицинские услуги на изменения в структуре оказываемой медицинской помощи и эффективность расчетов в системе обязательного медицинского страхования,

- обосновать пути оптимизации и совершенствования системы с целью обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью.

**Объект исследования** - система обязательного медицинского страхования муниципального образования Московской области – городского округа Троицк и в ее составе – население, застрахованное на территории данного муниципального образования.

**Предмет исследования** – основные рабочие процессы в системе обязательного медицинского страхования: процесс страхования населения, процесс получения застрахованным населением медицинских услуг, процесс расчетов за оказанные населению медицинские услуги между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением.

**Теоретико-методологической основой исследования** стали труды демографов, социологов и экономистов. Среди них работы Андреевой О.В., Архангельского В.Н., Вялкова А.И., Григорьева С.И., Герасименко Н.Ф., Голухова Г.Н., Здравомыслова А.Г., Игнатовой Н.Г., Ивановой А.Е., Кищенко Л.П., Кравченко Н.А., Комарова Ю.М., Кучеренко В.З., Линденбратена А.А., Лисицына Ю.П., Лебедевой Н.Н., Лукашева А.М., Макаровой Т.Н., Максимовой Т.М., Михайлова Ф.В., Мотынга И.А., Овчарова В.К., Пирогова М.В., Полякова И.В., Растова Ю.Е., Решетникова А.В., Родионовой Н.В., Рыбаковского Л.Л., Савашинского С.И., Сахно А. В., Сибуриной Т.А., Семенова В.Ю., Стародубова В.И., Слиденко Ю.В., Таранова А.М., Филатова В.Н., Череповой А.А., Чертухиной О.Б., Шаповаловой М.А., Шамшуриной Н.Г., Шеймана И.М., Щепина О.П., Ядова В.А. и других.

Исследование проводилось с применением опросных методов, методов группировки и сравнения.

**Информационная база** исследования - ответы, полученные в ходе анкетного опроса, проведенного совместно Московским областным фондом обязательного медицинского страхования и профсоюзами Подмосковья в августе - октябре 2003 года на территории Московской области, собранные на территории муниципального образования городского округа Троицк. А так же - данные счетов-фактур за медицинские услуги, оказанные застрахованному населению в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования лечебно-профилактическими учреждениями муниципального образования городского округа Троицк за период 2000-2006 годов.

**Научная новизна диссертационного исследования** определяется следующими обстоятельствами.

- Обоснованы формы эффективности, характеризующие функционирование системы обязательного медицинского страхования, а так же критерии и показатели для оценки этих форм, адаптированные для применения на муниципальном уровне. Социальная эффективность определяется степенью реализации права застрахованного населения на доступную и качественную медицинскую помощь. Экономическая эффективность определяется оптимальностью применяемого способа оплаты за оказанные застрахованному населению в системе ОМС медицинские услуги.

- Выявлены категории населения, для которых получение качественной и доступной медицинской помощи затруднено в связи с отсутствием по субъективным причинам в момент опроса актуального полиса ОМС. Определена их специфика и моментная значимость. Население, не застрахованное в системе ОМС - около 1 % опрошенного населения, в основном, мужчины трудоспособного возраста. Население, не заменившее полис ОМС своевременно в связи с изменением места работы и социального статуса – около 30 % населения трудоспособного и пенсионного возраста. Население, не предъявившее полис ОМС в момент обращения за медицинской помощью - около 3 % опрошенного населения, в основном, неработающие мужчины.

- Выявлены категории населения, для которых получение качественной и доступной медицинской помощи затруднено в связи с недостаточной информированностью о системе обязательного медицинского страхования - 66 % опрошенного населения: 60 % - 68 % соответственно мужчин и женщин, преимущественно трудоспособного возраста. В 20 % случаев опрошенное население, в основном, женское трудоспособного и пенсионного возраста, надеется при реализации своих прав только на себя и лишь 6 % опрошенного населения - мужчины и женщины, в основном пенсионного возраста, реально обращается в страховые медицинские организации для защиты своих прав.

- Выявлены категории населения, для которых получение качественной и доступной медицинской помощи затруднено в связи с неудовлетворенностью оказанной медицинской помощью: 47 % - 65 % соответственно мужчин и женщин в основном трудоспособного и пенсионного возраста. Чаще всего именно по этой причине население принимает решение о получении медицинской помощи за плату. При определении структуры платежей населения за медицинские услуги показано, что платные услуги не всегда представляют собой дополнительные услуги к услугам, принятым в Базовой программе обязательного медицинского страхования, а отличаются либо качеством, либо условиями их предоставления.

- Доказано влияние способа оплаты медицинских услуг на повышение экономической эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования на муниципальном уровне за счет увеличения в структуре оказываемой населению медицинской помощи амбулаторно-поликлинических видов и получения дополнительных финансовых средств, путем полного использования преимуществ, заложенных в схеме расчетов.

- Доказана значимость для получения населением качественной и доступной медицинской помощи размещения полной и актуальной информации о правилах функционирования системы обязательного медицинского страхования именно в медицинских учреждениях. Более чем в 25 % случаев информированность населения достигается в процессе взаимодействия его с лечебно-профилактическими учреждениями: от лечащего врача и из информационных стендов. Наиболее эффективно размещение в медицинских учреждениях информационных стендов страховых медицинских организаций или территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

**Теоретическая и практическая значимость.** Теоретическая значимость работы заключается в том, что предложенная методика оценки социальной и экономической эффективности функционирования системы ОМС на муниципальном уровне может служить основой для периодического ее мониторинга с целью определения значимости развития отдельных ее направлений в тот или иной период времени. Работа может быть использована для формирования основных понятий о системе обязательного медицинского страхования у населения и медицинских работников.

Практическая значимость работы заключается в том, что даны характеристика системы обязательного медицинского страхования, сложившейся на территории муниципального городского округа Московской области города Троицк и конкретные предложения по повышению эффективности ее функционирования.

**Апробация работы.** Результаты исследования были представлены на врачебной конференции медицинских работников территории данного муниципального образования в январе 2004 года, а так же использовались в работе городской межведомственной муниципальной тарифной комиссии. Информационные стенды филиала территориального фонда были размещены в медицинских учреждениях города.

Основные положения исследования были опубликованы в 4 печатных работах общим объемом 1,7 п.л.

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснован выбор темы диссертации и указана цель работы. Перечислены задачи, необходимые к решению для достижения поставленной цели. Описаны предмет и объекты, а так же методика исследования. Коротко дана характеристика результатов, достигнутых в работе. Отражена их

теоретическая и практическая значимость. Приведены перечень публикации по теме диссертации и общая структура работы.

**Первая глава «эффективность новаций в сфере охраны здоровья населения – основа эффективной демографической политики (обзор литературы)»** представляет собой теоретическую разработку проблемы на основе обобщения выводов и заключений, представленных в современной научной литературе.

Понятие «здоровье» представлено как комплексное, динамичное и системное. Отражено многообразие существующих определений данного понятия, его характеристик и подходов к изучению. Подчеркнуто, что в современной научной литературе здоровье рассматривают обычно с точек зрения: характеристики физиологического состояния человека, степени реализации человеком своих возможностей, потребности человека, характеристики здоровья популяции или общественного здоровья.

«Модернизированным» является подход в изучении здоровья с точки зрения осуществления реализации человеком своих возможностей. Состояние здоровья индивидуума, несмотря на возможное наличие в нем отклонений от понятия "нормы", в определенной степени позволяет человеку являться полноценным участником общественной жизни. При изучении эволюции понятия "здоровье" в ходе общественного развития все чаще констатируют переход от здоровья, как увеличения продолжительности жизни к увеличению продолжительности здоровой жизни. Затем к здоровью, как к способности человека полноценно реализовать себя в общественной жизни даже в случае наличия болезни. Этот подход к изучению понятия здоровья, особенно исходя из целей данного исследования, является наиболее предпочтительным, так как в нем преобладает не столько медицинский, сколько социальный аспект.

Определенное значение с точки зрения настоящего исследования имеет подход к изучению здоровья, как к изучению определенной потребности человека. Это: желание иметь здоровье, собственно потребность в здоровье и

нуждаемость в здоровье. Согласно данным определениям желание - это состояние здоровья человека, при котором возможны действия, направленные на его улучшение. Потребность - состояние здоровья человека, при котором он вынужден задуматься о получении необходимой медицинской помощи. Нуждаемость - состояние здоровья, при котором человеку оказание медицинской помощи просто необходимо.<sup>1</sup> Важность применения указанного подхода определяется необходимостью в современных условиях именно формирования потребности человека в сохранении им здоровья до возникновения заболевания. Что является основой для планирования и организации профилактики в медицинской деятельности. Потребность в здоровье при уже наступившем заболевании рассматривается как основание для определения спроса на медицинские услуги, направленные не на профилактику, а на лечение заболевания.

Далее в работе на основе аналитических данных десятого ежегодного демографического доклада Института народно-хозяйственного прогнозирования РАН и Центра демографии и экологии человека, материалов ЦНИИОЗ и других определены основные отличительные черты развития населения в России в настоящее время. Это: систематическое уменьшение его абсолютной численности, уменьшение показателя ожидаемой продолжительности жизни населения, старение населения, смещение в структуре населения по полу в сторону увеличения женского населения, влияние на изменение численности населения внешней миграции, а на изменение численности населения отдельных регионов - внутренней миграции.

На основе данных ЦНИИОЗ подтверждено, что неблагоприятные тенденции в развитии народонаселения в России происходят на фоне изменения заболеваемости населения и ухудшения показателей его здоровья. Отмечено качественно новое явление для России - обозначившееся в 90-е годы явление социальной дифференциации здоровья населения. Среди существенных проблем

---

<sup>1</sup> Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. /Учебное пособие. М.: МЦФЭР, 2004.С.289.

в состоянии здоровья населения в последнем десятилетии названы: распространение заболеваний, передаваемых половым путем и проблема алкоголизма и наркомании. Кризис здоровья охватывает все возрастные группы населения, отмечается омоложение многих заболеваний, дальнейшая хронизация патологии, появление ее стертых, атипичных сочетанных форм, которые затрудняют диагностику и лечение

В этих условиях предъявляются качественно новые требования к проводимой государством демографической политике и как составной ее части - к мероприятиям, проводимым в сфере охраны здоровья населения. Поэтому далее система обязательного медицинского страхования рассматривается как новация в сфере охраны здоровья и раскрывается понятие эффективности социальной новации.

Под собственно эффективностью подразумевается достоинство, качество, "результативность" чего-либо, "удача" в достижении положительного результата, признанного обществом. Поскольку эффективность является категорией относительной и оценочной важно определить совокупность критериев и показателей, отражающих и доказывающих эту эффективность. На основе группировки критериев происходит выделение социальной и экономической форм эффективности, как наиболее характерных для оценки эффективности социальной новации.

Для обоснования выбора теоретической базы исследования приводится краткая характеристика подходов в изучении проблемы и принципов формирования системы показателей для оценки по выбранным критериям. Так, рассматривать понятие эффективности возможно в зависимости от цели и предмета, объекта изучения на макро- и микро - экономических уровнях, а так же как на субъективном, так и на объективном уровне. Исследовать понятие

эффективности возможно с точки зрения либо "эффективности"<sup>2</sup>, либо "неэффективности"<sup>3</sup> рассматриваемых процессов. Социальная и экономическая эффективности рассматриваются либо отдельно друг от друга, либо как совокупность.

Путем подробной характеристики основных рабочих процессов функционирования системы обязательного медицинского страхования, определяются критерии и показатели их эффективности. На основе изложенного теоретического материала обосновываются и адаптируются критерии и показатели для оценки социальной и экономической эффективности в условиях данного исследования.

**Во второй главе «Оценка социальной эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования на муниципальном уровне»** подробно рассмотрены методические основы получения информации о реакции населения на внедряемые новации путем проведения опросов. Дается обзор результатов исследований, проводимых опросными методами, по поводу оценок эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования, представленных в научной литературе.

Далее представлены результаты собственного исследования по теме диссертации. На их основе осуществлена оценка социальной эффективности системы обязательного медицинского страхования муниципального образования через выбранный критерий на основе показателей: обеспеченности населения полисами обязательного медицинского страхования, осведомленности его о правах застрахованного в системе ОМС и реализацией их защиты, удовлетворенности застрахованного населения медицинским обслуживанием.

---

<sup>2</sup> Подробнее см.: Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС / Учебно-методическое пособие / Под ред. А.М. Таранова, Н.А. Кравченко. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000. С. 243.

<sup>3</sup> Подробнее см.: Сборник методических материалов по повышению экономической эффективности деятельности участников системы ОМС на территориальном уровне. Том 3 / Под ред. А.М. Таранова, О.В. Андреевой. - М.: Федеральный фонд ОМС, 2004. - 240 с.

По данным Мособлкомгосстата по состоянию на 01.01.2003 г. численность населения города Троицк составляла 31 466 человек, из них старше трудоспособного 7 054 человека. В обследовании приняло участие 308 человек. Из них количество лиц старше трудоспособного возраста составило 71 человек. Таким образом, охват анкетированием составил приблизительно 1 % всего населения, и 1 % - населения старше трудоспособного возраста. Что, в основном, соответствует требованиям рекомендаций по формированию репрезентативной выборки при проведении анкетирования потребителей медицинской помощи.

Среди опрошенного населения преобладало работающее население (81 %), около 81 % от общего количества опрошенных были женщины. Превышение числа опрошенных женщин над числом опрошенных мужчин (особенно с возрастом) с одной стороны, явилось косвенным подтверждением складывающихся современных демографических тенденций в развитии населения. С другой - женское население наиболее охотно участвовало в исследовании, и, как известно, именно оно - основной потребитель медицинской помощи.

Анкета состояла из вводной, основной и заключительной частей. Вводная часть содержала информацию о регионе страхования опрошенного. Основная часть анкеты содержала вопросы по существу исследования и состояла из девятнадцати вопросов. В заключительной части анкеты предлагалось сообщить сведения о поле, возрасте и социальном статусе респондента (работает или нет), дать предложения по совершенствованию существующей системы обязательного медицинского страхования.

Вопросы являлись прямыми, то есть ориентированными на получение непосредственной информации. Для облегчения заполнения анкеты и возможности сопоставления ответов они, в основном, носили закрытый характер. Ряд вопросов имели в составе ответов альтернативные варианты, исключаящие друг друга, ряд вопросов предполагали ответы - наборы, то есть предусматривалось несколько вариантов ответов, дополняющих друг друга.

В ходе обработки данных обследования было выявлено, что охват обязательным медицинским страхованием опрошенного населения составляет почти 99 %. При этом показано влияние на величину этого показателя прежде всего субъективных факторов.

Какие права дает полис ОМС его владельцу, знали только 32 % от общего числа респондентов, не знали - 29 %, затруднились ответить - 37 %. Не ответили на вопрос 2 % от общего количества.

В ходе исследования было установлено, что в основном знания населения формируются средствами массовой информации (СМИ) (32 % данных ответов) и посредством общения граждан между собой (22 % данных ответов). Доля страховых медицинских организаций (страховщика) (10 % в количестве ответов) и фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС) (9 % общего количества ответов) совокупно составляет менее четверти.

Знание застрахованных о своих правах в более чем в 25 % случаев достигается в процессе взаимодействия их с лечебно-профилактическими учреждениями: информация поступает от лечащего врача и из информационных стендов. При этом, «достаточной» информацию о правах пациента в лечебно-профилактических учреждениях считают только 6 % опрошенных, "не достаточной" - 54 %, "информация отсутствует" считают - 20 % опрошенных.

Права застрахованных в системе обязательного страхования, по мнению 80 % респондентов защищают: страховщик (24 % ответов), страхователь (18 %), Московский областной фонд обязательного медицинского страхования (15 %), гражданский суд (10 %), орган управления здравоохранением (7 %), медицинское учреждение (6 %). Вместе с тем 20 % ответов указывали на ощущение определенной незащищенности анкетируемыми: "никто" - 12 %, "не знаю" - 6 %, "деньги" - 1 %, "родители"-1 %.

Больше всего организаций при ответе на этот вопрос перечислили подростки: 1,15 вариантов ответов предложено в среднем одним человеком. Что можно объяснить определенной теоретической грамотностью молодежи в

правовых вопросах. С возрастом количество названных организаций снижается до 0,83 на каждого участвующего в исследовании трудоспособного и до 0,92 на каждого участвующего в исследовании пенсионного возраста. Что можно объяснить в свою очередь практическим опытом старших в решении жизненных проблем.

Интересно отметить, что женское население оказалось более активным и эмоциональным при ответе на этот вопрос. В то время, когда из числа мужчин не ответило 25 %, из числа женщин не ответило только 19 %. При этом, только 1 мужчина предложил свой вариант ответа, среди женщин же эта численность составила 53 человека.

Всего около 6 % общего числа опрошенных по вопросам защиты прав застрахованных обращались в страховую медицинскую организации. Причины обращений распределились при ответах следующим образом. В основном, 36 % из общего числа обращений - это обращения по поводу обеспечения полисами ОМС. По поводу оказания медицинской помощи осуществлено 17 % обращений. Это обращения, связанные с организацией работы лечебно-профилактического учреждения, его санитарно-гигиеническим состоянием, с лекарственным обеспечением, питанием в больнице, с этикой и деонтологией медицинских работников, качеством оказания медицинской помощи. Третье место занимают различного рода консультации (14 %). Около 11 % обращений приходится на вопросы относительно выбора врача и лечебно-профилактического учреждения. Обращения относительно направления в другие медицинские учреждения и по поводу отказов в предоставлении медицинской помощи имеют незначительные доли - 7 % и 4 % соответственно, остальные обращения были осуществлены по прочим причинам.

Подростки обращались в страховую медицинскую организацию в основном за получением полиса. Лица трудоспособного возраста обращались к страховщику за получением или заменой страхового полиса так же в половине случаев. Основная доля обращений по поводу качества оказания медицинской

помощи, вопросов выбора врача и лечебного учреждения выделена среди ответов лиц пенсионного возраста.

Из числа обратившихся в страховую медицинскую организацию 56 % удовлетворены результатом, 39 % - не удовлетворены, 5 % удовлетворены частично. При этом отрицательные ответы отмечаются в основном при обращении по поводу качества оказываемой медицинской помощи, что можно вполне объяснить субъективными оценками застрахованного лица результатов его обращения.

При получении медицинской помощи определенная неудовлетворенность возникала у 62 % опрошенного населения. Доля неудовлетворенных оказанной медицинской помощью увеличивалась с возрастом и составляла от 55 % для лиц в возрасте до 18 лет до 66 % у лиц пенсионного возраста. Больше не удовлетворенных из числа опрошенных женщин (65 %), чем мужчин (47 %).

Около двух третей всех отрицательных ответов было дано относительно работы поликлиники: в 58 % случаях претензии касались работы взрослой поликлиники, в 19 % случаях - работы детской поликлиники, в 12 % случаях - работы стоматологического отделения, в 11 % случаях - женской консультации.

В случаях обращения за медицинской помощью в стационары наиболее часто отмечалась неудовлетворенность при лечении в отделениях: терапевтическом (24 %), неврологическом (14 %), травматологическом (12 %), гинекологическом (11 %) и хирургическом (9 %). Единичные случаи отмечены в отношении детского и приемного отделений, реанимации, урологии, дерматологии, нейрохирургии.

Видимо именно по причине неудовлетворенности медицинской помощью население принимает решение о получении медицинской помощи за плату. Так, по месту жительства медицинскую помощь оплачивали 61 % опрошенного населения, в медицинском учреждении другого района медицинскую помощь оплачивали 24 % опрошенного населения, в областных медицинских учреждениях медицинскую помощь оплачивали 9 % опрошенного населения, в

медицинском учреждении другой области медицинскую помощь оплачивали 12 % опрошенного населения.

В 43 % случаев платную медицинскую помощь опрошенные получали по направлению врача, в 3 % случаев платная медицинская помощь была получена по причине отсутствия полиса ОМС, в 54 % случаев платная медицинская помощь была получена по собственному решению.

Получившим платную медицинскую помощь по направлению врача выдавали квитанцию в 51 % случаях, получившим платную медицинскую помощь по причине отсутствия полиса - в 25 % случаев, получившим платную медицинскую помощь по собственному желанию - в 47 % случаев. Таким образом, приблизительно в половине случаев оказания платных медицинских услуг квитанции пациенты не получают. При получении медицинской помощи по направлению врача квитанции получают пациенты чаще, чем при получении медицинской помощи по собственному желанию.

Платную медицинскую помощь чаще получают женщины, чем мужчины. Работающее население пользуется платными медицинскими услугами чаще неработающего. При анализе структуры платежей населения по видам медицинской помощи выявлено, что не всегда оплачиваемые услуги являются дополнительными к услугам, предоставляемым в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Так, в общем количестве ответов по поводу оплаты приема врача только в 1 % случаев указывались редкие узкие специалисты-врачи и в 5 % случаев указывалось на оплату дополнительных медицинских услуг (профилактические осмотры и зубное протезирование).

По ходу исследования получаемые показатели сравнивались с показателями, полученными на территории Московской области в целом.

**В третьей главе «Способ оплаты медицинских услуг, как основа эффективного функционирования системы обязательного медицинского страхования»** подробно рассмотрены теоретические основы выбора способа

оплаты за оказанные медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования – как основного инструмента повышения экономической эффективности системы. На основании мнений, высказанных в современной научной литературе, приводятся задачи, успешное решение которых определяет оптимальный выбор способа оплаты медицинской помощи на современном этапе. А так же - требования, которым способ оплаты, применяемый при расчетах между лечебно-профилактическим учреждением и страховщиком, должен соответствовать. В диссертации приводятся характеристики способов оплаты, применяемых при расчетах за оказанные медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования, дается сравнительный анализ их достоинств и недостатков, предлагается их подробная классификация.

Далее дается хронология процесса развития способов оплаты за оказанные медицинские услуги, применяемых при расчетах в системе обязательного медицинского страхования в Московской области. При этом выделяются периоды:

- с начала функционирования системы до середины 1998 года: оплата за поликлиническую медицинскую помощь осуществлялась, в основном, за отдельные медицинские услуги; стационарная медицинская помощь, в основном, оплачивалась по количеству проведенных пролеченными больными койко-дней. При этом тарифы, индивидуальные или групповые, были установлены в сопоставимых ценах для отдельной медицинской поликлинической услуги и профильного койко-дня в стационаре для конкретного лечебно - профилактического учреждения и выражались в рублевом эквиваленте;

- с середины 1998 года до конца 2000 года: оплата за поликлиническую медицинскую помощь осуществлялась, в основном, за оказанные врачебные посещения по профилям медицинской помощи, стационарная медицинская помощь, как и прежде, оплачивалась по количеству проведенных пролеченными больными койко-дней в профильных отделениях. При этом тарифы за единицу расчетов были установлены в баллах;

- с конца 2000 года по настоящее время: расчеты за оказанные медицинские услуги стали осуществляться на основе применения расчетного коэффициента, в основе определения которого лежал принцип сопоставления фактических и плановых показателей, характеризующих объемы медицинской помощи, оказанной населению Московской области.

При этом, с конца 2000 года по октябрь 2001 года сопоставление фактических и плановых показателей осуществлялось на основе «шкалы регресса», в основе применения которого – нормативная среднепрофильная длительность лечения больного. С ноября 2001 года по 2004 год сопоставление фактических и плановых показателей осуществлялось на основе применения «коэффициента регресса», в основе применения которого - нормативная среднепрофильная длительность госпитализации. В период 2005 - 2006 годов соотношение фактических и плановых показателей осуществлялось на основе «коэффициента соответствия», в основе применения которого – укрупненная нормативная длительность госпитализации, рассчитанная в среднем для всех профилей круглосуточного стационара учреждению.

На примере муниципального образования Московской области городского округа Троицк в работе проведен сравнительный анализ эффективности применяемых при расчетах в период после 2000 года способов оплаты. Поскольку именно для этого периода отмечено относительное постоянство других характеристик системы обязательного медицинского страхования (количество субъектов системы, их финансовая устойчивость и принципы взаимодействия). Анализ осуществлен на основе сравнения показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений в конкретных условиях: изменение статистических показателей лечебно-профилактических учреждений, размера финансовых потерь при экспертизе качества медицинских услуг, размера финансовых поступлений в лечебно-профилактические учреждения в зависимости от применяемого способа оплаты.

В период 2000-2006 годов на территории оказывалась амбулаторно-поликлиническая помощь по 15 профилям. При поликлинике функционировал дневной стационар по двум профилям, был открыт стационар на дому. Круглосуточная стационарная помощь оказывалась по восьми профилям, по двум профилям был открыт стационар дневного пребывания. Изменение статистических показателей представлено в таблице 1.

Табл. 1

Показатели медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, лечебно-профилактическими учреждениями муниципального образования (с учетом результатов экспертизы) населению территории.

(единицы учета)

	2000	2006
Поликлинические посещения	182 460	193 095
Дневной стационар	1 964	3 679
Стационар на дому	0	416
Круглосуточный стационар	47 346	43 334
Стационар дневного пребывания	0	1 593

В диссертации показано, что в объеме поступлений средств обязательного медицинского страхования в 2000 году за оказанную застрахованному населению Московской области медицинскую помощь средства, полученные поликлиникой, составили 42 %, дневными стационарами – 1 %, круглосуточными стационарами - 57 %. В 2006 году соотношение составило по аналогичным позициям уже 47 %, 4 % и 49 % соответственно. Так, путем анализа изменения статистических показателей и структуры оказанной медицинской помощи населению Московской области, делается вывод о позитивных изменениях, произошедших в период 2000-2006 годов под влиянием проводимых мероприятий по совершенствованию тарифной политики.

Для осуществления сравнительного анализа экономических показателей в работе вводится понятие «потерь» - условной величины средств недополученных, либо полученных дополнительно вследствие применения при формировании счетов-фактур за оказанные медицинские услуги расчетного коэффициента и рассматривается изменение этого показателя в зависимости от

выбранного способа оплаты. Затем рассматривается влияние выбранного способа оплаты на размер уменьшения счета вследствие текущей медико-экономической экспертизы счетов-фактур, осуществленной экспертами страховой медицинской организации перед принятием счета к оплате.

Так, при сравнении показателей, полученных при расчетах за оказанные медицинские услуги в период с ноября 2000 года по октябрь 2001 года и в 2002 году видно, что величина суммы «потерь» в целом для лечебно-профилактических учреждений города была положительной. В относительном выражении (к величине потенциально возможного счета) она составила для способа оплаты с применением «регрессной шкалы» 1,96 % и для способа оплаты с применением «коэффициента регресса» - 1,76 %, т.е. была практически одинаковой. При применении же укрупненной схемы расчетов 2006 года в целом по муниципальному образованию величина «потерь» была отрицательной, хотя и составила от суммы потенциально возможного счета только 0,06 %, что послужило принципиальным отличием этого способа оплаты.

Исключения из счетов-фактур за оказанные медицинские услуги вследствие обнаружения различных дефектов по результатам текущей медико-экономической экспертизы за период 2000-2001 годов составили около 0,7 % от суммы выставленного к оплате счета. За период 2002 года этот показатель был равен только 0,3 %. Разница объясняется количеством экспертиз, предусмотренных изначально в схеме расчетов по методу «регрессной шкалы». Так как дополнительные и отдельные дополнительные счета, сформированные при расчетах по этой схеме, предъявлялись к оплате только после проведения экспертиз представленных реестров по случаям лечения с превышением установленной длительности пребывания в стационаре. Этот показатель рассматривается в работе как положительно характеризующий именно первый способ расчетов. Доля потерь от применения штрафных санкций для 2006 года составила 0,2 % от суммы выставленных счетов, что существенно ниже аналогичного показателя для схемы расчетов по способу оплаты «регрессной

шкалы» и несколько ниже аналогичного показателя для схемы расчетов по способу оплаты с применением «коэффициента регресса».

Далее в диссертации дается подробная сравнительная характеристика влияния выбранного способа оплаты за оказанные медицинские услуги на результаты деятельности учреждений по видам и профилям оказанной медицинской помощи. На примере дневных стационаров поликлиник и круглосуточного стационара гинекологического профиля показано влияние на конечные экономические результаты деятельности учреждения корректно установленных в период планирования нормативных показателей длительности лечения больного. На примере круглосуточного стационара хирургического профиля показано влияние на конечные экономические результаты деятельности учреждения оптимизации планового потока больных при госпитализации. На примере круглосуточного стационара травматологического профиля показано влияние на конечные экономические результаты деятельности учреждения внешних факторов, оптимальное прогнозирование которых при перспективном планировании мало вероятно и именно в этих условиях оказывается эффективным применение укрупненной схемы расчетов 2006 года.

При анализе результатов деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях применения способа оплаты с применением «коэффициента соответствия» доказана необходимость дополнения корректировки текущих месячных планов корректировкой годовых плановых заданий, что позволит избежать дисбаланса в работе отдельных профильных отделений в составе учреждения. Предложено применение для обеспечения сбалансированной работы методов экономического стимулирования, например, «коэффициента сбалансированности».

В результате анализа сделан вывод о том, что способ оплаты, при котором расчеты за оказанные медицинские услуги организуются с учетом классификации по группам в зависимости от нозологических форм заболеваний

внутри профильных отделений, хоть является более трудоемким в организации, но позволяет производить расчеты наиболее эффективно.

**В Заключении** приведены выводы, которые следуют из полученных в ходе исследования результатов и даются рекомендации по их практическому применению.

**Список опубликованных по теме диссертации работ.**

Бричевская О.Т. Оперативный анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений по оказанию медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования населению муниципального образования, как резерв интенсификации работы системы. В сб.: Проблемы территориального здравоохранения (сб. научных трудов, вып. 5), РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ – М.: 2003 г.

Бричевская О.Т. Мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи. В сб.: Проблемы территориального здравоохранения (сб. научных трудов, вып. 5), РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ – М.: 2003 г.

Бричевская О.Т. «Регресс» - за или против? К вопросу о способах оплаты медицинской помощи в Московской области. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. № 5 – 2003 г.

Бричевская О.Т. Вопросы тарифной политики в системе обязательного медицинского страхования (на примере муниципального образования Московской области). Международная экономика. № 10 – 2007 г.

---

На сайте ИСПИ РАН публикуется в авторской редакции