

02  
34282

На правах рукописи

А Б Ы Л К А С Ы М О В

Ерасыл



ИСТОРИЧЕСКИЕ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-  
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВВЕДЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

14.00.33 - Социальная гигиена и организация  
здравоохранения

А в т о р е ф е р а т  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Москва - 1996

3428

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Работа выполнена в научно-исследовательской лаборатории по реформированию здравоохранения АМИ Казахстана и Научно-исследовательском институте социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН

Научные консультанты - доктор медицинских наук, академик НАН Республики Казахстан, профессор М. А. Алиев, доктор медицинских наук А. Л. Линденбратен

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор В. З. Кучеренко, доктор медицинских наук, профессор Н. С. Ягья, доктор медицинских наук Б. Л. Винокуров

Ведущее учреждение: Российская медицинская академия последипломного образования

Знак 10  
построится "4" июля 1996 г. в диссертационного совета Д074.07.01 ассертаций при НИИ социальной гигиены и здравоохранением им. Н. А. Семашко "Воронцово поле. 12).

ознакомиться в библиотеке НИИ им. ул. Воронцово поле. 12).

"май" 1996 г.

С. С. Рятвинский

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Социально-экономические перемены, происходящие в настоящее время в Республике Казахстан, обуславливают изменение представлений о направлениях удовлетворения потребности граждан в лечебно-профилактической помощи.

Становится очевидным, что в процессе осуществления экономической реформы на ее первоначальном этапе значительно снижается материальная обеспеченность граждан, ухудшается их уровень жизни и здоровья, из-за уменьшения возможностей государственного бюджета сокращаются социальные гарантии и снижается уровень социальной защищенности населения.

В Республике Казахстан за последние годы уменьшаются уровень рождаемости и средняя продолжительность жизни. Определилась тенденция снижения естественного прироста населения, увеличилась заболеваемость среди детей и взрослых. По-прежнему высокими остаются показатели детской смертности. Растет заболеваемость психическими расстройствами, онкологическими болезнями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями органов дыхания и пищеварения, туберкулезом, венерическими заболеваниями, некоторыми другими инфекционными болезнями. Серьезной проблемой становится травматизм на производстве и в быту. Состояние ресурсного обеспечения здравоохранения, его бюджета не позволяют сегодня переломить эти отрицательные тенденции, обеспечить необходимые качество и объем медицинской помощи населению республики.

Изложенное делает особо актуальным исследование наиболее эффективных направлений развития системы медицинской помощи и ее ресурсного обеспечения.

ГОС. КНИЖ. ПАЛ. № 51  
15.11.96

239588



Одним из таких направлений в Республике Казахстан становится обязательное медицинское страхование (ОМС), которое рассматривается как форма социальной защиты населения в условиях перехода народного хозяйства к рыночной экономике.

Поэтому сегодня важное значение приобретает изучение социальных, медицинских и экономических оснований перехода к обязательному медицинскому страхованию, разработки его программ на республиканском и территориальном уровнях. В связи с этим актуальным является обобщение опыта Казахстана и зарубежных стран в использовании принципов медицинского страхования, а также развития системы медицинского страхования в современной России.

Этим проблемам посвящены опубликованные в последние годы работы В. Г. Бутовой, Б. Л. Винокурова, В. В. Гришина, В. Н. Девятко, В. Г. Коржикова, В. З. Кучеренко, Ю. П. Лисицина, В. С. Преображенской, А. В. Решетникова, М. П. Ройтмана, И. А. Самченко, В. Ю. Семенова, В. И. Стародубова, О. П. Щепина и др.

Переход к обязательному медицинскому страхованию требует создания новых гражданско-правовых отношений между субъектами, осуществляющими функционирование системы ОМС, с целью реализации положений Указа Президента Республики Казахстан, имеющего силу Закона, от 15 июня 1995 г. N 2329 "О медицинском страховании граждан". Очевидно, что в этом основополагающем документе не могут предусматриваться детали взаимодействия отдельных структур системы обязательного медицинского страхования.

Реформирование государственной системы здравоохранения в республике должно осуществляться при соответствующей подготовке сети медицинских организаций к работе в новых условиях, четком определении функций территориальных отделений Фонда обязательного

медицинского страхования при Правительстве Республики Казахстан (ФОМС) и их взаимосвязи с органами управления здравоохранением и медицинскими организациями.

Поэтому представляется необходимым изучение действующей в республике и разработка более рациональной организационно-функциональной модели обязательного медицинского страхования, а также анализ практики составления соответствующих программ на республиканском и территориальном уровнях, что и определяет актуальность настоящего исследования, его цель и основные задачи.

**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В связи с вышеизложенным, основной целью настоящего исследования явилась разработка рекомендаций по введению и совершенствованию системы ОМС, созданию и реализации территориальных программ ОМС на основе комплексного социально-гигиенического исследования становления и развития системы ОМС в Республике Казахстан.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить и обобщить имеющийся опыт развития и функционирования систем медицинского страхования в России и других зарубежных странах.
2. Провести анализ развития системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.
3. Обосновать необходимость перехода Казахстана к обязательному медицинскому страхованию как важнейшему разделу реформы здравоохранения.
4. Разработать модель системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.
5. Подготовить рекомендации по методическому обеспечению

введения системы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Казахстан.

6. Определить социально-гигиенические требования к обоснованию территориальных программ ОМС.

7. Предложить методику экономического анализа территориальных программ ОМС и привести пример экономической оценки отдельной программы.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И МАТЕРИАЛЫ.** В диссертации использован комплекс социально-гигиенических методов исследования - исторический, экспертный, экспериментальный, социологический, экономического анализа.

**БАЗА ИССЛЕДОВАНИЯ.** Минздрав Республики Казахстан, органы управления здравоохранением и медицинские организации. Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Республики Казахстан, отделения Фонда ОМС.

**ИСТОЧНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Директивные материалы (указы, постановления, приказы, распоряжения), а также инструкции, методические указания по организации обязательного медицинского страхования и как в Республике Казахстан, так и в других странах ближнего и дальнего зарубежья, архивные материалы и опубликованные в печати источники литературы по проблеме, специально собранные данные социологического исследования и экспертной оценки относительно практической реализации ОМС в республике.

**НАУЧНАЯ НОВИЗНА** данного исследования заключается в том, что впервые:

- проведено социально-гигиеническое исследование становления системы ОМС в Республике Казахстан;

- разработана организационно-функциональная модель взаимо-

действия территориальных органов управления здравоохранением, учреждений медицинского страхования и медицинских организаций;

- осуществлена подготовка научно-методических материалов по обеспечению введения обязательного медицинского страхования в республике в виде рекомендаций по отдельным этапам практического внедрения системы;

- определены основные положения разработки территориальных программ обязательного медицинского страхования, исходя из сложившегося уровня здоровья населения;

- подготовлена методика экономического анализа территориальных программ ОМС и сделана соответствующая оценка отдельной региональной программы на примере Алматинской области.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ** работы определяется разработкой конкретных предложений по рационализации развития системы ОМС в Республике Казахстан, определением значения и основных положений разработки территориальных программ обязательного медицинского страхования, предложенной нами методикой их экономической оценки.

В целях обеспечения перехода к обязательному медицинскому страхованию разработаны предложения по методическому обеспечению введения системы ОМС, а также рекомендации по освещению среди граждан (застрахованных) принципов медицинского страхования и его значимости как формы социальной защиты населения в рыночных условиях.

Основные положения диссертации доложены на республиканских и региональных научно-практических конференциях и семинарах. В том числе на коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан, заседании Комитета по охране здоровья народа и его социальной защите Верховного Совета Республики Казахстан, сессиях АМН Казахстана, республиканских семинарах-совещаниях по внедрению

введение обязательного медицинского страхования граждан.

4. Обоснование разработки территориальных программ обязательного медицинского страхования и методика их экономического анализа.

**ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ.** Диссертационная работа состоит из введения, шести глав, выводов и предложений, списка использованной литературы, содержащего наименования 326 источников, материалов внедрения результатов исследования в практику здравоохранения, приложений. Общий объем работы, включая схемы, таблицы и приложения 423 машинописных страниц. Работа проиллюстрирована 12 таблицами и 4 рисунками.

**СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обосновывается актуальность проведенного исследования, формулируются его цель и задачи, приводятся краткие сведения о методах и базах исследования, подчеркивается научная новизна и практическая значимость работы, даются сведения о внедрении результатов исследования в практику здравоохранения и определяются основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** освещаются методика и организация исследования. Поскольку вся работа в основном носит научно-методический характер, в данном разделе приведены только основные принципы и подходы, использованные в исследовании, а более подробно соответствующие методические приемы освещены в последующих главах.

Для обоснования необходимости перехода к ОМС в Республике Казахстан проведен исторический анализ становления, развития и функционирования систем медицинского страхования в экономически развитых странах, в России и Республике Казахстан. При этом было

обязательного медицинского страхования, коллегии Алматинского государственного управления здравоохранения и др.

Все научно-методические разработки были использованы в Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, местных органах и учреждениях здравоохранения, фонде обязательного медицинского страхования при Правительстве Республики Казахстан и его отделениях, прошли апробацию и получили практическое внедрение во многих регионах республики.

Материалы диссертации используются при проведении занятий для организаторов здравоохранения различных уровней по проблеме "Переход здравоохранения на медицинское страхование" в Казахском государственном институте усовершенствования врачей.

По материалам исследования опубликовано 17 работ. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения научно-методические материалы: "Методическое обеспечение введения системы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Казахстан", "Теоретические основы ценообразования на платные услуги. Механизм формирования цен на услуги здравоохранения". "Методика расчетов по экономическому обоснованию территориальной базовой программы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан", "История и современное состояние медицинского страхования в России".

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:**

1. Необходимость введения системы обязательного медицинского страхования в современных экономических условиях Республики Казахстан.
2. Организационно-функциональная модель обязательного медицинского страхования в республике.
3. Система и последовательность мероприятий, обеспечивающих

осуществлено изучение и обобщение опыта по данным более чем 300 литературных источников, а также имеющихся официальных материалов и документов.

В частности, при рассмотрении вопросов становления обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан было изучено и проанализировано законодательство Республики Казахстан, правительственные и ведомственные нормативные документы.

Для обоснования введения системы ОМС и составления территориальных программ были использованы официальные материалы, содержащие сведения об оценке состояния здоровья населения и здравоохранения Республики Казахстан.

Переход к обязательному медицинскому страхованию, готовность системы к работе в новых условиях требуют соответствующего анализа. Поэтому необходимо было оценить подготовленность отделений ФОМС, уровень организации страхового дела в здравоохранении.

Для изучения этих вопросов проведено исследование среди сотрудников отделений фонда обязательного медицинского страхования всех регионов Республики Казахстан, включая г. Алматы. Программа исследования содержала перечень вопросов, охватывающих различные стороны их деятельности, связанные с внедрением ОМС, включая готовность медицинских организаций и органов управления здравоохранением к работе в новых условиях, а также некоторые организационные моменты практической реализации Указа Президента "О медицинском страховании граждан".

Инструментом для сбора необходимого материала явилась специально разработанная карта, которая была направлена во все отделения фонда ОМС. В сопроводительном к данной карте письме содержалась просьба для ответов использовать знания наиболее компетент-

ных сотрудников отделения из числа руководящего состава. Всего были подвергнуты анализу ответы 100 респондентов на 21 вопрос.

Проведенное изучение и непосредственное ознакомление с деятельностью ряда отделений Фонда ОМС позволили предложить более рациональную модель обязательного медицинского страхования для Республики Казахстан, а также рекомендации и схему по составлению в регионах республики территориальных программ.

Глава вторая посвящена обзору литературных данных, касающихся проблем функционирования систем медицинского страхования в различных странах, прежде всего дальнего зарубежья.

По существу повсеместно идут интенсивные поиски наиболее эффективной модели финансирования здравоохранения, его организационной структуры и управления. В настоящее время процесс реформирования здравоохранения переживают практически все страны Европы и многие государства других континентов. Причина этого прежде всего в трудностях финансирования, испытываемых как централизованными государственными системами здравоохранения, так и страховой медициной государственного и частного характера. При этом в странах, где давно укоренилась преимущественно частная, в том числе и страховая, медицина (например, США, ЮАР), наблюдается тенденция к развитию государственного сектора. В то же время для стран с исключительно или преимущественно государственной системой здравоохранения характерен переход к страховой медицине с элементами рыночных отношений (страны Центральной и Восточной Европы, Великобритания, Скандинавские страны).

Опыт различных стран и выводы, к которым приходят эксперты ВОЗ, показывают, что унифицированной модели финансирования здравоохранения, которая удовлетворяла бы потребности всех стран, не

существует и не может быть. Очевидно, этот факт полезно и необходимо учитывать и при проведении реформы здравоохранения в Республике Казахстан.

В третьей главе приводятся материалы изучения основных этапов становления и развития медицинского страхования в России, опыт которой чрезвычайно важно учитывать при введении системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан. Одним из основных выводов при этом можно считать то, что введение медицинского страхования не является универсальным средством выведения здравоохранения из кризиса, но оно представляет собой систему факторов, адаптирующих его к рыночным отношениям.

Глава четвертая посвящена вопросам становления системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.

Активная деятельность по внедрению медицинского страхования в Республике Казахстан начала осуществляться с 1992 года, после того, как Верховный Совет, а затем Президент Н. А. Назарбаев приняли Закон Республики Казахстан от 10 января 1992 года "Об охране здоровья народа в Республике Казахстан".

Во исполнение Закона Кабинет Министров последовательно принимает Постановления: "О неотложных мерах по совершенствованию здравоохранения в условиях перехода к рынку" (N 657 от 5 августа 1992 года), "Вопросы внедрения медицинского страхования" (N 1174 от 23 ноября 1993 г.)

С целью реализации второго Постановления Правительства Министрство здравоохранения издает приказ от 5.01.1994 года N5 "Об определении экспериментальных регионов по внедрению ОМС" (определены три экспериментальные области - Жезказганская, Кокшетауская, Южно-Казахстанская). Несколько позднее в их число была включена

Западно-Казахстанская область (приказ Минздрава от 29.03.1995 г. N 143).

Внедрение осуществлялось поэтапно: внедрение нового хозяйственного механизма - внедрение ОМС на отдельных территориях области - введение ОМС на всей территории области. Как известно из печати, в большинстве случаев внедрение происходило довольно трудно, и к лету 1995 года можно было говорить о неполном введении ОМС в этих областях.

Следующим основополагающим директивным документом стал Указ Президента Республики Казахстан, имеющий силу Закона, "О медицинском страховании граждан" от 15 июня 1995 года N 2329, согласном которому система ОМС в Казахстане вводилась с 1 января 1996 года

В преамбуле Указа сказано, что он издан в целях закрепления правовых, экономических и организационных основ ОМС в Республике Казахстан.

Во исполнение Указа Правительство Республики принимает два важнейших постановления: "О создании фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Республики Казахстан" (N 1295 от 29.09.1995 г.) и "Вопросы введения обязательного медицинского страхования граждан" (N 1845 от 22.12.1995 г.).

Постановлениями утвердились Положение о фонде ОМС; базовая программа ОМС; программа первоочередных мер по развитию ОМС в республике; порядок ОМС иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих, или временно находящихся в Казахстане; типовые правила ОМС; временный порядок аккумулирования и использования страховых платежей по ОМС; положение о порядке уплаты страховых платежей в ФОМС и его областные (Алматинское городское)

отделения: инструкция о порядке взимания и учета страховых платежей на ОМС; типовой договор ОМС работающих граждан; типовой договор ОМС неработающих граждан.

Целями первоочередных мер по развитию ОМС в Республике Казахстан определены обеспечение доступности и бесплатности медицинского обслуживания населения в рамках базовой программы ОМС и гарантированного объема медицинских услуг, за счет финансирования из ФОМС и бюджета, а также поэтапное реформирование системы здравоохранения с внедрением экономических методов управления и привлечением негосударственных медицинских структур, и максимальная адаптация системы здравоохранения к условиям рынка.

Первоочередные меры предусматривали четыре этапа, обусловленные как факторами макроэкономическими, так и внутрисистемного и структурного характера: подготовительный, организационный, переходный, завершающий.

Мероприятия подготовительного этапа, с сентября по декабрь 1995 года включали: принятие документов, регламентирующих деятельность субъектов ОМС; создание инфраструктуры ОМС; определение численности различных контингентов населения, подлежащих ОМС; разработку системы учета оказанных медицинских услуг.

Организационный этап, продолжительностью с января по март 1996 года был необходим для: аккумуляирования финансовых средств для финансирования переходного этапа; подготовки перехода от сметно-затратного механизма финансирования здравоохранения к финансированию из расчета на одного жителя и на одного пролеченного больного, на основе ценообразования; установления порядка финансирования медицинских организаций в условиях смешанного финансирования здравоохранения; тиражирования полисов ОМС, заключения

договоров со страхователями и медицинскими организациями, обеспечения населения полисами; создания информационной базы по страхованным, страхователям и медицинским организациям, заключившим договор на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС; формирования системы оценки качества оказываемой медицинской помощи; подготовки кадров для системы ОМС.

Продолжительность переходного этапа с апреля по июнь 1996 года. Особенность этапа - оказание медицинской помощи населению в условиях ОМС. На этом этапе ФОМС осуществляет: перераспределительные функции; сбор страховых платежей по ОМС; оплату медицинских услуг в рамках базовой программы ОМС из отделений Фонда; создание второй очереди информационной системы ОМС; подготовку и обучение кадров для системы ОМС; формирование системы оценки качества оказываемой медицинской помощи.

Наконец, заключительный этап, продолжительностью с июля по август 1996 года. Характеризуется: созданием третьей очереди информационной системы ОМС; завершением формирования системы оценки качества оказываемой медицинской помощи; продолжением подготовки и обучения кадров для системы ОМС.

С целью реализации Постановлений Правительства Министерства здравоохранения издает приказы директивного характера:

1. "О лицензировании медицинской деятельности в стране (№8 от 13.02.1996 г.);
2. "Об утверждении медицинских стандартов" (№76 от 16.02.1996 г.);
3. "Об утверждении Положения о деятельности медицинской организации в условиях ОМС" (№92 от 26.02.1996 г.)

Кроме того, ввиду нарушения вышеуказанных сроков этапности



введения ОМС в республике. Минздрав дополнительно издает приказ №136 от 28.03.1996 года, согласно которому в течение II квартала 1996 года медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС должна повсеместно оказываться бесплатно. Причиной этого явилась разная степень готовности регионов к работе в условиях ОМС.

Определенное значение в выполнении Указа Президента "О медицинском страховании граждан" имели коллегии Министерства здравоохранения, посвященные этой проблеме (в том числе выездные), различные семинары-совещания и конференции, а также деятельность представителей иностранных государств.

Существенную роль в активизации реформирования здравоохранения в регионах и, в частности внедрения системы ОМС, сыграла поездка во все 19 областей Казахстана вице-преьера Республики Казахстан И. Н. Тасмагамбетова во главе с руководством Минздрава и ФОМС.

Наиболее значительные подвижки в реализации Указа произошли с организацией и деятельностью Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Республики Казахстан.

Определенное значение во внедрении системы ОМС в республике имело опубликование АМН Казахстана методического пособия "Методическое обеспечение введения системы ОМС граждан в Республике Казахстан", где нами были выделены 3 периода: I - подготовительный, с 15 июня 1995 года по 31 марта 1996 года; II - начальный этап функционирования системы ОМС, с 1 апреля по 31 декабря 1996 года; III - период предварительной коррекции системы ОМС, с 1 января по 31 марта 1997 года.

Таким образом, изложенные нами материалы по вопросам введения и становления системы ОМС в Республике Казахстан позволяют

сделать вывод, что выход в свет Указа Президента Республики Казахстан, имеющего силу Закона, "О медицинском страховании граждан" означает начало качественно нового этапа развития реформы здравоохранения Казахстана. Ему предшествовал период, начиная с 1992 года, ознакомления, анализа и критического переосмысления опыта функционирования здравоохранения в условиях ОМС в странах дальнего зарубежья, в государствах бывшего СССР (Россия), а также эксперимента по внедрению ОМС на отдельных территориях Казахстана. В целом, к настоящему времени введение ОМС в Республике Казахстан фактически осуществлено. Для доработки функционирования всех его звеньев в нормальном режиме требуются лишь время, экономическая и политическая стабильность в стране.

В пятой главе рассматриваются вопросы, связанные с методическим обеспечением введения системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.

Предлагаемая в данном разделе методика введения ОМС имеет целью обеспечение организованного перехода к обязательному медицинскому страхованию граждан на территории всей республики.

Реализация системы обязательного медицинского страхования на основе Указа Президента, имеющего силу Закона, "О медицинском страховании граждан" требует значительной подготовительной работы, которую должны осуществлять Правительство республики, Фонд обязательного медицинского страхования и его отделения, Министерством здравоохранения и его органы управления здравоохранением на местах, а также медицинские организации.

Как было указано ранее, перевод здравоохранения на систему ОМС в любом регионе можно условно разделить на три основных этапа.

Подготовительная работа (1 этап) должна проводиться Фондом обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения и их подведомственными органами по следующим направлениям:

1. Разработка правовой и нормативной базы.
2. Организация системы управления процессом внедрения ОМС и создание информационной базы.
3. Разработка территориальных программ, их конкретизация соответственно возможностям в обеспечении денежными средствами.
4. Лицензирование и аккредитация медицинских организаций.
5. Создание филиалов областных отделений ФОМС.
6. Заключение договоров между субъектами ОМС.
7. Формирование в органах и учреждениях здравоохранения подразделений, занимающихся вопросами медицинского страхования.
8. Определение порядка ценообразования и финансирования медицинской помощи застрахованным.
9. Проведение разъяснительной работы среди населения и выдача страховых полисов.
10. Проверка готовности к введению ОМС.

Введение системы обязательного медицинского страхования возможно только после полного выполнения всего объема подготовительной работы. Если такой готовности нет, то необходимо временно воздержаться от введения ОМС во избежание дискредитации всей системы.

При введении обязательного медицинского страхования (2 этап) предусматриваются следующие мероприятия:

1. Определение порядка оплаты медицинским организациям за оказание помощи в системе ОМС.
2. Организация учета по системе ОМС.

3. Организация медицинской помощи застрахованным.

В период предварительной коррекции системы ОМС (3 этап) необходимо провести наиболее срочную коррекцию всех механизмов, действовавших при введении обязательного медицинского страхования.

Коррекции могут подлежать условия предоставления медицинской помощи, обозначенные в территориальной программе ОМС. Например, при наличии свободных средств в областном отделении Фонда можно за счет них расширить предоставление дополнительных видов медицинской помощи, ранее не предусмотренных в территориальной программе.

При улучшении экономической ситуации в регионе могут быть увеличены страховые платежи на все население или некоторые социальные группы, например, пенсионеров, которых можно обеспечивать бесплатными лекарствами при амбулаторном лечении.

Может потребоваться коррекция гарантированного объема бесплатной медицинской помощи или перечня (списка) дорогостоящей медицинской помощи, предоставляемых за счет бюджета здравоохранения, их расширение или, наоборот, ограничение.

Управление медицинскими организациями - субъектами обязательного медицинского страхования, система взаиморасчетов между ними и ФОМС также потребует тщательного анализа и соответствующей коррекции.

Наконец, надо проанализировать правовую сторону функционирования системы ОМС и подготовить предложения по ее коррекции.

В настоящее время только создается инфраструктура обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.

Учитывая отсутствие опыта ОМС и развитой инфраструктуры для его осуществления, целесообразна этапность внедрения в различных

регионах страны. При этом важно обеспечить разделение функций страховщиков (фонда ОМС и его отделений) и органов управления здравоохранением.

В настоящее время проявляется непонимание или невосприимчивость со стороны отдельных медицинских работников и, в том числе руководителей медицинских организаций, сути происходящих изменений в процессе реформирования здравоохранения. Поэтому на всех этапах и особенно - I-ом, необходимо проведение соответствующей работы не только среди населения, но и медицинских работников. Минимальные требования к программам обучения медицинских работников должны быть определены Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

Изложенное определяет необходимость оценки готовности территориальных отделений Фонда обязательного медицинского страхования к работе по реализации условий ОМС.

Необходимо выявить подготовленность страховщиков к осуществлению медицинского страхования, уровень внедрения страхового дела в организацию лечебно-профилактической помощи. Для изучения этих вопросов нами проведено исследование среди работников отделений ФОМС.

В результате исследования установлено, что осуществляют медицинское страхование граждан 60% отделений, 22% осуществляют его частично, 18% - не осуществляют, 70% респондентов считают возможным сочетать ОМС и добровольное медицинское страхование. Остальные считают, что добровольное медицинское страхование должно быть прерогативой страховых компаний, а отделения фонда ОМС должны заниматься только обязательным медицинским страхованием.

Информированы о разработке территориальной программы ОМС 57% респондентов. При этом треть опрошенных отметили, что она уже утверждена местными властями. Все они знакомы с этой программой, но только 40% считают ее выполнимой и сбалансированной с выделяемыми средствами.

О готовности местных органов управления здравоохранением к работе в условиях ОМС сообщили 20 респондентов из 100, 50 человек отметили их частичную готовность или отсутствие такой готовности, 30 опрошенных не ответили на вопрос.

На вопрос о том, кто должен обеспечивать обязательное медицинское страхование, 18% считают, что должна быть обеспечена конкуренция страховщиков различных форм собственности: государственные, частные, кооперативные. Но 75 респондентов полагают, что это прерогатива только государственных страховщиков.

Интересны ответы на вопросы, характеризующие взаимоотношения между страховщиками (отделениями Фонда ОМС) и медицинскими организациями - субъектами ОМС. 27 респондентов заявили, что они не имеют возможности настаивать на каких-либо условиях при заключении договоров с медицинскими организациями.

На вопрос о складывающихся отношениях с органами управления здравоохранением ответы распределились следующим образом: оценивают взаимоотношения как нормальные только 10 респондентов; недостаточно контактируют с органами здравоохранения - 60 человек; считают, что органы здравоохранения препятствуют деятельности отделения 30 опрошенных.

Результаты нашего исследования, проведенного среди страховщиков, свидетельствуют о недостаточном развитии в республике страхового дела по обязательному медицинскому страхованию и сла-

бой активности отделений Фонда ОМС. Это связано с отсутствием опыта в этом деле, а также, по-видимому, негативном отношении ряда руководителей органов здравоохранения и медицинских организаций к реформе здравоохранения на основе развития ОМС.

В целом следует отметить, что обязательное медицинское страхование в Республике Казахстан находится в стадии становления, а имеющиеся трудности преодолены. Исследование условий работы и функциональных связей региональных отделений ФOMS позволило нам разработать более рациональную модель системы ОМС.

В Республике Казахстан складывается отличающаяся от других стран и, в том числе от Российской Федерации, организационно-функциональная модель ОМС. Она предполагает отсутствие страховых компаний, поскольку они рассматриваются только как дополнительный посредник между ФOMS и медицинскими организациями, оказывающими помощь застрахованным. В связи с их полным отсутствием все функции страховщиков принимают на себя областные отделения Фонда обязательного медицинского страхования. Таким образом, из системы ОМС исключены страховые медицинские организации (компания), которые в других странах не входят в систему здравоохранения, осуществляют свою деятельность по специальной лицензии и составляют основу всей системы медицинского страхования. В результате страховым делом в системе ОМС Республики Казахстан могут заниматься только государственные некоммерческие организации, которые представлены ФOMS и его отделениями в областях и городе Алматы.

На ФOMS и его отделения возлагается контроль за объемом и качеством медицинской помощи и срокам предоставления медицинских услуг.

Отделения ФOMS определяют территориальную программу ОМС в соответствии с потребностью населения в медицинской помощи и имеющимися финансовыми средствами. Важно отметить, что финансовые средства Фонда являются собственностью государственной системы медицинского страхования, не входят в состав бюджетов или других фондов и изъятию не подлежат.

В общем виде схема действующей модели обязательного медицинского страхования Республики Казахстан представлена на рис. 1.

Преимуществом такой модели считается отсутствие ряда субъектов ОМС (филиалов отделений Фонда, страховых медицинских организаций) и, следовательно, экономия денежных средств на содержание дополнительных структур системы ОМС.

Однако мы полагаем, что нельзя замыкать систему ОМС только на государственные субъекты (ФOMS и его отделения). В перспективе это приведет к централизации и монополизации всего страхового дела по обязательному медицинскому страхованию, к отсутствию выбора страховщиков и конкуренции между ними, что недопустимо в условиях рыночной экономики, и в итоге может привести к снижению объема и качества медицинской помощи. Поэтому страхователь должен получить право выбора страховщика (отделения, филиала фонда или страховой медицинской организации-компания).

Ныне действующую организационно - функциональную модель ОМС в Казахстане можно на данном этапе оправдать лишь недостатком средств, предназначенных для ОМС. В ближайшем будущем, по мере укрепления экономики, следует принять другую модель ОМС, гарантирующую большую свободу выбора, конкуренцию между страховщиками, их выбор со стороны страхователей (работодателей, органов власти на местах).

СХЕМА ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ОМС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

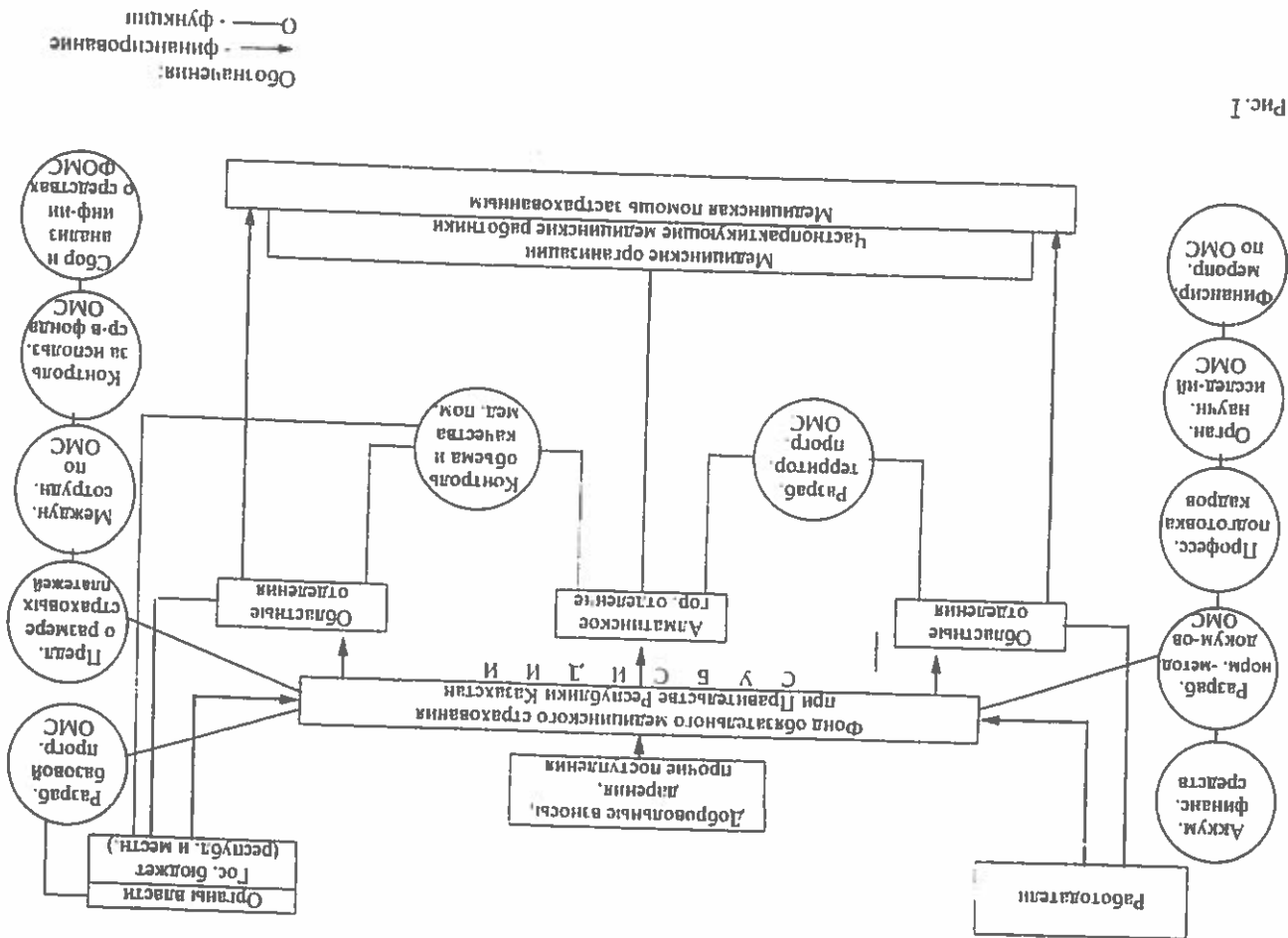


Рис. 1

Проведенный анализ действующей модели ОМС в стране, изучение функциональных связей Фонда обязательного медицинского страхования и его отделений позволили нам предложить, с нашей точки зрения, схему более целесообразной организационно-функциональной модели (рис. 2).

Здесь, прежде всего, вводится еще один источник страховых платежей по ОМС - личный взнос работающих граждан. Этот взнос в небольшом размере (до 1% от полученной заработной платы) может производиться за счет соответствующего уменьшения подоходного налога. При этом не уменьшается материальное положение застрахованных, так как взнос делается за счет подоходного налога, и не уменьшается доходная часть бюджета в связи с тем, что общая сумма налогов остается неизменной. В то же время личный страховой взнос, непосредственно вычитаемый из заработной платы застрахованного, в момент ее получения с соответствующей отметкой в ведомости выдачи, и зачисляемый на лицевой счет застрахованного в виде накопления, как показывает зарубежная практика, повышает ответственность застрахованных за состояние своего здоровья, профилактику болезней и даже экологическое состояние окружающей среды. Поэтому в будущем необходимо обязательно использовать этот важный рычаг улучшения здоровья граждан.

К действующим субъектам ОМС мы предлагаем добавить филиалы областных отделений Фонда ОМС и страховые медицинские компании. Как и сами отделения Фонда, их филиалы в городах и районах области являются государственными некоммерческими организациями. Они действуют как структурные подразделения отделений Фонда ОМС и не являются самостоятельными юридическими лицами. На филиалы возлагается оплата за оказание медицинской помощи, оказанной в меди-

цинских организациях (поликлиниках, больничных учреждениях), разъяснительная работа среди населения по вопросам медицинского страхования, а также контроль за уплатой страховых взносов местными страхователями (работодателями и органами власти). При недостатке собственных средств для оплаты медицинской помощи застрахованным, в пределах принятой территориальной программы ОМС, филиал может получить дотации (субвенции, субсидии) из областного отделения или республиканского ФОМС.

Может показаться недостатком предлагаемой модели существовавшее увеличение субъектов системы ОМС и, следовательно, рост расходов на их содержание. Однако соответствующее перераспределение функций, их уменьшение на уровне отделений фонда, позволит существенно ограничить штаты управления ими, расходы на заработную плату персонала и содержание отделений.

В то же время создается необходимая конкурентная среда среди страховщиков (филиалов и страховых медицинских организаций) и условия для их выбора со стороны страхователей.

При этом полностью сохраняются в прежнем объеме функции республиканского ФОМС при Правительстве Республики Казахстан.

В связи с изложенным, мы предполагаем большую эффективность работы системы ОМС по предложенной нами организационно-функциональной модели.

Глава шестая посвящена методическим подходам к разработке и экономическому анализу территориальных программ ОМС.

Разработка территориальных программ ОМС - основа реализации в регионе обязательного медицинского страхования. Научно-обоснованная программа должна учитывать экономическую ситуацию на территории. В ней должно быть четко представлено разделение видов

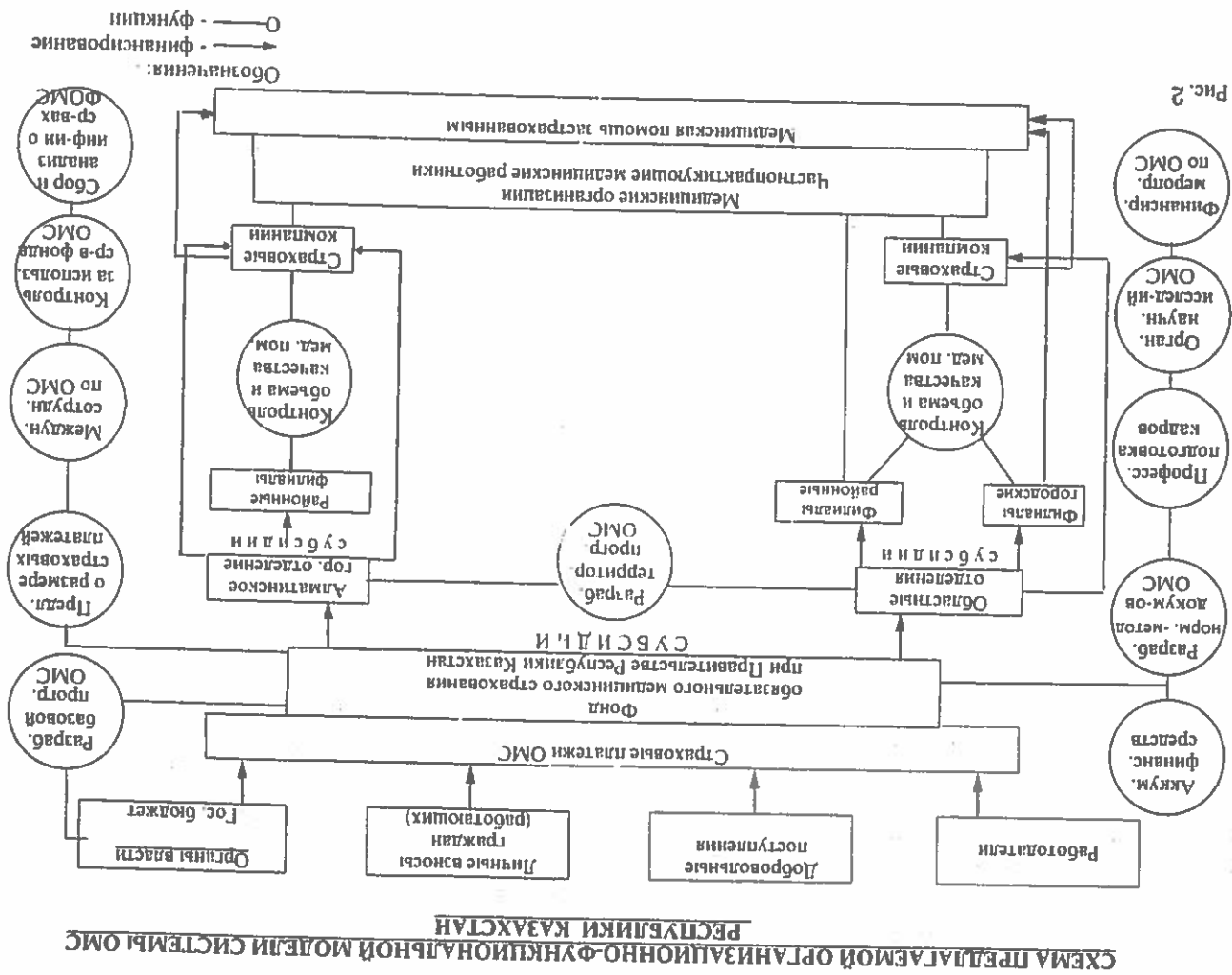


Рис. 2

помощи и медицинских услуг в зависимости от источников финансирования обеспечения.

Изменение механизма финансирования здравоохранения обеспечивает функционирование двух основных источников ресурсного обеспечения здравоохранения - финансовые средства государства (фонд здравоохранения) и ФОМС.

В результате создается механизм бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, предполагающий разделение фондов здравоохранения и фондов ОМС, а, следовательно, и медицинской помощи, которая оплачивается из каждого из этих источников. Это положение должно быть четко представлено в территориальных программах ОМС. Иначе говоря, из правильно составленной территориальной программы должно быть ясно, какие виды медицинской помощи или услуг на конкретный период времени обеспечиваются за счет государственного бюджета, за счет ФОМС, за счет других возможных источников (например, личных средств граждан).

Указ Президента Республики Казахстан утверждает правила, по которому государство в лице Министерства здравоохранения республики берет на себя разработку базовой программы ОМС, гарантирующей определенный уровень медицинской помощи и оплачиваемый за счет платежей на обязательное страхование. Каждый регион на основе базовой программы разрабатывает территориальную программу. Территориальные программы разрабатываются отделениями фонда ОМС.

Перечень отдельных видов медицинской помощи и медицинских услуг по системе ОМС должен охватывать максимально возможные из них для предоставления населению на данной конкретной территории с исключением тех видов, которые предоставляются за счет фонда здравоохранения или в порядке предоставления платной медицинской

помощи. Перечень видов помощи за счет фонда ОМС должен корреспондировать с прогнозом величины страховых платежей по обязательному медицинскому страхованию.

В территориальной программе желателен перечень медицинских организаций, предоставляющих застрахованным определенные виды медицинской помощи. Такое включение в программу обусловлено необходимостью более эффективного использования средств фонда ОМС. Это будет иметь особое значение, когда пациентам (застрахованным) предоставляется право выбора лечебного учреждения, входящего в систему ОМС. В настоящее время законодательные акты и иные директивные документы не оговаривают такого права за гражданами Республики Казахстан. В сравнении с действующим в настоящее время порядком право свободного выбора медицинской организации, а в нем любого врача, расширит доступность медицинской помощи и права пациентов. Очевидно однако, что этот выбор будет ограничен только теми лечебно-профилактическими учреждениями, с которыми будет заключен договор отделениями фонда ОМС.

Следует отметить, что утвержденная Правительством Республики Казахстан новая базовая программа ОМС (Постановление от 29 сентября 1995 года N 1295) предусматривает более ограниченный объем медицинских услуг, оплачиваемых за счет ФОМС. Новая базовая программа гарантирует за счет взносов на обязательное медицинское страхование следующие виды медицинской помощи: иммунопрофилактика детям и подросткам; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь детям и подросткам; стоматологическая помощь детям и подросткам; диагностика и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, включая доврачебную помощь и экстренная стоматологическая помощь взрослому населению; стационарная помощь по экстренным по-

казаниям; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь беременным женщинам, роженицам и родильницам.

Объем и условия лекарственной помощи определяются территориальными программами ОМС.

В территориальных программах ОМС могут быть оговорены дополнительные объемы медицинской помощи или дополнительные контингенты лиц, которым медицинская помощь оказывается за счет средств медицинского страхования граждан. Однако расширение представляемой медицинской помощи, сверх предусмотренной базовой программой, должно планироваться и осуществляться в строгом соответствии с денежными средствами, выделяемыми на ОМС.

Территориальные программы ОМС утверждаются местными органами власти после согласования их между органами здравоохранения и ответственными отделениями фонда обязательного медицинского страхования. После утверждения территориальной программы ОМС является официальным документом, который прилагается к договорам заключенным между субъектами ОМС.

Таким образом, территориальная программа ОМС является той основой, на которой базируется предоставление медицинской помощи застрахованным гражданам как по ее объему, так и структуре по отдельным ее видам.

Для того, чтобы привести территориальную программу ОМС в соответствие с имеющимися средствами фонда ОМС необходим расчет ее стоимости как в целом, так и в разрезе возможных затрат на одного жителя, поэтому основные параметры объема профилактических мероприятий, амбулаторно-поликлинической и больничной помощи, предусмотренных территориальной программой, должны быть в ней обяза-

тельно указаны. Предлагаемая нами схема составления программы представлена на рис. 3.

По нашему мнению, территориальная программа должна пересматриваться или подтверждаться ежегодно. Это обусловлено тем, что экономические возможности отдельных регионов республики ежегодно меняются. Кроме того, могут изменяться условия финансирования социальной сферы и здравоохранения, в том числе, в связи с уменьшением дефицита бюджета, снижением инфляции, сокращением экономически неэффективных хозяйственных программ.

Надо твердо усвоить, что программа ОМС, на выполнение которой отсутствуют соответствующие средства, не только не обеспечивает населению необходимую медицинскую помощь, но и влечет за собой дискредитацию системы ОМС.

Утвержденная органами власти территориальная программа ОМС должна быть доведена до сведения населения. Ее основные положения о видах медицинской помощи, получаемых населением за счет средств фонда ОМС, государственного бюджета, личных средств граждан и работодателей, должны быть известны всем гражданам.

Средства отделения фонда ОМС далеко не всегда соответствуют потребности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь застрахованным. С позиций страховых фондов возникновение страхового случая связано с обращением застрахованного за медицинской помощью. От частоты наступления страховых случаев, т.е. потребности в лечебно-профилактической помощи, зависит величина денежных средств для ее осуществления.

Уровень заболеваемости населения в тех или иных регионах зависит от его половозрастной структуры и является отражением неблагоприятных факторов внешней среды, условий быта и труда, харак-



терных для данной территории. Имеется значительный опыт научного изучения заболеваемости населения и его потребности в медицинской помощи. Метод такого изучения надежен, но делает исследование трудоемким и дорогостоящим. Поэтому для практического использования отделениями фонда ОМС и органами управления здравоохранением могут быть приняты для расчетов фактически слагающиеся показатели пользования населением амбулаторно-поликлинической и больничной помощью, скорректированные на соответствующий период времени.

Эти показатели следующие:

- число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения (включая помощь на дому) в расчете на одного жителя;
- число госпитализаций в больничные учреждения в расчете на одного жителя;

- число обращений за скорой медицинской помощью в расчете на одного жителя (число вызовов), если она включается в систему ОМС.\*)

Названные показатели в зависимости от необходимой точности расчетов могут быть представлены как в целом, так и с учетом обращений в амбулаторно-поликлинические кабинеты и госпитальные отделения по отдельным профилям.

Возможна дифференциация этих показателей, характеризующая пользователей по полу и возрасту, в частности, для получения дифференцированных подушевых нормативов финансирования по системе ОМС. В целях сопоставления средств для оплаты медицинской помощи

\*) В настоящее время скорая медицинская помощь в Республике Казахстан не включена в систему ОМС и оплачивается за счет бюджетных средств.



Рис. 3

застрахованным, которыми могут располагать отделения фонда ОМС, и фактической потребностью в них медицинских организаций, достаточен расчет, проведенный без детальной дифференциации.

Отдельного решения требует периодичность проведения такого сопоставления. Она, прежде всего, зависит от стабильности экономического развития региона. В условиях резкой инфляции и постоянного роста цен на товары и услуги расчеты желательно осуществлять как можно чаще (ежемесячно).

Расчеты за квартал года и более длительные периоды времени требуют поправки на прогнозы инфляции и связанные с ней изменения индексов цен на товары и услуги. Ошибки здесь тем более вероятны, чем за больший период времени осуществляются прогнозные расчеты.

Таким образом, для проведения расчетов по сопоставлению потребности в средствах для оказания медицинской помощи застрахованным и возможностями ее удовлетворения через фонды ОМС требуются данные о прогнозе на планируемый период (месяц, квартал года или год):

1. Части средств отделения (филиала) фонда ОМС, которая может быть направлена для оплаты медицинской помощи застрахованным за конкретный календарный период времени - А.
2. Потребности в средствах медицинских организаций, участвующих в системе ОМС, для выполнения программы обязательного медицинского страхования в пределах заключенных договоров по ОМС за тот же календарный период времени - В.

Сравнение соответствующих средств может быть представлено разницей сумм (А - В) и показывать абсолютную величину дефицита или избытка денег или в виде соотношения, указывающего в итоге процент степени их соответствия: (Ах100): В=С.

Зная эти величины, можно осуществить выбор вариантов по возможному удовлетворению потребности застрахованных в медицинской помощи за счет средств отделения фонда ОМС и их распределения по службам лечебно-профилактической помощи или отдельным организациям.

На предстоящий плановый период (месяц, квартал, год) необходимо рассчитать возможные поступления средств в фонд ОМС: за счет фонда оплаты труда (страховые взносы за работающих граждан); за счет бюджета (страховые платежи за неработающих граждан); прочие поступления.

Однако не все эти денежные средства предназначены для оплаты лечебно-профилактической помощи застрахованным. Часть денег тратится на содержание самого территориального отделения фонда ОМС (фонд собственного развития).

Поэтому общая сумма средств территориального отделения фонда должна быть разделена на две части:

1. Так называемый страховой резервный фонд, предназначенный для возмещения расходов на оказание медицинских услуг по ОМС. Предусмотрено директивными документами, что не менее 80% средств страховых резервов предназначаются для осуществления текущих выплат по ОМС, т.е. на оплату лечебно-профилактической помощи застрахованным. Оставшаяся часть средств страховых резервов может быть израсходована на приобретение государственных ценных бумаг или для размещения на депозитных счетах в государственных банках.

2. Фонд собственного развития, из которого расходуются средства на содержание территориального отделения фонда ОМС и его филиалов при их организации на отдельных территориях (городах, районах).

Следующим этапом в решении задачи достаточности средств территориального отделения Фонда ОМС для оплаты лечебно-профилактической помощи застрахованному контингенту является расчет необходимой суммы для удовлетворения их фактической потребности в рамках территориальной программы ОМС. Требуемая сумма средств должна полностью обеспечить выполнение территориальной программы.

Затраты на лечебно-профилактическую помощь в общем виде складываются из расходов на стационарную, амбулаторно-поликлиническую, скорую и неотложную медицинскую помощь. Из них последняя в Республике Казахстан обеспечивается за счет бюджета.

Поскольку проблема состоит в определении фактических расходов на лечебно-профилактическую помощь, то все расчеты следует базировать на фактической потребности населения в медицинской помощи с учетом внесения в них соответствующих корректив, предусмотренных особенностями территориальной программы ОМС.

При обеспечении баланса между потребными средствами по ОМС на оплату помощи застрахованным и возможностями фонда, решаются задачи по распределению этих средств между медицинскими организациями - субъектами ОМС. Распределение финансовых средств фонда ОМС между больничными учреждениями - субъектами обязательного медицинского страхования может осуществляться по следующим вариантам:

1. Оплата счетов, предъявляемых отделению (филиалу) ФОМС больницами (за госпитализацию каждого пациента по фактическим расходам с детальной калькуляцией; за фактически проведенные каждым пациентом койко-дни в профильном отделении стационара; за пребывание пациента в отделении по средней цене лечения в нем; за случай госпитализации по клинико-статистическим группам).

2. Финансирование определенного объема медицинской помощи застрахованным в стационарах по договору с больничными учреждениями и соответствующей сметой расходов каждого из них. При этом под объемом помощи понимается число госпитализированных и койко-дней для их лечения. Смета расходов составляется на этот объем помощи в зависимости от установленного тарифа на госпитальное лечение (цена госпитализации одного пациента или одного койко-дня).

Распределение финансовых средств фонда ОМС между амбулаторно-поликлиническими учреждениями может осуществляться:

1. Пропорционально числу застрахованных, прикрепленных к данному учреждению, по установленному единому тарифу на амбулаторное лечение (тенге на одного застрахованного).

2. Пропорционально числу застрахованных, прикрепленных к данному учреждению, по дифференцированным подушевым нормативам с учетом возраста, пола и других показателей потребности в амбулаторной помощи (тенге на одного застрахованного).

3. Оплата счетов, предъявляемых к оплате за законченный случай амбулаторно-поликлинического лечения (обращения) или за отдельные медицинские услуги.

4. Финансирование согласованного объема деятельности каждого учреждения по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи застрахованным. Под объемом деятельности понимается оказание помощи определенному числу застрахованных, их обращения к врачам (в поликлинику и на дом) и соответствующее число посещений. Смета расходов составляется на этот объем деятельности в зависимости от установленного тарифа на амбулаторно-поликлиническое лечение (цена одного обращения или цена одного посещения врача).

реальность исполнения территориальной программы ОМС не может быть обеспечена без экономической оценки, основанной на сопоставлении стоимости программы с возможными финансовыми обеспечениями за счет фонда обязательного медицинского страхования. Предлагаемая нами методика позволяет сделать такой анализ.

## В Ы В О Д Ы И П Р Е Д Л О Ж Е Н И Я.

1. Наиболее существенные аспекты проводимых в зарубежных странах реформ здравоохранения, о которых позволяет судить анализ литературных источников и официальных материалов, в основном сводятся к следующему:

- реформированию подвергаются все виды систем здравоохранения: в странах, где ранее функционировала государственная система здравоохранения, утверждается страховая медицина и принимаются меры по приватизации медицинских учреждений; в государствах с преимущественно частной системой реформы предусматривают расширение государственного участия, в том числе и в сфере медицинского страхования;

- наиболее характерные черты современного зарубежного здравоохранения - многоукладность и децентрализация;

- приоритетное значение приобретают права пациента, его мнение и непосредственное участие в разработке, осуществлении и оценке реформ, в связи с чем растет значение повышения медицинской культуры и информированности населения в области здравоохранения;

- продолжает усиливаться внимание к профилактике и проблемам укрепления здоровья;

- определяющее значение для характера реформ и успешности их

проведения имеет возможно более полный учет особенностей ситуации в каждой стране, потребностей населения, возможностей государства и не только современного состояния, но и истории национального здравоохранения.

2. Россия - первая из стран СНГ начала реформирование здравоохранения, в котором центральное место занимает использование принципов медицинского страхования. Она имела ту же систему здравоохранения и принципы построения лечебно-профилактической помощи, что и Казахстан. За последние годы Россия приобрела значительный опыт в построении бюджетно-страховой системы ресурсного обеспечения здравоохранения и несмотря на отличную от Республики Казахстан модель ОМС и ошибки, допущенные при ее осуществлении, опыт России должен быть тщательно изучен и учтен в Казахстане.

3. Опыт зарубежных стран и, особенно России, по использованию медицинского страхования для изыскания дополнительных средств с целью обеспечения населения лечебно-профилактической помощью не должен слепо копироваться, так как Республика Казахстан имеет свои особенности политического устройства, экономики, здравоохранения, менталитета населения, в связи с чем все ценное в этом опыте должно быть адаптировано к системе ОМС Казахстана.

4. Реализация системы ОМС на основе Указа Президента Республики Казахстан, имеющего силу Закона, "О медицинском страховании граждан" от 15 июня 1995 г., началась с 1 апреля 1996 года. Переход к обязательному медицинскому страхованию обусловлен необходимостью усиления социальной защиты населения в условиях реформирования экономики, ее перехода к рыночным отношениям.

За последние годы в Республике Казахстан снижаются рождаемость и средняя продолжительность жизни. Определилась тенденция

уменьшения естественного прироста населения. Увеличивается заболеваемость среди детей и взрослых. По-прежнему высокими остаются показатели детской смертности. При этом состояние ресурсного обеспечения здравоохранения, его бюджета не позволяют переломить эти отрицательные тенденции.

Процесс перестройки экономики в республике продолжает нарастать, что создает предпосылки для ее стабилизации и позволит в дальнейшем обеспечить необходимые условия для реализации принципов медицинского страхования, увеличения ресурсного обеспечения медицинской помощи, в том числе за счет средств Фонда ОМС.

5. Начавшийся процесс практического введения системы ОМС в Республике Казахстан протекает с большими трудностями и пока не дает ожидаемых результатов. В то же время в стране создана правовая и нормативная база ОМС, проведены необходимые эксперименты в некоторых регионах по внедрению системы ОМС, что определяет условия ее нормального функционирования в будущем. При этом следует отметить, что базовая программа ОМС республики не была подвергнута глубокому предварительному экономическому анализу. вследствие чего она оказалась завышенной и не реальной для осуществления за счет средств ОМС, что потребовало ее сокращения по новому варианту, принятому в 1995 году.

6. В условиях реализации системы ОМС принцип государственности здравоохранения и развития системы оказания медицинской помощи полностью сохраняет свое значение. Это выражается в том, что основной субъект системы ОМС в Республике Казахстан - ФОМС и его отделения на местах являются государственными некоммерческими организациями. Государство несет основную долю ответственности по организации и функционированию всей системы ОМС, а государствен-

ные структуры на местах определяют положения, регламентирующие территориальные программы ОМС. Государство остается ответственным за здоровье народа и состояние здравоохранения и в условиях ОМС.

7. Анализ действующей модели ОМС в Республике Казахстан, изучение функциональных связей субъектов ОМС позволяют предложить схему более целесообразной организационно-функциональной модели системы. Предлагается ввести еще один источник страховых платежей - личный взнос работающих граждан на обязательное медицинское страхование. Этот взнос в небольшом размере непосредственно из заработной платы застрахованного может производиться за счет соответствующего уменьшения подоходного налога и зачисляться на его лицевой счет в виде накопления. Это повышает ответственность застрахованных за состояние своего здоровья, обеспечивает более эффективные результаты по профилактике болезней.

В рекомендуемой нами модели ОМС предполагается увеличение субъектов ОМС за счет организации филиалов отделений Фонда ОМС в городах и районах, а также медицинских страховых организаций (компаний), которые действующей моделью не предусмотрены. Тем самым создается необходимая конкурентная среда среди страховщиков и условия для их выбора со стороны страхователей.

8. Территориальные программы ОМС, разрабатываемые отделениями Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Республики Казахстан, являются той основой, на которой базируется предоставление медицинской помощи застрахованным гражданам в рамках системы ОМС как по объему, так и по структуре по отдельным ее видам. Под развернутой территориальной программой ОМС следует понимать перечень медицинских услуг, оплачиваемых из Фонда ОМС, условия, при которых случай, требующий медицинской помощи, явля-

ется страховым, типы медицинских организаций, где эта помощь предоставляется, и контингенты населения, получающие определенные виды помощи за счет средств ОМС.

9. Для того, чтобы привести территориальную программу ОМС в соответствие с имеющимися средствами фонда ОМС необходим расчет ее стоимости как в целом, так и в разрезе возможных затрат на одного жителя. Для этого в ней должны быть указаны основные параметры объемов профилактических мероприятий, амбулаторно-поликлинической и больничной помощи, предусмотренные территориальной программой. В ней должны быть приведены следующие показатели, рассчитанные на одного жителя: число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения (включая помощь на дому), число госпитализаций в больничные учреждения, число обращений за скорой медицинской помощью, если она включена в систему ОМС.

10. Приведенная в диссертации методика экономического анализа за территориальных программы рекомендуется для оценки имеющихся финансовых возможностей ее практической реализации. Она основана на сопоставлении потребности медицинских организаций в средствах для оказания помощи застрахованным в непосредственной связи с уровнем обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения, уровнем их госпитализации и определении возможных денежных поступлений в фонд ОМС. Эта методика апробирована на примере экономического анализа территориальной программы Алматинской области на 1996 год. При этом определена объективная потребность в средствах для оказания лечебно-профилактической помощи населению области, которая с учетом предстоящей инфляции значительно превышает финансовые возможности областного отделения фонда ОМС. Дефицит может быть восполнен за счет субсидий республиканского фонда ОМС.

11. Для изучения уровня внедрения страхового дела в организацию лечебно-профилактической помощи проведено специальное социологическое исследование. В большинстве регионов страны в той или иной мере осуществляется медицинское страхование. Однако в целом работа по внедрению ОМС недостаточно интенсивна. О готовности местных органов управления здравоохранением к работе в условиях ОМС сообщили только 20% респондентов, а 50% отметили их частичную готовность. Оценивают взаимоотношения между структурами ОМС и органами управления здравоохранением как отрицательные 30% респондентов. Обязательное медицинское страхование в Республике Казахстан находится в стадии становления. Имеющиеся трудности по его внедрению связаны с отсутствием опыта и вполне преодолимы.

#### ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалы исследования использованы при подготовке научных методических материалов: "Методическое обеспечение введения системы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Казахстан" (1995), "Теоретические основы ценообразования на платные услуги. Механизм формирования цен на услуги здравоохранения" (1996), "Методика расчетов по экономическому обоснованию территориальной базовой программы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан" (1996), "История и современное состояние медицинского страхования в России" (1996).

#### ОСНОВНЫЕ РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Планирование и организация работы хозрасчетных поликлиник /Методические рекомендации. -Алма-Ата. -1987. -40с. \*

\* Здесь и далее - в соавторстве.

2. Развитие сети учреждений здравоохранения в сельских районах Казахской ССР//Здравоохранение и здоровье сельского населения. - Алма-Ата. - 1987. - с. 5-11. \*
3. Хозрасчетные поликлиники - амбулаторно-поликлинические учреждения нового типа//IV съезд терапевтов Казахстана (тезисы докладов). - Караганда. - 1990. - с. 7-9.
4. Методическое обеспечение введения системы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Казахстан: Методическое пособие. - Алматы. - 1995. - 83 с. \*
5. Методика расчетов по экономическому обоснованию территориальной базовой программы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан: Методические рекомендации. - Алматы. - 1996. - 29с.
6. Теоретические основы ценообразования на платные услуги. Механизм формирования цен на услуги здравоохранения. - Алматы. - 1996. - 39с.
7. Организация финансирования в условиях государственной системы здравоохранения (Великобритания). - Алматы. - 1996. - 17с. - Деп. в Казгос ИНТИ 22.04.96, N 6896 - Ка 96.
8. Финансирование здравоохранения в условиях преимущественно частной системы медицинского страхования (США): Алматы. - 1996. - 24с. - Деп. в Казгос ИНТИ 22.02.96, N 6897 - Ка 96.
9. Бюджетно-страховая модель организации финансирования здравоохранения Канады: - Алматы. - 1996. - 16с. - Деп. в Казгос ИНТИ 22.04.96, N 6898 - Ка 96.
10. Организация финансирования здравоохранения в условиях системы социального страхования Германии. - Алматы. - 1996. - 22с. - Деп. в Казгос ИНТИ 22.04.96, N 6899 - Ка 96.

11. Организация системы социального страхования в Нидерландах. - Алматы. - 1996. - 15с. - Деп. в Казгос ИНТИ 22.04.96, N 6900 - Ка 96.
12. Организация социального страхования в Австрии. - Алматы. - 1996. - 20с. - Деп в Казгос ИНТИ 22.04.96, N 6901 - Ка 96.
13. Наиболее существенные аспекты реформ здравоохранения, проводимых в зарубежных странах. - Алматы. - 1996. - 28с. - Деп. в Казгос ИНТИ 22.04.96, N 6902 - Ка 96.
14. Населению Республики Казахстан о медицинском страховании. - Алматы. - 1996. - 34с.
15. История и современное состояние медицинского страхования в России. - Алматы. - 1996. - 126с. \*
16. Модели обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан//Бюллетень НИИ им. Н.А.Семашко. - М. - 1996. - Вып. 2. - с. 128-131.
17. Разработка территориальных базовых программ обязательного медицинского страхования//Бюллетень НИИ им. Н.А.Семашко. - М. - 1996. - Вып. 2. - с. 85-87.

Подписано к печати: 29/11 1996г.

Тираж 100 экз.

Заказ N 53

Ризограф НИИ им. Н.А.Семашко РАМН  
102064, Москва, ул. Боронцово поле. 12