

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61:368.4 (470.41)

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Р. У. Хабриев, И. Г. Низамов, М. М. Зарипов, М. Ш. Латыпов

Существующие в сфере здравоохранения проблемы наиболее остро проявляются при рассмотрении вопроса о переходе республики к системе обязательного медицинского страхования, так как сама идея подобной реформы возникла при поиске путей выхода отечественного здравоохранения из тяжелого и непрерывно усугубляющегося кризиса, способного привести к серьезным социальным последствиям. В соответствии с общей концепцией обязательное медицинское страхование должно обеспечить:

- привлечение в сферу здравоохранения дополнительных средств;

- специальную защиту в условиях рыночной экономики малоимущих, детей, инвалидов, пенсионеров;

- децентрализацию управления с повышением ответственности медицинских учреждений за результаты лечения;

- разнообразие организационных форм предоставления медицинской помощи;

- формирование заинтересованности населения, предприятий, учреждений управления здравоохранением в сохранении и улучшении здоровья людей [1, 4].

С целью практической реализации складываемых в основу медицинского страхования принципов разрабатываются соответствующие законы и нормативные акты, которые должны обеспечить эффективное управление взаимоотношениями всех вовлекаемых в страхование сторон. Однако этот процесс сопряжен с различными трудностями, связанными, в первую очередь, с тем, что переход к медицинскому страхованию в том виде, в котором оно существует в развитых странах, требует определенного исход-

ного состояния как самого здравоохранения, так и всего комплекса хозяйственно-экономических отношений в целом.

Прежде всего — это развитая рыночная инфраструктура, в том числе и в сфере оказания медицинской помощи [2, 3, 6, 8]. Для успешного развития реформы важно предусмотреть такие механизмы осуществления обязательного медицинского страхования, которые позволили бы, с одной стороны, смягчить процесс перевода здравоохранения на новые принципы организации и финансирования, а с другой — не потерять при этом преимуществ медицинского страхования, ради которых и осуществляется столь серьезная реформа. Задача эта чрезвычайно сложна и требует тщательной проработки.

Существующая в республике система предоставления медицинской помощи готова к работе на принципах непосредственных расчетов по объему оказанных услуг не в равной мере. Известно, что тяжелая экономическая ситуация с особой остротой проявляется в сельском хозяйстве, и поэтому нереально рассчитывать на то, что колхозы и совхозы смогут внести сколько-нибудь значительные суммы взносов обязательного медицинского страхования. В крупных же городах республики есть медицинские учреждения, которые по степени оснащенности и по уровню своей готовности работать в рыночных условиях ушли далеко вперед по сравнению с основной массой медицинских учреждений. В такой ситуации развивать здравоохранение на районные уделы нецелесообразно, так как это приведет к упадку сельского здравоохранения и к серьезным деформациям в республиканской системе обязательного медицинского страхования. Таким образом, при разработке прин-

ципов медицинского страхования для республики необходимо предусмотреть такие механизмы, которые позволили бы органично сосуществовать всем медицинским учреждениям, а также обеспечить для каждого жителя республики гарантированный уровень медицинского обслуживания вне зависимости от того, в каком районе с экономической точки зрения он проживает — в слабо- или в высокоразвитом.

Кроме того, необходимо учитывать, что существующая система предоставления медицинской помощи всегда работала в условиях централизованного управления. Попытка поставить медицинские учреждения сразу в условия полной самостоятельности грозит серьезной дезорганизацией медицинского обслуживания. Этим во многом определялось стремление сохранить связи между различными структурами системы здравоохранения при разработке Закона Республики Татарстан «О медицинском страховании граждан Республики Татарстан».

Предусматриваемые этим Законом районные больничные кассы (коммунальные медицинские страховые организации) должны осуществлять аккумуляцию средств страховых взносов обязательного медицинского страхования и затем так распределять полученные средства между районными учреждениями здравоохранения, чтобы обеспечить всех жителей необходимой медицинской помощью в рамках базовой программы медицинского обслуживания. Деятельность больничных касс должна строиться на основании единых республиканских правил, призванных сохранить существующие связи и взаимоотношения как внутри медицинских учреждений, так и между ними, обеспечить полноту охвата населения медицинским страхованием и финансирование медицинских учреждений в соответствии с объемом оказываемой помощи, контроль за качеством медицинского обслуживания застрахованных.

Особое внимание следует уделить формированию равноправных и партнерских отношений между лечебно-профилактическими учреждениями и больничными кассами, справедливой и эффективной системы контроля ка-

чества медицинской помощи, опирающейся на квалифицированную и объективную экспертизу. Очевидно, что изменить всю систему отношений в здравоохранении в один момент нельзя, невозможно сформировать законченную и совершенную модель медицинского страхования ни за один месяц, ни даже за год. Тем не менее главные цели и основные направления страховой реформы можно и нужно определить сегодня. В этой связи необходимо отметить, что в процессе становления обязательного медицинского страхования должны получить развитие механизмы, стимулирующие внедрение прогрессивных медицинских технологий, новых форм медицинского обслуживания (таких, например, как обслуживание семейными врачами, предоставление в рамках медицинского страхования первичной медико-санитарной и профилактической помощи, долечивание в условиях домашнего или дневного стационара) [1]. Важно, чтобы в системе обязательного медицинского страхования гражданам гарантировали не только бесплатную медицинскую помощь, но и возможность ее получения, защиты своих интересов и выбор врача.

Достижение этих целей невозможно без активной и созидательной позиции страховых организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, без их непосредственной экономической заинтересованности в сохранении здоровья застрахованных, защите их прав, эффективном и качественном их лечении, снижении стоимости медицинского обслуживания, прогрессивных медицинских технологий. Опыт медицинского страхования в странах с рыночной экономикой показывает, что для формирования такой заинтересованности, кроме обязательного государственного контроля и регулирования, необходимо еще и создание условий для равноправной конкуренции между страховыми организациями [5, 6, 7].

Параллельная работа конкурирующих страховых организаций в области медицинского страхования здоровья создает предпосылки для поступательного и интенсивного развития здравоохранения, внедрения прогрессивных медицинских технологий, то

есть тех достижений науки и практики, которые определяют лицо современного здравоохранения в развитых странах [5, 7]. Кроме того, при одной временной работе в сфере здравоохранения нескольких конкурирующих организаций создаются условия для снижения стоимости медицинских услуг за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов. При этом надо иметь в виду, что эффективные методы, получив развитие в той или иной страховой организации, затем неизбежно распространяются на все здравоохранение в целом. В то же время при формировании системы конкуренции в сфере обязательного медицинского страхования недопустимы поспешность и скоропалительность. Организация обязательного медицинского страхования требует высокого уровня компетенции и надежности во всех звеньях. Особенно это необходимо сегодня, в условиях экономической нестабильности. Кроме того, следует учитывать определенную инертность и консерватизм любой большой системы, тем более такой сложной, как здравоохранение. Поэтому все изменения, а тем более такие масштабные, как страховая реформа, нужно проводить постепенно и поэтапно на основе четко определенной концепции и стратегии. Принятый последней сессией Верховного Совета Республики Татарстан Закон «О медицинском страховании граждан Республики Татарстан» предусматривает постепенное продвижение здравоохранения к развитым формам обязательного медицинского страхования через последовательные и наиболее приемлемые в конкретной экономической, организационной и социально-политической ситуации промежуточные этапы.

На сегодняшний день наиболее приемлемой представляется сформулированная в Законе система, опирающаяся на специально создаваемые государственные районные больничные кассы как механизм отработки экономических взаимоотношений в здравоохранении, объединенных единой республиканской системой сбора и распределения средств страховых взносов, контроля за соблюдением требований Закона всеми субъектами медицинского страхования, обеспече-

ния финансовой и организационной стабильности обязательного медицинского страхования в республике.

Следующим этапом развития могли бы стать реализация принципа конкуренции между страховыми организациями, предоставление большей самостоятельности государственным лечебно-профилактическим учреждениям, больших прав формирующимся негосударственным медицинским учреждениям, развитие новых форм организации медицинского обслуживания, в том числе такой, как институт семейного врача. Таким образом, наиболее перспективной в сложившейся ситуации организационной стратегией представляется эволюционная стратегия развития системы обязательного медицинского страхования в республике, главной целью которой должно стать максимальное использование экономических стимулов к сохранению и укреплению здоровья населения, интенсивному и комплексному развитию здравоохранения при условии соблюдения принципов эволюционности, стабильности и надежного государственного контроля. Такая эволюционная стратегия позволит в результате соединить в себе все преимущества медицинского страхования и в то же время предотвратить неконтролируемые деструктивные явления, сопряженные с любой реформой, тем более в такой сложной структуре, как здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Ю. М. // Здравоохран. Российск. Федерации.—1991.—№ 9.—С. 3—6.
2. Макулин А. В. // Здравоохран. Беларус.—1990.—№ 10.—С. 24.
3. Шахов В. В. Введение в страхование.—М., 1992.
4. Шейнман И. М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. Основные характеристики и методы построения.—Кемерово, 1992.
5. Competetive Health Care in Europe. Future Prospects/Ed. by A. Casparie et al. Aldershat.—1990.—P. 112.
6. Culyer A. Competition and Markets in Health Care: What we know and what we don't. York Centre for Health Economics Occasional Paper.—March.—1989.
7. Hurst S. Reforms in Health Care in Seven European Nations. Health Affairs (Fall 1911).—P. 13—16.
8. Insurance in developing Countries. The Social Security Approach. ILO.—Geneva.—1990.—P. 73—74.

Поступила 20.12.93.