**ВВЕДЕНИЕ**

Тема моей курсовой работы – «Обязательное медицинское страхование». Я считаю, что тема очень актуальна в настоящее время.

Объектом обязательного медицинского страхования (ОМС) являются расходы на оказание медицинской помощи, расходы, связанные со здоровьем. Обязательная форма организации медицинского страхования должна служить гарантией предоставления всем гражданам страны медицинской помощи на одинаковых условиях.

Общая оценка состояния общественного здоровья населения России весьма неблагоприятна и указывает на серьезное неблагополучие, которое может привести к ухудшению качества жизни населения и ограничению его созидательного участия в улучшении социально-экономической ситуации в стране.

В условиях, когда в результате углубления рыночных реформ явно видно социальное и имущественное расслоение общества, потребовалась разработка четкой концепции социальной и медицинской защиты.

Цель работы – остановиться на наиболее важной части данной концепции – обязательном медицинском страховании граждан России, рассмотреть проблемы, связанные с разработкой и внедрением данной системы в РФ.

Достижением целей курсовой работы предполагает решение следующих задач:рассмотрение развития медицинского страхования, модели и организацию финансирования ОМС, проблемы обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование – составная часть системы социального страхования. Создание внебюджетных фондов (пенсионного, занятости, социального страхования, обязательного медицинского страхования) явилось первым организационным шагом в попытке реформирования системы социального страхования в России.

В результате реформы системы социального страхования при социально – ориентированной рыночной экономики должны быть достигнуты следующие основные цели:

* формирование различных видов социального страхования и разветвленной инфраструктуры его, позволяющей обеспечить застрахованным гражданам социальные гарантии;
* построение страховых систем с учетом профессиональных и региональных особенностей, обеспечивающих точный расчет финансовых средств, достаточных для выполнения обязательств по конкретным видам страхования;
* обязательное участие работающих во взносах по большинству видов социального страхования и повышение их ответственности за формирование условий своей жизни;
* осуществление социального страхования структурами, находящимися в непосредственном ведении государства;
* развитие механизмов самоуправления и саморегуляции в страховых структурах.

Все вышеперечисленное можно отнести и к системе обязательного медицинского страхования. Конечно, сразу добиться осуществления данных целей очень трудно. Однако, несмотря на все проблемы, связанные с внедрением в России обязательного медицинского страхования, эта система уже внедрена.

**1 ПРЕДПОСЫЛКИ ПОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. МОДЕЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**1.1 РАЗВИТИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ**

Зарождение обязательного медицинского страхования в России имеет глубокие исторические корни. С X века в связи с резким расслоением общества на богатых и на неимущих крепостных или полукрепостных жителей, возникла острая необходимость в обеспечении минимальной социальной защиты широким массам населения. Решение этой проблемы было найдено в формировании и развитии обязательной благотворительной системы церковного и государственного призрения. В словаре В. Даля дается следующее определение данного термина: «призревать, призреть — это принять, приютить, пристроить, дать приют и пропитание, взять под покров свой и заботиться нуждами ближнего».

Благотворительность была обязательной для служителей церкви, князей и бояр. Осуществлялась благотворительность посредством раздачи милостыни, продуктов в праздничные дни или во время голода и войн, предоставления крова странникам, нищим, увечным и сиротам в монастырях, на княжеских и боярских дворах. На эти цели церковь и имущие слои населения должны были выделять «десятину», т.е. 1/10 часть всех своих доходов. «От всего княжа сюда десятую векцию, из торгу десятую неделю, а из домов на всяко лето от всякого стада и от всякого жита».

Церковный Устав 996 года, утвержденный «Указом великого князя Владимира Святославовича», впервые законодательно определяет обязанность духовенства в Киевской Руси за счет средств церкви осуществлять попечительство — призрение бедных, надзор за лечцами (медиками) и содержать больницы и богадельни, принимать людей странных и неимущих. С XI века по примеру Византии при монастырях в Киевской Руси стали строиться больницы, предназначавшиеся для обслуживания не только монастырского, но и окрестного населения.

В то же время система призрения формировалась по кварталам городов для городского люда и существовала за счет благотворительных средств.

Церковная и государственная система призрения послужила основой формирования больничной помощи населению, которая финансировалась за счет благотворительных средств населения, бояр и средств церкви. Только в конце XVII века отмечаются первые факты постоянных государственных расходов на цели социального призрения, в т.ч. медицинское обслуживание населения.

Монастырский приказ действовал с 1650 по 1675 годы и с 1701 по 1725 годы. Начиная с 1701 года Монастырский приказ постоянно выделял средства на содержание больниц, богаделен, помощь нищим и выплату «вспомоществования женам, вдовам и детям служилых людей», а также на оплату содержания врачей, находящихся на государственной службе.

Система призрения от столетия к столетию развивалась, росло количество больниц, богаделен, воспитательных и смирительных домов, но в целом не происходило каких-либо радикальных изменений, ведущих к ее совершенствованию и переводу на новый качественный уровень. Лишь производимые Екатериной II в конце XVIII века преобразования управления территориями Российской империи кардинально затронули существующую систему призрения. В 1775 году для заведования местным благоустройством было создано специальное государственное учреждение социальной защиты населения — всесословный «Приказ общественного призрения для дел призрения и народного образования».

«Приказ общественного призрения» представлял собой управляемую губернатором административную канцелярию, подчиняющуюся непосредственно Министерству внутренних дел и Правительствующему сенату. Высшая администрация регламентировала все: определение работников на должности (от врачей до повивальной бабки), заведование хозяйством в больницах, поставку лечебных препаратов для медицинских учреждений Приказа общественного призрения всего государства. Приказ общественного призрения в каждой из сорока губерний ведал созданием и организацией работы больниц, богаделен для увечных и престарелых работных, народных школ, сиротских и смирительных домов. В 1782 году заведование народными школами было передано в комиссии по учреждению народных училищ. С введением Приказа общественного призрения был значительно расширен объем получателей медико-социальной помощи от неимущих и бездомных до больных, увечных, престарелых и других нуждающихся лиц.

При создании Приказов общественного призрения разрешалось предоставлять им субсидию из доходов губернии в размере 15000 рублей, а в дальнейшем они переводились на самофинансирование. Приказы общественного призрения имели право давать ссуды, помещать средства под проценты в банк, привлекать благотворительные капиталы, принимать частные и государственные вклады, вести хозяйственную деятельность, сдавать в аренду принадлежащую им недвижимость, участвовать в отдельных монопольных сферах бизнеса: продажа игральных карт, организация аптек Приказы общественного призрения имели двоякого рода учреждения:

* для призрения: воспитательные дома (для призрения незаконнорожденных детей), сиротские дома (для сирот 7—12 лет), богадельни (для увечных и престарелых лиц, а также для пропитания неимущих), работные дома (для предоставления неимущим способа прокормиться собственным трудом);
* для лечения: больницы и дома для умалишенных, которые впоследствии были переданы земству.

Медицинское обслуживание населения России до 1860 года осуществлялось медицинскими учреждениями, главным образом подчиненными Министерству внутренних дел, в т.ч. Приказу общественного призрения, и в какой-то степени Министерству государственного имущества. Больницы и другие лечебные учреждения Приказа общественного призрения составляли подавляющую массу всех лечебных учреждений страны.

В конце XIX века произошла существенная трансформация организационной структуры и источников финансирования Приказов общественного призрения. С самофинансирования Приказы общественного призрения переводились на государственное содержание.

С 1869 года кредитная часть капиталов Приказов общественного призрения перешла в ведение Министерства финансов, которое осуществляло разделение их по губерниям для финансирования организаций социального призрения. Также были введены постоянные государственные субсидии для Приказов общественного призрения, но при этом элементы самофинансирования оставались, и они использовали доходы как от своей прямой хозяйственной деятельности, так и от инвестиционных операций.

В течение этого периода (1775 — 1860 гг.) отсутствовал общий орган управления всей медицинской помощью в стране, и «медицинская часть» была распределена по многим ведомствам, между которыми не было какой-либо связи. Тем не менее, созданная система Приказов общественного призрения явилась важным этапом совершенствования медико-социального страхования населения. Приказ общественного призрения стал государственным органом, на который была возложена ответственность за организацию и финансирование медико-социальной помощи отдельным малоимущим слоям населения страны. Значительная часть населения оставалась без какой-либо социальной защиты со стороны государства, а медицинскую помощь жители получали за счет собственных средств или у народных целителей, или у частнопрактикующих врачей.

После отмены крепостного права в 1861 году политика государства в области улучшения охраны народного здоровья состояла в отказе по возможности от всяких хозяйственных операций, в стремлении «передать ближайшее непосредственное попечение о народном здравии местным органам управления». Изменилась система управления здравоохранения. Определение уездных и городовых врачей предоставлено местному начальству; а организация врачебной помощи населению в 1865 году предоставлена непосредственно в ведение и на усмотрение земства.

Для финансирования городского и земского здравоохранения со всех граждан, живущих личным трудом и не принадлежащих к привилегированным сословиям, взимался больничный сбор.

Земская медицина явилась значительным шагом вперед по сравнению с дореформенной приказной медициной, так как увеличилась доступность медицинской помощи сельскому населению, и она постепенно становилась бесплатной.

Период земской медицины характеризуется развитием и оптимизацией системы медицинского обслуживания на селе: ростом числа врачей и врачебных участков, уменьшением среднего радиуса врачебного участка и количества обслуживаемого населения. С 1865 по 1870 годы количество врачей увеличилось в 12,7 раза, а с 1870 по 1920 годы — в 5,1 раза. С 1870 года по 1920 год в 5 раз увеличилось количество врачебных участков и, соответственно, в 3,4 раза уменьшилось количество обслуживаемого населения на одном врачебном участке, и в 2,3 раза уменьшился радиус врачебного участка.

За 25 лет реформ были достигнуты значительные результаты и в развитии системы социального призрения: увеличено почти в 7 раз число учреждений социального призрения, количество которых к 1891 году достигло 4500, повышена доля охвата жителей страны социальным призрением, из которых 12 млн. человек получали социальную помощь. Появились и новые формы социального обеспечения: устройство санаториев и библиотек, улучшение санитарных условий проживания, устройство бюро по поиску работы, организация общественных работ, содействие профессиональному обучению.

К концу XIX века значительно изменилась структура получателей социальной помощи: осуществлялась социальная защита всех малоимущих граждан, развивалась охрана детства и материнства, проводились мероприятия по борьбе с бедностью. В данный период на долю нищих, пользующихся социальной помощью в Приказах общественного призрения, пришлось только 5%.

В июне 1903 года были приняты «Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». Данный документ имел особое значение в становлении обязательного медико-социального страхования в России, так как вводил обязанность работодателя и казны возмещать вред, причиненный работнику в результате несчастного случая на производстве в виде пособий по временной нетрудоспособности (50% от заработка), компенсации медицинских расходов, назначения пенсии по инвалидности (2/3 части от заработка при полной утрате трудоспособности) и пенсии по случаю потери кормильца (вдовьей — 1/3 часть от полной пенсии, сиротских — по 1/6 части от полной пенсии на сироту), а также выплаты фиксированного пособия 30 руб.на погребение.

В результате упорной политической борьбы за права рабочего класса произошло дальнейшее совершенствование страхового законодательства и была внедрена на практике социально значимая идея обязательного государственного медико-социального страхования рабочих. 23 июня 1912 года принимается «Закон и Положение о страховании рабочих от несчастных случаев», 45-я статья которого обязывала работодателей предоставлять работникам медицинскую помощь: амбулаторное лечение и помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, как в фабричных лечебницах, так и в других медицинских учреждениях. Россия присоединилась к числу наиболее развитых стран, имевших государственное социальное законодательство.

Появилась новая, не свойственная для обязательного страхования организационная структура — больничная (страховая) касса, т.е. страховая организация. Больничные кассы образовывались на отдельных крупных предприятиях или на нескольких мелких по численности работающих предприятиях. Они проводили страхование работников предприятия на случай болезни, увечья, утраты трудоспособности, смерти и оказания медицинской помощи.

Появление страховых организаций (больничных касс) определило создание впервые в России органов страхового надзора: фабричной инспекции и страховых присутствий, в которые назначались государством чиновники и выбирались представители от больничных касс. Высшим органом страхового надзора выступал Совет по делам страхования рабочих, в который входили 26 членов, в том числе 5 представителей рабочих, членов больничных касс; 14 крупных чиновников; 5 представителей предпринимателей; 2 представителя земства и Думы.[[1]](#footnote-1)

С установлением Советской власти произошло радикальное реформирование системы обязательного государственного медико-социального страхования. 30 октября 1917 года была принята Декларация Народного комиссариата труда «О введении полного социального страхования».

14 ноября 1917 года Совет Народных Комиссаров РСФСР издал Декрет «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений, предприятий или, в случае отсутствия таковых, о выдаче денежных сумм на их оборудование», который ознаменовал завершение существования фабричной медицины и введение государственного обязательного массового медицинского страхования наемных рабочих России.

В период НЭП медицинская помощь населению оказывалась государственной системой здравоохранения, лечебными учреждениями страховых касс и частными врачами и клиниками. Застрахованные лица обслуживались в государственных медицинских учреждениях и лечебных учреждениях страховых касс за счет средств страховых касс.

26 февраля 1925 года на основании Постановления Центрального исполнительного комитета (ЦИК) и Совета Народных Комиссаров (СНК) были произведены следующие структурно-функциональные изменения в медико-социальном страховании:

* четыре фонда социального страхования были преобразованы в два: фонд пенсий и других пособий и фонд лечебной (медицинской) помощи застрахованным лицам;
* установлен нормальный и временный льготный страховой тариф для четырех групп предприятий-страхователей;
* изменено подчинение созданных фондов.

Произошло слияние кассовой и государственной медицины в бюджетно-страховую медицину. Введение бюджетно-страховой медицины характеризовалось ухудшением качества медицинского обслуживания застрахованных лиц.

В стране до 1991 года действовала государственная система здравоохранения, и обязательного медицинского страхования населения или отдельных его групп в какой-либо форме не проводилось.

Начиная с 30-х годов XX столетия развитие советского здравоохранения строилось на основе государственного планирования и бюджетного финансирования. Пятилетние планы развития народного хозяйства страны включали плановые показатели всех отраслей, в т.ч. и здравоохранения. Жестко определялись количественные показатели, которые должна достичь отрасль к определенному моменту.

Государственной системой здравоохранения в начале своего развития были достигнуты отличные показатели обеспечения населения медицинской помощью, но к 1985 году рост количественных показателей исчерпал себя, не обеспечив перехода в качественные. Это привело в конечном итоге к осмыслению руководством страны необходимости проведения коренных преобразований системы здравоохранения, основанных на переходе от плановых к рыночным механизмам управления отраслью и направленных на обеспечение социальных гарантий гражданам в охране здоровья и на предоставление качественной медицинской помощи всему населению. При отсутствии рыночных механизмов проведенные с 1967 г. по 1988 г. четыре экономических экспериментов в здравоохранении не обеспечили внутриотраслевого реформирования и перевода медицинской отрасли на экономические методы управления.

На государственном уровне применялся остаточный принцип финансирования здравоохранения, а в медицинской отрасли использовались уравнительное финансирование медицинских учреждений и затратный механизм потребления бюджетных средств.

Все это вместе взятое привело к негативным последствиям в функционировании медицинской отрасли и кризису системы здравоохранения, обеспечило формирование низкой общественно-социальной значимости здравоохранения, а также подтверждало отсутствие общегосударственного и отраслевого системного подхода к охране здоровья населения.

Попытка внести кардинальное изменение в стратегию и тактику развития государственной системы здравоохранения были предприняты XXVII съездом Коммунистической партии Советского Союза (КПСС). Съезд КПСС в 1985 г. принял новую редакцию Программы КПСС и «Основные направления экономического и социального развития СССР на 1986-1990 гг. на период до 2000 года». В данных документах были определены конкретные пути развития здравоохранения, расширение научно – медицинских исследований по прикладным проблемам, повышение качества медицинского обслуживания, укрепление реконструкции материально-технической базы медицинской отрасли в соответствии с новейшими достижениями науки и техники.

Переход от государственной системы здравоохранения к страховой медицине, как показывает мировой и отечественный опыт, является необходимым шагом в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг. Это обусловлено тем, что, во-первых, для широких слоев населения обеспечиваются гарантии предоставления и доступность высококачественных медицинских услуг даже при значительном росте цен на них; во-вторых, решаются проблемы привлечения дополнительных и значительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения; в-третьих, принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления начинают активно использоваться в управлении системой здравоохранения.

Новое возрождение обязательного медицинского страхования в Российской Федерации началось по прошествии 60 лет, благодаря принятию 28 июня 1991 года Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» № 1499-1.

Согласно статье 1 этого Закона обязательное медицинское страхование – это составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования.[[2]](#footnote-2)

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

В основу интересов субъектов нынешней системы обязательного медицинского страхования в России положен принцип гарантированного обеспечения всем гражданам необходимого объема и качества медицинской помощи, определяемых базовой программой обязательного медицинского страхования. На основе базовой программы разрабатываются территориальные программы обязательного медицинского страхования, которые реализуются по договорам, заключаемым между субъектами медицинского страхования.[[3]](#footnote-3)

В России ОМС распространяется на всех граждан страны. По данным Росстата, численность постоянного населения России на 01 января 2010 года составляла 142,3млн. человек. Численность граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 01.01.2010 год, согласно данным ФФОМС, равнялась 142,2 млн. человек, т.е. практически 100% населения страны.[[4]](#footnote-4)

Структура системы ОМС была представлена 87 территориальными фондами ОМС, 120 страховыми медицинскими организациями (СМО) и 262 Филиалами СМО.[[5]](#footnote-5)

**1.2 МОДЕЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Основной целью ОМС является сбор и капитализация страховых взносов и предоставление за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан по законодательно установленным условиям и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным и страхованием по безработице. С другой стороны, ОМС это финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. В сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы социального страхования и не является предметом ОМС.

Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами ОМС, разрабатываемыми на уровне федерации в целом и в субъектах федерации. На практике стоимость территориальных программ приходится определять исходя не из стандартов, заложенных в базовой программе, а из суммы средств, собранных территориальными фондами на реализацию ОМС.

Базисом каждой модели системы ОМС является порядок движения финансовых средств от страхователя в медицинские учреждения на возмещение затрат последних за оказанную медицинскую помощь при наступлении страхового события.

Законодательной базой предусмотрено три варианта движения финансовых средств. Для первого варианта характерно движение финансового потока от Территориального фонда ОМС через страховые медицинские организации в медицинские учреждения.

При втором варианте финансовый поток как бы разделяется, финансирование медицинских учреждений осуществляется и через страховые медицинские организации, и непосредственно территориальным фондом. Всеобщность страхования обеспечивается филиалами территориальных фондов.

При третьем варианте финансирования медицинских учреждений осуществляется только территориальным фондом. Функции страховщика при этом выполняют филиалы территориальных фондов ОМС.

Таким образом, движение финансовых потоков предопределяется функционально-организационной структурой системы ОМС. Изменение организационной подсистемы ОМС - Территориального фонда в дальнейшем предопределяет движение финансовых средств по двум вариантам. Страховые взносы могут перечисляться страхователем на счет исполнительной дирекции территориального фонда или счета филиалов фонда.

Сложившийся на различных территориях многообразный порядок финансового взаимодействия в системе ОМС определяет основу модели системы ОМС.

В части субъектов Федерации в настоящее время созданы модели системы ОМС, которые целесообразно подразделить на две группы:

1. Модели, в структуре которых нет филиалов Территориального Фонда;
2. Модели, в структуре которых филиалы Территориального фонда имеются*.*

Следующей функционально-организационной подсистемой, при условии строгого соблюдения антимонопольных мер предопределяющей модель системы ОМС, являются страховые медицинские организации (СМО). Включение их в систему ОМС обеспечивает последовательную реализацию грамотной государственной политики в деле охраны здоровья населения. СМО, выступая в договорах в интересах застрахованных, контролируют объемы и качество предоставляемой медицинской помощи, активно влияют на преобразование и упорядочение деятельности лечебно-профилактических учреждений. Денежные средства от Территориальных фондов на финансирование территориальной программы ОМС могут перечисляться на счет головной СМО или на счета филиалов, что приводит к формированию моделей системы ОМС, причем каждый из представленных ранее типов моделей может трансформироваться.

Однако в силу различных обстоятельств на некоторых территориях России формируется централизованная структура государственной системы ОМС с монопольным правом обязательного медицинского страхования, принадлежащим территориальному фонду, СМО к участию в ОМС не допускаются, в этих случаях формируются модели не соответствуют идеологии страхового дела, так как территориальный фонд начинает выполнять две группы функций: «свои», предусмотренные Положением о Территориальном фонде, и функции СМО, что вызывает сомнение в легитимности действий в связи с отсутствием лицензии Росстрахнадзора на занятие страховой деятельностью.

Подсистемы ОМС взаимодействуют через различные связи: прямые, обратные, нейтральные, горизонтальные и вертикальные. Если функционально-организационную структуру системы ОМС можно рассматривать как базис типа модели, то связи между подсистемами являются «идеологической надстройкой».

Первостепенная роль в формировании модели системы ОМС принадлежит месту, занимаемому Территориальным фондом в системе ОМС. Иногда фонд теряет свою самостоятельность, уступая бразды правления страховой медицинской организации или, что встречается реже, органу управления здравоохранением.

В таких условиях формирование модели системы ОМС происходит по типу:

1. фонд;
2. орган управления здравоохранения;
3. страховая медицинская организация.

Осуществляется это через прямую сильную вертикальную связь, идущую от органа власти (администрации) территории или правления территориального фонда, т.е. органов, уполномоченных управлять территориальным фондом.

Разнообразие моделей системы ОМС определяется также: размером страхового тарифа за работающее и неработающее население; системой оплаты труда медицинских работников, оказывающих лечебно-профилактическую помощь застрахованным; методикой проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Наименьшей финансовой устойчивостью, как правило, обладает модель «Орган управления здравоохранением», т.к. технология внедрения системы ОМС преследует интересы органа управления здравоохранением территории: за счет средств ОМС решаются проблемы бюджетного финансирования: включение в Территориальную программу объемов и видов медицинской помощи, которые должны финансироваться из бюджета, приобретение дорогостоящего оборудования, транспорта, обеспечение целевых программ, включение в себестоимость медицинских услуг, оказываемых в рамках программы ОМС, практически всех затрат по статьям сметы.

В 1996 году на территориях 29 субъектов РФ ОМС полностью соответствует законодательной модели. Цепочка финансового обеспечения субъектов выстраивается от территориального фонда ОМС через СМО. СМО финансируются территориальным фондом по числу застрахованных граждан в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами. Страховая медицинская организация в свою очередь производит расчет с медицинскими учреждениями, используя различные способы оплаты, контролирует качество медицинской помощи и защиту прав застрахованных.

21 субъект РФ использует смешанную модель ОМС. При недостаточности страховых медицинских организаций филиалы территориальных фондов также проводят обязательное медицинское страхование. При этом обеспечение всеобщности страхования остается за филиалами территориальных фондов, которые также финансируют оказание медицинской помощи населению.

В 24 субъектах РФ функции страховщика выполняют только филиалы территориальных фондов ОМС.

С первого взгляда кажется, что это экономичная и простая модель системы ОМС по административным расходам и налогообложения. Однако она практически повторяет существовавшую ранее государственную неэффективность которой в обеспечении граждан бесплатной доступной квалифицированной помощью явилась основанием для реформ в здравоохранении. Она не позволяет полностью реализовать возможности независимой защиты интересов застрахованных граждан.

Иногда на территориях сочетаются элементы той или иной модели, формируются другие типы системы ОМС, легитимность существования которых вызывает сомнение. Так, в отдельных территориях можно наблюдать раздельное поступление страховых взносов за работающее население на счета Территориального фонда, а платежей на ОМС неработающего населения на счета органов управления здравоохранением, минуя фонд и СМО.

Разнообразие моделей системы ОМС определяется также: размером страхового тарифа за работающее и неработающее население; системой оплаты труда медицинских работников, оказывающих лечебно-профилактическую помощь застрахованным; методикой проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Стабильное функционирование системы ОМС обеспечивается ее финансовой устойчивостью. На финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования оказывают влияние: объем взносов за работающее и неработающее население; объем регистрации плательщиков; объем программы ОМС и ее стоимость; размер региональных дифференцированных подушевых нормативов; стоимость (себестоимость медицинских услуг); коэффициенты индексации тарифов на медицинские услуги; способы оплаты медицинской помощи; объем, виды и технологии оказываемой медицинской помощи; эффективность кредитно-инвестиционной деятельности фонда, страховых медицинских организаций; величина страховых резервов, порядок их накопления и использования; объем финансовых средств, используемых целевым назначением; частота наступления страхового события.

Поэтому для стабильного функционирования системы ОМС необходима разработка мер, направленных на усиление влияния Федерального фонда, Росстрахнадзора на соблюдение законодательной базы ОМС при формировании различных моделей системы ОМС в ходе реализации Закона «О медицинском страховании граждан в РФ», соответствие их экономической политики государства и гарантирующих обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

В целях стабильного функционирования и повышения финансовой устойчивости системы ОМС на территориях необходим пересмотр сложившихся функционально-организационных взаимосвязей системы ОМС и реорганизация сформированных моделей в соответствии с законодательной базой.

**2 ОРГАНИЗАЦИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**2.1 ОРГАНИЗАЦИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Обязательное медицинское страхование – один из самых важных элементов системы охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС организуется и осуществляется государством, следовательно, государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумулирования взносов на обязательное медицинское страхование.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет обязательных взносов различных категорий страхователей.

Все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности организационно-правовых форм деятельности, обязаны платить страховые взносы за работающие население в составе единого социального налога. Тарифы страховых взносов установлены по регрессивной шкале в зависимости от категории налогоплательщика.

Страховые взносы уплачиваются со всех выплат, начисленных пользу работников в денежной натуральной форме за исключением выплат, осуществляемых за счет чистой прибыли, компенсационных: выплат, социальных выплат и некоторых других. Суммы начисленных взносов уплачиваются на счета Федерального казначейства ежемесячно, не позднее 15-го числа следующего месяца. Платежные поручения на перечисление страховых взносов страхователи представляют в банк одновременно с представлением документов на выдачу средств на оплату труда. Органы Федерального казначейства в течение суток обязаны перечислять поступающие суммы взносов на счета соответствующих фондов ОМС. Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За нарушение порядка уплаты страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции, предусмотренные Налоговым кодексом РФ.

За неработающее население страховые взносы на ОМС обязаны платить органы исполнительной власти с учетом объемов территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. К неработающему населению относят детей, учащихся, инвалидов, пенсионеров, безработных. Органы исполнительной власти обязаны перечислять средства на ОМС неработающего населения ежемесячно, не позднее 25-го числа, в размере не менее 1/3 квартальной суммы средств, предусмотренных на указанные цели.

Перечисление средств в территориальные фонды ОМС должно осуществляться по нормативу на неработающее население, который устанавливается исходя из стоимости территориальной программы ОМС. Однако в настоящее время обязательства местных администраций по уплате этих страховых платежей весьма неопределенны, так как полностью отсутствуют какие-либо законодательные или нормативные акты, регулирующие эти вопросы. Если для страхователей хозяйствующих субъектов тарифы устанавливаются Налоговым кодексом, то для органов исполнительной власти нормативных документов по расчету платежей на ОМС неработающего населения не существует. Расчет взносов производится по остаточному принципу исходя из нормативов, самостоятельно устанавливаемых в каждом субъекте РФ. Методика определения платежей за неработающее население, предлагаемая федеральным фондом ОМС, при определении региональных нормативов страховых платежей за неработающее население рекомендует исходить из разницы между стоимостью территориальной программы ОМС и объемами ее финансирования за счет взносов хозяйствующих субъектов и прочих поступлений.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» управление финансовыми средствами системы ОМС осуществляется фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями.

Основной целью ОМС является сбор и капитализация страховых взносов и предоставление за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты населения наряду с пенсионным и социальным страхованием. В этом заключается социальная значимость ОМС. С другой стороны, ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. В этом состоит экономическое значение ОМС. В Российской Федерации в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения.[[6]](#footnote-6)

**2.2 ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**2.2.1 ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Одним из первых уровней страхования в системе ОМС представляет федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Федеральный ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, действующим на основании устава. ФФОМС подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой. Управление деятельностью фонда осуществляется правлением и постоянно действующей исполнительной дирекцией. В состав правления входят представители Законодательного Собрания, министерств здравоохранения, финансов, социальной защиты, территориальных ФОМС, Центрального банка, Ассоциации страховых медицинских организаций, Профессиональной медицинской ассоциации; страхователей и профсоюзов.

Финансовые средства ОМС формируются за счет страховых взносов, предназначенных для фондов ОМС в составе единого социального налога. Совокупная ставка этих платежей составляет 3,6% от фонда оплаты труда (по плоской шкале), из которых 0,2% идут в федеральный ФОМС и 3,4% — в территориальные фонды ОМС.

Федеральный ФОМС сам не осуществляет страховые операции и в целом не финансирует систему обязательного медицинского страхования граждан. Основной финансовой функцией этого фонда является предоставление субвенций территориальным фондам ОМС для выравнивания условий Обеспечения медицинскими услугами населения различных по экономическому развитию регионов. Кроме того, за счет его средств осуществляются отдельные целевые медицинские программы, оказывается медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях, возникающих в связи с катастрофами, стихийными бедствиями, военными действиями.

Федеральный ФОМС осуществляет организационное управление системой ОМС путем разработки нормативных документов по ведению медицинского страхования в регионах, подготовки типовых пли примерных правил страхования населения, участия в создании территориальных фондов ОМС.[[7]](#footnote-7)

Статистика Федерального ФОМС свидетельствует о том, что на 01 октября 2007 года в РФ в системе ОМС работало по договорам 8115 медицинских учреждений, в которые поступило средств ОМС: всего – 224396,0 млн. рублей, в том числе из Территориальных ФОМС – 26367,8 млн. рублей.[[8]](#footnote-8)

**2.2.2 ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Второй уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС (ТФОМС) и их филиалами. Территориальные фонды занимают центральное место в системе, поскольку именно ими осуществляется аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС.

Территориальные ФОМС создаются органами представительной и исполнительной власти субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны создавшим их органам власти.[[9]](#footnote-9)

Финансовые средства ТФОМС образуются в основном за счет двух источников:

* + части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями, организациями и другими хозяйствующими субъектами на ОМС работающего населения в размерах, установленных шкалой ЕСН;
  + средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов РФ на ОМС неработающего населения (размер платежей устанавливается органами исполнительной власти субъекта РФ).

Главной задачей ТФОМС является обеспечение реализации ОМС на территории субъекта РФ на принципах всеобщности и социальной справедливости. На ТФОМС возложена основная работа по обеспечению финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС.[[10]](#footnote-10) Однако в настоящее время, после введения ECН, территориальные ФОМС больше напоминают передаточное, чем основное организующее звено медицинского страхования. Страховые взносы они уже не собирают, контроль за их уплатой не осуществляют, так как эти функции возложены на налоговые службы. Территориальные программы обеспечения граждан медицинской помощью и правила страхования граждан утверждают органы исполнительной власти субъектов РФ, а ТФОМС только участвуют в их разработке. Оплату медицинских услуг и перечисление средств лечебно-профилактическим учреждениям территориальные фонды не могут осуществлять по закону, а если они это делают в ряде регионов, то нарушает существующее законодательство. Между прочим, стоит этот «посредник», налогоплательщикам не дешево — около 6% поступающих в ТФОМС средств идет на содержание фонда и расходы по организации ОМС.

Формирование финансовых ресурсов ОМС на уровне регионов имеет еще один существенный недостаток. Они представляют собой своего рода «общий котел», куда поступают и где обезличиваются два финансовых потока, совершенно разных по своему происхождению, и управляют которым органы местной власти. При таком подходе невозможно решить проблему полной уплаты взносов за неработающее население, так как всегда остается возможность восполнить несостоятельность бюджета за счет страховых взносов хозяйствующих субъектов. И чем исправней будут платить взносы работодатели, тем меньше будут выполнять свои обязательства перед неработающим населением органы исполнительной власти, вместо того чтобы в целом увеличивать объем медицинских гарантий. С 1995 по 1999 г. доля бюджетных взносов в ОМС уменьшилась с 28 до 22,4%, и эта динамика не улучшается. Менее четверти средств поступает на страхование неработающего населения, которое составляет 55% всего населения страны. Даже без учета половозрастных коэффициентов потребления медицинских услуг, которые в 1,5—2 раза выше именно у неработающего населения (детей и престарелых), соотношение взносов должно быть, как минимум, равным.

Для выполнения своих функций ТФОМС могут создавать филиалы в городах и районах. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по финансированию страховых медицинских организаций.

Федеральный и территориальный фонды ОМС проводят активную работу по включению в систему ОМС различных медицинских учреждений, повышая тем самым уровень конкуренции среди них и расширяя возможности граждан в получении квалифицированной медицинской помощи. (см. приложение 1)

В медицинском страховании взаимодействуют 4 самостоятельных субъекта: страховщик, страхователь, исполнитель медицинских услуг, застрахованный.

Страхователями работающего населения являются работодатели (предприятия, организации), неработающего населения – государственные органы исполнительной власти.

Помощь застрахованным оказывается в рамках территориальной программы ОМС, которая предусматривает:

* + виды и условия оказания медицинской и лекарственной помощи;
  + перечень оказываемых услуг;
  + перечень медицинских учреждений, предоставляющих помощь в рамках программы;
  + требования к качеству медицинской помощи;
  + предельные тарифы на медицинские услуги, принятые в установленном порядке.

Программы ОМС гарантируют гражданам определенный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи.

Программу ОМС утверждает Правительство РФ, и она является базовой.[[11]](#footnote-11)

Для выполнения своих функций ТФОМС могут создавать филиалы в городах и районах. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по финансированию страховых медицинских организаций.[[12]](#footnote-12)

* + 1. **СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

Существует третий уровень в осуществлении ОМС, который представляют страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. При отсутствии на данной территории страховых медицинских организаций филиалам ТФОМС разрешено осуществлять обязательное медицинское страхование граждан, т.е. вести расчеты с медицинскими учреждениями.

В России, в настоящее время, СМО в системе ОМС – это коммерческие страховые организации (акционерные общества или общества с ограниченной ответственностью), при этом осуществляющие свою деятельность на некоммерческой основе.[[13]](#footnote-13)

Страховые медицинские организации получают финансовые средства на осуществление OMС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от количества и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

По Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, страховой медицинской организацией может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющие лицензию на проведение ОМС, выдаваемую Департаментом страхового надзора Министерства финансов РФ. СМО вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование граждан, но не вправе осуществлять другие виды страховой деятельности. При этом финансовые средства по обязательному и добровольному страхованию учитываются раздельно. Страховые медицинские организации не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

Из средств, поступающих от ТФОМС на обеспечение медицинского страхования закрепленного за страховой компанией контингента населения, СМО оплачивают стоимость медицинских услуг, предоставленных застрахованным ею гражданам, покрывают расходы на ведение ОМС и формируют обязательные страховые резервы. К числу этих резервов относятся:

* + резерв оплаты медицинских услуг, используемый на оплату счетов, выставленных лечебно-профилактическими учреждениями за Медицинское обслуживание тех граждан, которые застрахованы данной СМО;
  + резерв финансирования предупредительных мероприятий, который образуется и используется по согласованию с ТФОМС;
  + запасной резерв, образуемый для покрытия превышения расходов на оплату медицинской помощи в случае нехватки средств основного резерва оплаты медицинских услуг.

Страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС определяются на основе объема, структуры и состава расходов медицинского учреждения, подлежащих компенсации в рамках территориальной программы ОМС. В соответствии с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью возмещению за счет средств ОМС подлежат только определенные виды расходов:

• оплата труда с установленными начислениями, включая ЕСН;

• медикаменты и перевязочные средства;

• продукты питания;

• мягкий инвентарь;

• обмундирование.

Использование медицинскими учреждениями средств ОМС на оплату иных видов расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг по ОМС, считается нецелевым.

Единая система оплаты медицинских услуг в ОМС пока не сложилась. В настоящее время используется несколько способов оплаты медицинских услуг:

• по смете расходов;

• по средней стоимости пролеченного больного;

• по клинико-статистическим группам (КСГ) или медико-экономическим стандартам (МЭС);

• по числу койко-дней;

• по дифференцированному подушевому нормативу;

• за отдельные услуги.

Таким образом, деятельность СМО представляет собой заключительный этап в реализации ОМС. Ее основной функцией выступает оплата страховых случаев. Наряду с финансовыми функциями СМО осуществляют контроль за объемом и качеством предоставляемых медицинских учреждениям по фактам нарушения условий ОМС или причинения ущерба застрахованным гражданам.[[14]](#footnote-14)

**2.3 РАСЧЕТ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В связи с введением обязательного медицинского страхования встала проблема определения размера страховых тарифов и объема страховых фондов по ОМС. Правильно рассчитанная тарифная ставка обеспечивает финансовую устойчивость страховых операций. На сегодняшний день наиболее разработан лишь механизм формирования фонда обязательного медицинского страхования. Определены плательщики взносов – работодатели, предприниматели без образования юридического лица, граждане, занимающиеся частной практикой, и граждане, использующие труд наемных рабочих. Облагаемой базой является начисленная оплата труда по всем основаниям, включая сверхурочную работу, работу в выходные и праздничные дни, оплату за совместительство. Ставка страховых взносов составляет 3,6 % , в том числе 0,2 % поступает в федеральный фонд и 3,4% остается на местах. Взносы на неработающее население должны делать местные власти.

Тарифная ставка, лежащая в основе страхового взноса, называется брутто-ставкой. Она состоит из совокупности нетто ставки и нагрузки. В основу расчета рисковой нетто-ставки заложена стоимость курса лечения и вероятность наступления страхового случая.

Рисковая нетто-ставка выражает часть страхового взноса в денежной форме, предназначенную на покрытие риска. Она рассматривается как функция, производная от вероятности реализации риска наступления страхового случая во времени, величина ее равна произведению страховой суммы (стоимость курса лечения) на вероятность наступления страхового случая.

Следует отметить, что рисковая надбавка предназначена для формирования запасного фонда. Это временно свободные средства, их можно использовать как кредитные ресурсы на началах возвратности в конце тарифного года. Рисковая нетто-ставка и рисковая надбавка составляют совокупную нетто-ставку.

Вторая часть страхового тарифа, нагрузка, составляет 30% брутто-ставки и включает расходы на превентивные мероприятия – 5%, расходы на ведение дел страховой компании – 10%. Прибыль в структуру тарифной ставки ОМС не закладывается.

Превентивные расходы предназначаются для проведения оздоровительных, физкультурных мероприятий, направленных на укрепление здоровья, оздоровление производственной и бытовой сферы среди застрахованных по ОМС. Расходы на превентивные мероприятия должны соответствовать утвержденным нормативам для финансирования превентивных мероприятий.

Расходы на ведение дел подразделяются на организационные, ликвидационные, управленческие и другие виды.

При выделении ассигнований на ОМС необходимо дифференцировать тарифные ставки в зависимости от половозрастного состава страхователей, учитывая различия в потребности в медицинской помощи.

Каждый регион самостоятельно разрабатывает и утверждает тарифы на медицинские услуги. При этом заработная плата в тарифе на конкретную услугу при одинаковой сложности не зависит от категории стационара. Тарифы на услуги, не вошедшие в клинико-статистические группы, рассчитываются дополнительно. Тарифы даже не предусматривают затрат на ремонт оборудования, не говоря уже о финансировании развития материально-технической базы здравоохранения. Лишь небольшая часть больниц и поликлиник оборудованы современной аппаратурой, 38 % амбулаторно-поликлинических учреждений находятся в неприспособленных помещениях, не имеют современных диагностических центров, кабинетов физиотерапии и т.д.

**3 ПРОБЛЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**3.1 ПРОБЛЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

Одна из наиболее острых проблем, требующих решения сегодня является то, что при поступлении средств обязательного медицинского страхования в систему здравоохранения происходит сокращение бюджетного финансирования отрасли, что затрудняет реализацию Закона об ОМС. Сегодня тариф страхового взноса - 3,6% от фонда оплаты труда - не обеспечивает финансового покрытия медицинской помощи даже работающему населению страны, которое составляет всего 41,1%, а большая часть, около 86 млн. человек (60%), это неработающее население, в основном старики, дети, инвалиды, безработные, которые к тому же более всего нуждаются в медицинской помощи. Поэтому проблема платежей на неработающее населения особо остро встает именно в связи с сокращением бюджетного финансирования отрасли «Здравоохранение». При таком сокращении в первую очередь страдают скорая и неотложная медицинская помощь и социально значимые виды медицинской помощи.

Платежи на неработающее население из средств выделенного бюджета здравоохранения ведут к дефициту средств на противотуберкулезную, психиатрическую и наркологическую службы, чего нельзя допустить с учетом значительного роста заболеваний этого профиля.

Сегодня, при внедрении новой системы взаимоотношений и организации медицинского обслуживания населения, наращивания инфраструктуры органов и учреждений, занятых организацией и оплатой труда медицинских работников, становится реальной угроза разрыва между лечебной и профилактической медициной, которую во что бы то ни стало нельзя допустить.

В России возникает такая ситуация, когда система становится заинтересованной в постоянном росте числа больных, а не здорового населения, а качество медицинской помощи определяется не результатами, а более дорогими технологиями. Здесь имеется в виду принцип оплаты труда в здравоохранении: проходя стадии от полного безразличия и экономической незаинтересованности в результате своего труда, через принцип «проработал больше - получил больше» надо приблизиться к принципу «сколько заработал - столько и получил». В этом плане хорошо подходит глубоко продуманный и проверенный на практике опыт оплаты труда руководителей здравоохранения и медицинских работников по контракту.

Внедрение системы медицинского страхования наряду с бюджетным финансированием здравоохранения создает реальную экономическую базу для реализации принципов дифференцированной оплаты по качеству и количеству труда.

Следует также отметить, что внедрение системы ОМС практически на всех территориях отмечается неоправданно большим разнообразием моделей страхования. Такое разнообразие форм внедрения ОМС объясняется, главным образом, недостаточностью нормативно-правовой базы и методологической неподготовленностью территорий, отсутствием инфраструктуры страховых медицинских организаций и нежеланием руководителей органов и учреждений здравоохранения что-либо менять

Особой проблемой является проблема управления, обеспечения и экспертизы качества медицинской помощи. Актуальной проблемой этого направления является лицензирование и аккредитация медицинских учреждений. Лицензионная деятельность регулируется рядом основополагающих директивных документов: Законами Российской Федерации: «О медицинском страховании граждан», «О стандартизации», «О защите прав потребителей», и так далее, предусматривающих организацию и порядок работы соответствующих комиссий, а также процедур проведения сертификации (аккредитации) лицензионной деятельности.

Еще одна острая проблема - это проблема достоверности информации о поступлении и расходовании государственных средств системы ОМС. В настоящее время еще нет отработанной системы получения объективной и достоверной информации о поступлении и расходовании государственных средств системы ОМС. Функции государственных органов по контролю за поступлением средств, формированием и использованием доходов системы ОМС должным образом не определены. Механизм формирования доходов системы ОМС, учета платежей и контроля деятельности системы ОМС нуждается в серьезном организационном и методологическом совершенствовании.

Такое положение свидетельствует о настоятельной необходимости введения системного анализа финансовой деятельности фондов ОМС. Функции государственных органов контроля за формированием доходов фондов и правильным их использованием законодательно оказались должным образом не определены.

Кроме того, в условиях бюджетного дефицита, спада производства и крайне низкого тарифного страхового взноса внедряемая модель ОМС является неоправданно дорогостоящей. Она потребляет значительную часть средств на свою инфраструктуру.

В связи с вышеизложенными проблемами Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации считает, что для их решения необходимо:

1. Исполнение Закона РФ «О медицинском страховании граждан» органами исполнительной власти субъектов РФ должно быть безусловным;

2. Утверждение программы гарантированной бесплатной медицинской помощи населению, в том числе и Базовой программы ОМС, а также Федеральных стандартов медицинской помощи;

3. В связи с обеспеченностью финансовыми средствами территориальных программ ОМС, составляющей в среднем по России 40%, а в некоторых территориях - 10-20%, целесообразно рассмотреть вопрос об увеличении тарифа страхового взноса на ОМС;

4. Разработать совместно с Федеральным фондом ОМС, фармацевтическими предприятиями и организациями механизм лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения и населения РФ с целью осуществления государственного регулирования цен на медикаменты и изделия медицинского назначения, с учетом доступности лекарственной помощи для населения и защиты отечественных товаропроизводителей;

5. Утвердить:

- программу поэтапной реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» с определением порядка, условий, сроков, критериев готовности перехода субъектов РФ на ОМС;

- нормативно-методические документы по переходу и оценке результатов работы органов и учреждений здравоохранения в системе ОМС, по разграничению полномочий, функций и ответственности субъектов медицинского страхования;

- систему подготовки медицинских кадров к работе в условиях медицинского страхования;

- рекомендации по формированию дифференцированной заработной платы работников здравоохранения в зависимости от объемов и качества труда.

Таким образом, проводимая сегодня в России реформа здравоохранения, введение ОМС предполагает структурную, инвестиционную, кадровую перестройку отрасли, направленную на повышение экономической и клинической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинской помощи и обеспечение конституционных прав населения РФ на гарантированный государством объем медицинской помощи.

**3.2 КОНЦЕПЦИИ МОДЕРНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт медицинского страхования.

Введение страхового механизма мобилизации дополнительных ресурсов в бюджетную модель здравоохранения в виде обязательного медицинского страхования (ОМС) в начале 90-х годов происходило в условиях экономического спада и стагнации экономики страны. В целом это привело к тому, что данная система практически не выполнила свою основную функцию, в лучшем случае данные средства оказались бюджетозамещающими.

Не оправдались также надежды, что введение системы страхования позволит в короткие сроки повысить эффективность системы здравоохранения за счет конкуренции между медицинскими организациями. Это обусловлено тем, что исторически сеть учреждений здравоохранения формировалась на основе принципов построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования.

Опыт Российской Федерации, а также международный опыт, подтверждает, что введение страховых механизмов, в частности, обязательного медицинского страхования, в неподготовленную и неэффективную систему здравоохранения не позволяет в полной мере реализовать преимущества страховых принципов организации финансирования здравоохранения. В результате за 10 лет в здравоохранении сохранились прежние принципы организации предоставления медицинской помощи и содержания сети медицинских учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами.

Вялотекущий характер реформ обусловлен в том числе и длительным периодом осознания необходимости перехода от принципа всеобщей доступности бесплатного получения медицинской помощи к принципу предоставления медицинской помощи определенного уровня и объема, обеспеченной при этом конкретным целевым источником финансирования. Прогрессивные страховые механизмы финансирования здравоохранения при консервативных способах управления здравоохранением не могут реализоваться.

Поэтому реформирование обязательного медицинского страхования на современном этапе возможно только в контексте системных изменений в здравоохранении, основные направления которых определены Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Правительства Российской Федерации № 1387 от 5 ноября 1997 г.

Вместе с тем, реализация страховых принципов уже сформировала новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи, формализованные, в частности, в систему вневедомственного контроля качества медицинской помощи в противовес традиционной системе исключительно ведомственного контроля, существовавшие многие десятилетия в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение страхования способствовало созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи. Как социальный институт ОМС обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении.

Следует отметить, что в соответствии с нормами статьи 72 Конституции Российской Федерации в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся только координация вопросов здравоохранения, т.е. основную ответственность за предоставление населению бесплатной медицинской помощи несут органы государственной власти субъектов Российской Федерации и, в силу прямого указания частей 1 и 2 статьи 41 Конституции Российской Федерации, органы местного самоуправления.

В соответствии с Посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 19 апреля 2002 года и от 4 апреля 2001 года необходимо осуществить завершение перехода к страховому принципу оплаты медицинской помощи, что предполагает устранение имеющихся в обязательном медицинском страховании недостатков, в том числе пробелов в законодательном регулировании.

Структура органов управления обязательным медицинским страхованием аналогична структуре органов управления здравоохранения в системе органов государственной власти России, построенной на принципах федерализма. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Правительством Российской Федерации, содержит виды и объемы медицинской помощи. Она является основой для утверждения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи, содержащих территориальные программы обязательного медицинского страхования. Это соответствует конституционному положению о нахождении вопросов здравоохранения в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Поэтому проводить изменения организационной структуры системы обязательного медицинского страхования на данном этапе нецелесообразно.

Доминирующим принципом формирования обязательного медицинского страхования должна стать сбалансированность доходов и расходов. Реализация страховых принципов мобилизации ресурсов на нужды отрасли должна сопровождаться постепенным замещением финансовых средств поступающих из других источников, в первую очередь из бюджетов всех уровней, средствами, направляемыми страховыми организациями в лечебно-профилактические учреждения за предоставленные медицинские услуги.

Таким образом, в настоящее время необходимо провести модернизацию ОМС, сконцентрировав основные усилия на достижении сбалансированности ресурсов и обязательств системы, а также создать условия и предпосылки реформирования здравоохранения.

Основное содержание модернизации системы обязательного медицинского страхования и условий ее осуществления.

Целью модернизации ОМС является обеспечение условий устойчивого финансирования медицинских организаций для предоставления населению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Для достижения поставленной цели необходимо последовательно решить следующие задачи:

• обеспечение сбалансированности доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;

• обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы ОМС;

• устранение недостатков, накопившихся в системе за период ее существования;

• гармонизация правовых и организационно-экономических механизмов взаимодействия обязательного медицинского страхования, здравоохранения и граждан.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, можно сказать, что в условиях кризисного состояния здравоохранения большое значение должно придаваться социальной значимости медицинского страхования, изысканию дополнительных возможностей восстановления здоровья граждан. В условиях расширения рынка медицинских услуг страховые организации могут взять на себя значительную долю долгосрочного кредитования бюджетного сектора экономики.

Система медицинского страхования, как один из секторов рыночной экономики, формирует собственную структуру финансовых ресурсов и затрат, вступает в финансовые отношения с другими субъектами финансового рынка. Формирование страхового рынка медицинских услуг должно базироваться на универсальной правовой базе. Необходимо выработать, в частности, экономические и правовые требования, предъявляемые к созданию любых страховых организаций; критерии оценки возможной сферы страховых операций, исходя из организационно-правового статуса страховой медицинской организации; размера основного капитала, запасных фондов.

Как показывает практика, эффективность страхования повышается за счет удовлетворения растущего спроса на медицинские страховые услуги даже за короткий период действия его региональных видов. Задачей страховых организаций является придание медицинскому страхованию более гибкой, удобной и выгодной формы.

Важным аспектом развития ОМС является разработка схемы взаимодействия между страховой медицинской организацией и лечебно-профилактическим учреждением. Подобное взаимодействие в условиях рыночных отношений может быть основано либо на договоре о подряде, либо на договоре о совместной деятельности. При этом страховая медицинская организация выступает в роли заказчика, а лечебно-профилактическое учреждение - исполнителя. Существенным недостатком подрядного договора является неподготовленность лечебно-профилактических учреждений к работе в новых организационно-правовых условиях. Для устранения недостатков подрядной формы договора целесообразно на переходный период в качестве базового договора принимать договор о совместной деятельности. Однако договор о совместной деятельности имеет довольно ограниченные возможности применения. Поэтому по мере развития страховой медицины, совершенствования механизма хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений будут созданы предпосылки для перехода к собственно подрядным договорам между страховыми медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями.

На мой взгляд, данным механизм реализации медицинского страхования в России будет способствовать развитию рыночных отношений в здравоохранении, обеспечит универсальность и финансовую устойчивость этой формы медицинского страхования.

Весьма важным для создания эффективной системы ОМС в России является приведение в соответствие организационно-правовой реформы СМО с некоммерческим характером их деятельности, а также создание экономических взаимосвязей между такими страховщиками и застрахованными лицами.

Представляется, что реформирование системы ОМС РФ должно идти по следующим направлениям:

* + распределение обязанности уплаты взносов по ОМС между работником и работодателем;
  + создание в системе ОМС в РФ публично-правовых некоммерческих организаций, управление которыми осуществляется с участием страхователей;
  + обеспечение возможности влияния застрахованных на финансовое состояние СМО в системе ОМС;
  + обеспечение условий для конкуренции между страховыми медицинскими организациями, в том числе возможности формирования каждой из таких организаций своих конкурентных преимуществ.[[15]](#footnote-15)

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Архипов А. П. О совершенствовании системы ОМС / А. П. Архипов // Финансы. 2009. №9. – с. 41-46.
2. Гвозденко А. А. Основы страхования: учебник / А. А. Гвозденко. – 2-е изд. - М. : Финансы и статистика, 2004. – с. 54-56.
3. Гинзбург А. И. Страхование: серия «Краткий курс» / А. И. Гинзбург. – СПб. : Питер, 2004. – с. 58-59.
4. Грязнова А. Г. Финансы / А. Г. Грязнова, Е. В. Маркина. – М. : Финансы и статистика, 2005. – 459 с.
5. Левант Н. А. ДМС в России: факторы поступательного развития / Н. А. Левант // Финансы. 2010. №9. – 43 с.
6. Логвинова И. Л. О некоторых аспектах организации ОМС за рубежом / И. Л. Логвинова // Финансы. 2010. №6. – 50, 52 с.
7. Никулина Н. Н. Страхование. Теория и практика: учебн. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Финансы и кредит», «Бухучет, анализ и аудит» / Н. Н. Никулина, С. В. Березина. – М. : ЮНИТИ – ДАНА, 2008. – с. 74-80.
8. Поляк Г. Б. Финансы: учебник для студентов вузов, обучающихся по экономическим специальностям / Г. Б. Поляк. – 3-е изд. – М. : ЮНИТИ – ДАНА, 2009. – 486 с.
9. Русакова О. И. Медицинское страхование: учебн. пособие / О. И. Русакова, С. В. Шейко, Н. Н. Абашин. – Иркутск. : Изд-во БГУЭП, 2003. – с. 38-39.
10. Русецкая Э. А. Совершенствование медицинского страхования как центрального звена безопасности жизнедеятельности граждан / Э. А. Русецкая // Страховое дело. 2010. №4. – с. 20-32.
11. Саватюгин А. Л. Новое в регулировании деятельности страховщиков / А. Л. Саватюгин // Финансы. 2010. №8. – 7 с.
12. Сахирова Н. П. Страхование: учебн. пособие / Н. П. Сахирова. М. : ТК Велби, изд-во Проспект, 2007. – с. 559-562.
13. Старченко А. А. Деятельность СМО в реализациим требований указа президента РФ от 28.06.2007 №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения» / А. А. Старченко // Страховое дело. 2010. №8. – с. 17-23.
14. Старченко А. А. Модернизация ОМС: несущие требования к законопроекту «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» / А. А. Старченко // Страховое дело. 2010. №6. – с. 52-55.
15. Шахов В. В. Страхование: учебник для вузов / В. В. Шахов. М. : ЮНИТИ, 2003. – 41 с.
16. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. – с. 337-365.

Приложение 1

Таблица 2.1

Структура системы обязательного медицинского страхования, виды расходов, платежей и резервов.[[16]](#footnote-16)

|  |  |
| --- | --- |
| **Структура системы обязательного медицинского страхования** | **Вид расходов, платежей, резервов** |
| Территориальный фонд ОМС | Содержание аппарата управления  Формирование страхового резерва  Финансирование страховых медицинских организаций |
| Страховая медицинская организация (СМО) | Ведение дел  Формирование резервов: запасного и резерва финансирования предупредительных мероприятий  Финансирование лечебно-профилактических мероприятий |
| Лечебно-профилактические учреждения | Стоимость медицинской помощи  Оплата труда  Приобретение медикаментов, перевязочных средств  Приобретение производственного и непроизводственного оборудования  Продукты питания  Канцелярские принадлежности  Командировки и служебные разъезды  Оплата коммунальных услуг, ремонта  Другие расходы |

1. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. 338 c. [↑](#footnote-ref-1)
2. Грязнова А. Г. Финансы / А. Г. Грязнова, Е. В. Маркина. – М. : Финансы и статистика, 2005. – 459 с. [↑](#footnote-ref-2)
3. Никулина Н. Н. Страхование. Теория и практика: учебн. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «финансы и кредит», «Бухучет, анализ и аудит» / Н. Н. Никулина, С. В. Березина. – М. : ЮНИТИ – ДАНА, 2008. с. 74-75. [↑](#footnote-ref-3)
4. Левант Н. А. ДМС в России: факторы поступательного развития / Н. А. Левант // Финансы. 2010. №9. 43 с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Русецкая Э. А. Совершенствование медицинского страхования как центрального звена безопасности жизнедеятельности граждан / Э. А. Русецкая // Страховое дело. 2010. №4. 23 с. [↑](#footnote-ref-5)
6. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. 340 c. [↑](#footnote-ref-6)
7. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. с. 343-345. [↑](#footnote-ref-7)
8. Русецкая Э. А. Совершенствование медицинского страхования как центрального звена безопасности жизнедеятельности граждан / Э. А. Русецкая // Страховое дело. 2010. №4. 23 с. [↑](#footnote-ref-8)
9. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. 345 с. [↑](#footnote-ref-9)
10. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. с. 345-346. [↑](#footnote-ref-10)
11. Сахирова Н. П. Страхование: учебн. пособие / Н. П. Сахирова. М. : ТК Велби, изд-во Проспект, 2007. – 561 с. [↑](#footnote-ref-11)
12. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. 346 с [↑](#footnote-ref-12)
13. Логвинова И. Л. О некоторых аспектах организации ОМС за рубежом / И. Л. Логвинова // Финансы. 2010. №6. 50 с. [↑](#footnote-ref-13)
14. Федорова Т. А. Страхование: учебник / Т. А. Федорова – 2-е изд. М. : Экономистъ, 2005. с. 346-349. [↑](#footnote-ref-14)
15. 1. Логвинова И. Л. О некоторых аспектах организации ОМС за рубежом / И. Л. Логвинова // Финансы. 2010. №6. 52 с.

    [↑](#footnote-ref-15)
16. Никулина Н. Н. Страхование. Теория и практика: учебн. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Финансы и кредит», «Бухучет, анализ и аудит» / Н. Н. Никулина, С. В. Березина. – М. : ЮНИТИ – ДАНА, 2008. – с. 77. [↑](#footnote-ref-16)