Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение высшего

профессионального образования

Петрозаводский государственный университет

Кольский филиал

Гуманитарный факультет

Заочное обучение

**Кафедра социальной работы**

Контрольная работа

Дисциплина «Содержание и методика социально медицинской работы»

**Медицинское страхование как социальная защита населения в условиях реформирования экономики России.**

студентки 5 курса (гр. 2004/5,5)

заочной формы обучения

гуманитарного факультета

специальности 350500 *–*

*Социальная работа*

**Сергиенко Евгения Сергеевна**

Преподаватель-

**Быков В.Р.**

Апатиты

2009

# Содержание

Введение

1. Медицинское страхование РФ

2. Обязательное медицинское страхование (ОМС).

3. Добровольное медицинское страхование (ДМС).

4. Социально-правовые аспекты новой системы медицинского страхования

5. Особенности организации медицинского страхования в России в условиях социально-экономических реформ

Заключение

Список используемой литературы

# Введение

В своей деятельности человек повсюду и всегда подвергается различным опасностям, угрожающим ему самому, его близким или его имуществу, опасностям, непредвидимым по источнику своего возникновения и неравномерным по своим последствиям. Иначе говоря, человек постоянно подвергается тому или иному риску. Так, например, во время царствования вавилонского царя Хаммурапи (годы правления: 1792-1750 г.г. до н. э. ), участники торговых караванов заключали между собой договор, в котором стороны соглашались совместно нести убытки, наступившие у кого-либо из участников каравана в результате ограбления, кражи или пропажи. Это не единственный пример. Соглашения о взаимном распределении убытков от кораблекрушения или от других опасностей, подстерегавших мореплавателей, заключали между собой купцы Финикии.

Как известно, право на охрану здоровья граждан Российской Федерации государством определено Конституцией РФ (статья 39). Это право имеют все граждане нашей страны (работающие и неработающие). При этом граждане всегда были уверены, что, чтобы с их здоровьем не случилось, Государство о здоровье любого гражданина позаботится через систему государственного здравоохранения.

С 1993 года в нашей стране появилась новая модель здравоохранения, при которой средства на здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей.

Реформа в области здравоохранения является одной из важнейших составляющих проводимых в России преобразований. При этом среди проблем, решение которых позволит повысить уровень здравоохранения, выделяется проблема поиска новых внебюджетных источников возмещения необходимых затрат на охрану здоровья граждан.

Долгое время единственным источником финансирования здравоохранения в нашей стране был государственный бюджет. Бюджетный метод финансирования ориентирован на возможности бюджета, а не на реальные расходы, складывающиеся в этой сфере. Привлечь дополнительные источники возможно, если изменить сам принцип финансирования данной отрасли, в частности организовав страховую медицину.

Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. Медицинское страхование позволяет человеку сопоставить необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья.

Соизмерить потребности в медицинской помощи и возможность ее получения необходимо независимо от того, кем производятся затраты: предприятием, профсоюзом или обществом в целом. Тема медицинского страхования звучит злободневно, где говорят о серьезных просчетах и недостатках в этой области.

# 1. Медицинское страхование РФ

Медицинское страхование представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. Величину страхового фонда и его необходимый резерв рассчитывают на основе вероятности наступления так называемого рискового случая заболевания. Величина разового страхового взноса зависит от состояния здоровья человека, принимаемого на страхование, его возраста, определяющих вероятность наступления заболевания в тот или иной период жизни пациента. При этом также учитывают динамику и степень влияния неблагоприятных факторов окружающей среды (производственные и бытовые условия, экологическая обстановка и т.д.).

При медицинском страховании организационно закрепляется статус территориального аккумулирования средств и ресурсов в страховых фондах, определяются условия и порядок финансирования лечебно-профилактической помощи. Система медицинского страхования предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность лечебно-профилактических учреждений, бездефицитность их финансирования и обеспечение социальных гарантий при оказании медицинских услуг социально незащищенным слоям населения. В качестве основного звена финансирования здравоохранения выступают территориальные фонды медицинского страхования.

Эти фонды действуют как экономически самостоятельные некоммерческие структуры, вступающие в правовые и финансовые отношения либо с гражданами (физические лица), либо с предприятиями, учреждениями и организациями (юридические лица, страхователи), медицинскими страховыми компаниями (страховщики), а также объектами здравоохранения (лечебно-профилактические учреждения).

Территориальные фонды медицинского страхования контролируют объем и качество предоставляемой медицинской помощи населению.

Все хозяйствующие субъекты, находящиеся на данной территории, непосредственно участвуют в формировании ресурсной базы территориального фонда медицинского страхования. Местные органы власти выступают в качестве страхователей для неработающей части населения, проживающего на этой территории. Финансирование медицинской помощи для неработающего населения осуществляется за счет средств местного бюджета.

Под страховым случаем в медицинском страховании понимают не столько появление заболевания, сколько сам факт оказания медицинской помощи по поводу заболевания. Страховое возмещение здесь приобретает форму оплаты оказанной медицинской помощи населению, состоящей из набора конкретных медицинских услуг (диагностика, лечение, профилактика). Медицинское страхование проводится за счет отчисления от прибыли предприятий или личных средств населения путем заключения соответствующих договоров. Договор о медицинском страховании представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией. Последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного вида и качества (или иных услуг в соответствии с программами обязательного или добровольного медицинского страхования).

Существует 2 модели медицинского страхования: обязательное и добровольное.

В РФ обязательное медицинское страхование носит всеобщий характер, где гарантируется гражданам необходимый объем, качество и условия оказания лечебно-профилактической помощи. Добровольное медицинское страхование дополняет обязательную форму. Через добровольное медицинское страхование обеспечиваются дополнительные (сверх установленных) клинико-диагностические обследования и лечебные мероприятия.

Страхователями при обязательном медицинском страховании выступают органы государственного управления (для неработающего населения), предприятия, учреждения и организации (для работающих), а также лица, занятые предпринимательской деятельностью, и лица свободных профессий.

При добровольном медицинском страховании в качестве страхователей выступают граждане, обладающие гражданской дееспособностью. Каждый застрахованный гражданин получает полис. Страховые медицинские организации выступают в качестве юридического лица, осуществляющего медицинское страхование согласно имеющейся у них лицензии. Учредителями страховых медицинских организаций не могут быть органы управления здравоохранения и отдельные лечебно-профилактические учреждения. Страховая медицинская организация контролирует объем, сроки и качество предоставляемой медицинской помощи в соответствии с условием договора. Тем самым страховая медицинская организация защищает интересы застрахованных.

Взаимоотношения между страхователем и страховой медицинской организацией реализуются через страховые взносы. По обязательному медицинскому страхованию они устанавливаются как ставки платежей в размерах, покрывающих затраты на выполнение программ медицинского страхования и обеспечивающих рентабельную деятельность страховой медицинской организации. Страховые взносы по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения вносят соответствующие органы управления. Добровольное страхование происходит за счет прибыли, доходов предприятий или личных средств граждан. Условия добровольного медицинского страхования подробно оговариваются в заключаемом договоре. При этом размеры добровольных страховых взносов устанавливаются по соглашению сторон[

# 2. Обязательное медицинское страхование (ОМС)

Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты граждан в условиях перехода экономики страны к рыночным отношениям и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь.

В России ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на ОМС.

Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.

Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставления за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. ОМС является частью системы государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. Также благодаря системе ОМС осуществляется дополнительное к бюджетным ассигнованиям финансирование здравоохранения и оплаты медицинских услуг. Необходимо отметить, что 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 обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах

Федерации. Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относится амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет средств федерального бюджета (дорогостоящие виды медицинской помощи и лечение в федеральных медицинских учреждениях) или бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований (лечение в специализированных диспансерах и больницах, льготное лекарственное обеспечение, профилактика, скорая медицинская помощь и др.).

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

Управление собранными средствами осуществляют специально созданные для этих целей самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения – федеральные и территориальные (по субъектам РФ) фонды ОМС.

В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в национальном хозяйстве страны и отдельных ее регионов, и при необходимости используют средства бюджета здравоохранения на другие нужды, фонды ОМС занимаются финансированием только медицинской помощи, тем самым гарантируют целевое их использование. Федеральный фонд ОМС осуществляет также сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС, проводит методическую работу по совершенствованию ее деятельности. Следует подчеркнуть, что фонды ОМС - это некоммерческие финансово-кредитные учреждения. При этом территориальные фонды ОМС обеспечивают сбор страховых взносов и их использование на оплату медицинской помощи населению конкретной территории, а Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России и дотирует территориальные фонды при недостатке у них средств, вызванном объективными причинами (тяжелое состояние экономики, большое количество больных и пожилых людей и др.).

Непосредственно предоставлением страховых услуг в рамках ОМС занимаются страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ОМС и заключившие соответствующие договоры с территориальными фондами ОМС. Они призваны осуществлять оплату предоставляемых гражданам медицинских услуг за счет средств, выделяемых им на эти цели территориальными фондами, и контролировать правильность и размеры оказываемой медицинской помощи.

Страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования в пользу конкретного работающего гражданина сразу после подписания с ним трудового соглашения.

Ответственность страхователя за уклонение от заключения договоров обязательного медицинского страхования определяется ст. 27 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Требовать от страхователя исполнения возложенной на него обязанности по заключению договора ОМС

С момента расторжения трудового договора обязанности работодателя (как страхователя) по обязательному медицинскому страхованию перед работником прекращаются и переходят к другому страхователю, в зависимости от нового статуса застрахованного (безработный, работник другого предприятия, пенсионер и т.д.).

Органы государственного управления, выступающие страхователем неработающего населения, обязаны заключить договор обязательного медицинского страхования при наличии двух условий:

. гражданин не должен работать;

. гражданин должен постоянно проживать на территории, подведомственной органу государственного управления, а также это касается вынужденных переселенцев и лиц, попавших в экстремальные ситуации.

Обязанность органа государственного управления как страхователя прекращается:

. при поступлении гражданина на работу;

. при перемене гражданином постоянного места жительства;

. в случае смерти гражданина.

. гражданин, в пользу которого должен быть заключен договор обязательного медицинского страхования;

. органы государства (прокуратура, органы здравоохранения, фонды ОМС и др.), в функции которых входят общий надзор за соблюдением законности или обязанности по защите интересов населения в области охраны здоровья и по обеспечению реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Согласно ст. 9 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, вносить страховые взносы (платежи) в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования. За отказ предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйственных субъектов независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции.

Страхователь обязан вносить страховые взносы на ОМС в порядке, установленном действующим законодательством. В случае невыполнения данной обязанности взносы могут быть взысканы в принудительном порядке. Механизм принудительного взыскания взносов предусмотрен Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и установлен «Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», утвержденным Постановлением

На обязательное медицинское страхование работодатели ежемесячно направляют средства в размере 3,6% от (фонда оплаты труда).

Средств обязательного медицинского страхования (3,6% от фонда оплаты труда) достаточно лишь для оплаты 30% сложившегося объема медицинской помощи. Чтобы сохранить бесплатной для граждан медицинскую помощь в полном объеме, необходима компенсация недостающих средств из государственного и местных бюджетов. Ст. 17 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» предполагает компенсировать недостающие средства страховыми взносами за неработающие население, которые должны перечисляться в фонды местными администрациями, органами государственного управления республик, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. К сожалению, из-за недостатка средств в бюджете эта часть статьи закона не выполняется.

#

# 3. Добровольное медицинское страхование (ДМС)

ДМС аналогично обязательному и преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. ДМС является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

Участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая.

По обще мировым стандартам МС покрывает две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием: затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу; потерю трудового дохода, вызванного невозможностью осуществления профессиональной деятельности, как во время заболевания, так и после него при наступлении инвалидности.

При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности к труду. Таким образом, страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и защищает состояние клиента от внезапно возникающих расходов.

При страховом покрытии потери дохода страховщик выплачивает застрахованному денежное возмещение за день болезни. Размер возмещения и дата начала его выплаты согласуются в договоре и зависят от получаемого застрахованным трудового дохода и дня, установленного трудовым законодательством или действующей системой социального страхования, до которого потеря трудового дохода в результате заболевания покрывается либо работодателем, либо обязательны медицинским страхованием.

В законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» основная цель медицинского страхования сформулирована следующим образом:

«..гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия».

Социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения; осуществление тех видов лечения, которые включены в сферу «медицинской помощи по жизненным показаниям».

#

# 4. Социально-правовые аспекты новой системы медицинского страхования

Медицинское страхование подразделяется на обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование осуществляется не только работодателями, но и государством. Добровольное медицинское страхование является одним из видов финансово-коммерческой деятельности - так трактуют авторы публикации. Понятие «Добровольное медицинское страхование» говорит само за себя: вам нужно - страхуйтесь, и, как любое страхование, - платите деньги.

Изучение материалов, связанных с введением в нашей стране обязательного медицинского страхования, позволяет обратить внимание на следующие моменты в ее реализации:

1. Нужна ли вообще система обязательного медицинского страхования в нашей стране.

Опыт других стран в этом вопросе - разный и другие страны не похожи на Россию, - так что ссылаться только на практику внедрения этой системы за рубежом неубедительно.

При сохранении государственной системы здравоохранения (прежней или усовершенствованной) можно было бы:

. ввести для всей работодателей медицинский налог в бюджет государства.

. величина налога могла бы быть дифференцированной в зависимости, например, от численности работающих (в том числе по всем видам договоров) и оборотов или прибыли (лучше от оборотов, так как прибыль научились скрывать).

. направление налога должно быть только в Федеральный бюджет: единая власть при едином финансировании. Распределение налога должно осуществляться по отработанной схеме по территориям.

2. При введении только государственного здравоохранения, как альтернативу, или в дополнение к ней можно создать добровольную систему медицинского страхования по типу бывшего Госстраха. При этом будет надежда и уверенность граждан не бояться этой системы, как когда-то мы не боялись

Госстраха: гражданин был уверен, что при наступлении несчастного случая - оплатят и искать агентов Госстраха было не нужно. Они стучались в каждый дом, люди их знали и доверяли.

Добровольное медицинское страхование позволило бы любому предприятию независимо от его организационно-правовой формы и подчиненности страховать своих работников (по их желанию). Кроме того, каждый человек независимо от его статуса (работающий или неработающий) только по своему желанию мог бы просто и без мытарств (как при Госстрахе) застраховать свое здоровье. Ведь существующая система Госстраха и альтернативных ей страховых компаний предусматривает же риски, связанные с причинением вреда здоровью и т. п.

Так пусть же этим займется структура, которая назовется «Добровольное медицинское страхование». Конечно же, здесь возможны варианты.

Обоснованием этих предложений является следующее:

1. Введение системы обязательного медицинского страхования наряду с существующей Государственной системой здравоохранения не изменило целей: обе системы имеют цель обеспечить здоровье граждан.

2. Усложнилась структура общей системы здравоохранения: государственная осталась, но она маломощна и уже непонятна гражданам; негосударственная - через систему медицинского страхования неэффективна.

Почему же неэффективна негосударственная система здравоохранения, которой официально будто бы нет, но в завуалированном виде - «обязательное медицинское страхование» она есть. Основными показателями ее неэффективности являются:

- не достигается основная генеральная цель - обеспечение здоровья граждан.

Как известно, смертность в настоящее время возросла по сравнению с 80 годами.

- существующее финансирование в медицинских учреждениях и оплата труда мед. персонала явно недостаточны для обеспечения основной (генеральной) цели. Данные по оплате труда медицинских работников: оплата труда медицинских работников понизилась в 1,5 - 2 раза по сравнению с концом 80- х годов.

- психологическое отношение граждан к новой системе - никакое, так как они видят только обнищание здравоохранения, ухудшение отношения врачей (некоторые врачи совершенно откровенно говорят больному, как мал их заработок и как им плохо - будто бы больному от этих слов становится лучше). Кроме того большинство граждан со страхом ждут будущего здравоохранения - что же будет потом, если уже сейчас такое.

- загруженность и трудоемкость системы ОМС, что проявляется: в сложной структуре системы, множестве взаимосвязей, большей занятости в ней работников, громоздкой системе документирования и документооборота (в т.ч. отчетности), необходимости содержания на федеральном и территориальном уровнях специального контрольного аппарата для проверки деятельности органов ОМС, в отвлечении всех граждан от работы, своих личных целей и планов для оформления страховых полисов или магнитных карт и т. д.

Отвлечение граждан для процедуры оформления страховых полисов и магнитных карт - это отдельный вопрос. Он связан с неудовлетворительной организацией этой процедуры в некоторых поликлиниках, так как почему-то именно они стали местом оформления названных документов.

Таким образом, есть серьезная проблема и в организации процедуры оформления документов в диалоге система ОМС - гражданин.

Как же организовать эту процедуру так, чтобы граждане России просто бы имели эти страховые полисы (или магнитные карты)? Может быть целесообразнее было бы организовать медицинское страхование работающих граждан непосредственно на их работе, неработающих - через ЖЭКи, ГРЭПы, РЭУ, службы занятости, органы социального обеспечения. Ведь сама процедура должна быть максимально проста: необходимо, чтобы кто-то заполнил типовой бланк полиса (или магнитной карты) и передал этот документ гражданину. Но возникает самый главный вопрос - зачем нужен гражданину этот документ, если в стране введено обязательное медицинское страхование. Ведь в основе ОМС лежат следующие основные принципы:

1. Всеобщий и обязательный характер. Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг.

2. Государственный характер гарантии бесплатной медицинской помощи.

3. Все граждане имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. При этом средства ОМС находятся в государственной собственности.

Тогда зачем гражданину какой-либо медицинский страховой документ, если всюду, куда бы он ни обратился за медицинской помощью, ему обязаны оказать бесплатную медицинскую помощь. В этом смысле направленность медицинского страхования уже непохожа на соцстрахование.

Возможно, когда нашими специалистами изучались модели медицинского страхования в других странах, какие-то элементы не были изучены до конца или не были учтены особенности нашей страны при реализации выбранной или вновь созданной модели. Однако есть проблемы, есть недостатки (видимые и невидимые) действующей системы медицинского страхования и внимание к ним должно быть самое пристальное.

Но все же мировой опыт показывает, что эффективность использования средств в страховых системах выше, чем при бюджетной системе их распределения. В условиях рынка доходы работников здравоохранения целиком зависят от того, насколько удовлетворен клиент и обратится ли он по тому же адресу в следующий раз, когда ему понадобится медицинская помощь. В случае медицинского обслуживания значение имеет не только, характер лечения, но качество обслуживания пациента. У пациента появляется гарант качества медицинской помощи - страховая медицинская организация, которая контролирует не только суммы затрат, но и качество оказанной медицинской помощи. Отмахнуться от страховой медицины даже самые закоренелые консерваторы сегодня не могут - это грозит расторжением выгодного контракта.

Основой введения системы медицинского страхования явилось создание предпосылок для отказа от остаточного принципа финансирования здравоохранения. Основополагающим принципом организации сферы здравоохранения в условиях рыночного хозяйства является многоукладность экономики здравоохранения и многообразие форм организации медицинского обслуживания населения. Существование альтернативных секторов в общенациональной системе здравоохранения служит основной гарантией свободы выбора места и условий работы для медицинских работников и свободы выбора врача и методов лечения для пациента.

Необходимость с новых позиций рассмотреть современные проблемы развития медицинского страхования в России с учетом международного опыта, социально-экономических факторов, определяющих состояние здоровья и качество жизни населения, а также на основе анализа опыта работы субъектов медицинского страхования выработать конструктивные рекомендации по совершенствованию системы здравоохранения - таковы проблемы данного исследования, которые и определяют его актуальность.

Социальные отношения, с помощью которых формируются и расходуются фонды денежных средств для материального обеспечении различных групп населения, оказавшихся в критическом положении, представляет собой систему социальной защиты населения, которая в условиях рынка должна базироваться на социальном страховании .

Социальная защита населения дает возможность реализовать конституционное право граждан на материальное обеспечение в старости, и случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности или отсутствия таковой от рождения, потери кормильца, безработицы.

Организация социального страхования базируется на следующих основных принципах: всеобщность обеспечения граждан по социальному страхованию, причем в наибольшей мере за счет средств предприятии, организаций и государства, оптимальное сочетание интересов личности, трудовых коллективов и общества в целом при использовании средств социального страхования и управление последними через организации трудящихся.

Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в сфере охраны здоровья представляет собой гарантии обеспечения медицинской помощью в случае потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью или несчастным случаем. Оно обеспечивается мерами по формированию особых страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи в рамках страховых программ.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с финансированием оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая. Медицинское страхование основано на принципе общественной солидарности в распределении рисков: богатый платит за бедного, здоровый - за больного, молодой - за старого. Действует страховой принцип следующим образом: заболел - "выиграл", остался здоровым - "проиграл". В последнем случае выигрывает посредник -страховщик.

Медицинское страхование развивается как форма социальной защиты населения, дополнительная к существующему бюджетному здравоохранению.

Последнее продолжает существовать и выполнять свои функции. Во всех развитых странах мира государственному здравоохранению придается огромное значение. Государство берет на себя основные функции охраны здоровья населения. В первую очередь, это противоэпидемическая работа и выявление методами неинфекционной эпидемиологии причин преждевременного возникновения и распространения болезней, вызванных средовыми воздействиями.

Государство берет на себя финансирование медицинской помощи при острых и чрезвычайных ситуациях. В оказании плановой медицинской помощи государство в большинстве случаев отдает полную инициативу частному бизнесу, страхованию или иным самостоятельно хозяйствующим организациям (больничным кассам, обществам поддержания здоровья). При этом государство контролирует стандарты качества медицинских услуг, уровень подготовки кадров, а также развитие принципиально новых направлений в медицине.

Представляется, что реформирование системы медицинского страхования в России должно следовать богатейшему мировому опыту решения данной проблемы.

Анализ мировой практики применения различных систем управления и финансирования здравоохранения позволяет выделить несколько основных типов таких систем: от полностью децентрализованного, основанного на чисто рыночных регуляторах (например, в США) до централизованной государством монополии на охрану здоровья (например, в бывшем СССР).

Итогом изучения этапов развития страхования является констатация принципиальной возможности опираться на зарубежный опыт, так как он содержит множество действующих вариантов финансирования и управления здравоохранением стран с разной степенью участия государства в системе охраны здоровья населения. Без такого участия (в той или иной степени) не работает ни одна из существующих систем здравоохранения. Современное государство не может оставить без внимания такую важную социальную сферу как охрана здоровья граждан. Поэтому в государственной сфере осуществляется сбор информации о здоровье населения, проводятся мониторинга силами независимых организаций, осуществляется контроль за оборотом денег в системе рыночных отношений, правовым урегулированием возникших споров.

Коренные отличия системы регулируемого страхования здоровья от частной платной системы страхования выглядят следующим образом. В странах Европы в здравоохранении утвердился принцип социальной солидарности, а в США продолжает господствовать философия индивидуализма и жесткой конкуренции.

Регулируемый характер страхования здоровья обусловлен принятыми в XIX - XX столетиях законами о базисном страховании населения европейских стран. В этих странах в обязательном страховании здоровья не участвует только элитарная высоко оплачиваемая часть населения. В США же страхование здоровья - частное дело каждого (исключение составляют контингента, обслуживаемые по государственным программам “Медикер” и “Медикейд”); при этом незастрахованными остаются значительные группы населения с низким доходом.

Социальная солидарность, основанная на профсоюзном и социал- демократическом движениях, религиозной благотворительности, привела европейские страны к тому, что объем медицинской помощи, оговоренный в базисных страховых программах, стал значительно выше, чем в США. Так, при регулируемом страховании здоровья от доплат за лечение освобождаются лица с низким доходом, хронически и тяжело больные. Системы предусматривают оплату подавляющей части расходов на лекарства (во Франции - на 95 %), очки и протезы (80 - 95 % ), лабораторные анализы (80 -90 %). В Германии, Швеции,

Бельгии возмещаются расходы на транспортировку больных (в пределах установленных сумм), а также на их долечивание в санаториях. В США пакет базовых страховых услуг остается стабильно низким в течение долгих лет, нередко даже уменьшается.

Высокий уровень страхования, большой объем медицинской помощи застрахованным в европейских странах обусловлены значительными правительственными субсидиями, а также порядком перераспределения фондов между страховыми компаниями.

Система регулируемого страхования здоровья чаще всего обеспечивает каждому застрахованному возможность обращения к любому врачу, в любую больницу с последующим сравнительно простым методом оплаты за полученную медицинскую помощь. В США в 80-90-е годы получила распространение система найма врачей в Общества поддержания Здоровья; при этом пациент может обращаться только к этим врачам. Таким образом, в странах регулируемого страхования расширяется свобода пациента относительно выбора врача, метода лечения, больницы.

В европейских странах разработана система сдерживания цен за медицинские услуги. Закон и установившаяся практика переговоров между страховыми компаниями и врачебными ассоциациями (иногда прямые, иногда с участием правительственных чиновников) помогают удерживать цены на достаточно низком уровне, учитывая, впрочем, уровень инфляции. В США же отмечается безудержный рост цен и беспомощность правительства в их сдерживании.

Вышеперечисленные отличия обуславливают сравнительно большую удовлетворенность населения и правительств европейских стран своими системами страхования здоровья, по сравнению с Соединенными Штатами Америки.

Итог проведенного сравнения - не в пользу частной системы страхования здоровья. Преимущество следует признать за системой регулируемого страхования здоровья, разработанной в течение столетий развитыми странами Европы.

#

# 5. Особенности организации медицинского страхования в России в условиях социально-экономических реформ

В начале 90-х годов российское здравоохранение встало перед необходимостью коренных преобразований во всех сферах деятельности. В основу этих преобразований лег принцип перехода к системе медицинского страхования. Смысл введения системы медицинского страхования в России в новых экономических условиях заключается в следующем:

- осуществлении демонополизации и децентрализации управления системой здравоохранения. Главенство государственной администрации на всех уровнях порождает монопольную структуру, которая руководит и производством и потреблением медицинских услуг. Монополия пренебрегает интересами потребителя, попирает права человека. Поэтому, главной мерой предупреждения возрождения монопольной системы является разделение администраций, осуществляющих кредитование производителей медицинских товаров и услуг, и посредников, обслуживающих потребителя, а также граждан, покупающих эти медицинские товары и услуги;

- постепенной передаче сферы управления лечебным делом (первого элемента здравоохранения, способного перейти на внебюджетное финансирование) нарождающемуся частному сектору. Государственное здравоохранение должно сохранять за собой контроль за состоянием медицинской помощи принятыми в мировой практике методами экономического регулирования текущей деятельности и контроля за ходом реформ в указанной сфере. Это осуществляется путем создания целевых фондов, финансируемых программ, а также введением регулирующих льгот или санкций;

- ускорении самоорганизации равноправных участников (субъектов медицинского страхования) цивилизованных рыночных отношений в деле оказания населению качественной медицинской помощи: самостоятельно хозяйствующих производителей услуг, посредников, выражающих интересы застрахованных и полноправных организованных потребителей. Полезность посредничество - арбитражной деятельности страховых или иных организаций оценивается способностью грамотно представлять интересы сторон, содействовать заключению справедливых договоров и сделок, установлению рациональных нормативов, систем контроля качества и прочих элементов самоуправления;

- изменении хояйственно-управленческой роли государственных органов и властей всех уровней в вопросах предоставления населению лечебно-профилактической помощи. Государственное руководство должно свестись к контролю за балансом сил и возможностей субъектов медицинского страхования с целью не допустить диктата одних над другими. В первую очередь, медицинское страхование призвано устранить унаследованное от государственной монополии игнорирование интересов гражданина-потребителя медицинских услуг;

- высвобождении сил государственной медицинской администрации и имеющихся бюджетных средств здравоохранения всех уровней власти для осуществления деятельности, заключающейся в выработке и осуществлении политики массовых мер, направленных на повышение уровня общественного здоровья, увеличение средней продолжительности и качества жизни населения.

Существующие концепции развития здравоохранения России довольно часто являются продолжением теории "количественного роста", то есть необходимости увеличения либо бюджетных, либо страховых фондов, выделяемых обществом на цели охраны здоровья населения. Именно в этой стратегии просматривается желание через медицинское страхование получить добавку к бюджетному финансированию.

Однако, в ходе начавшейся перестройки бюджетные ассигнования на здравоохранение были сокращены в больших размерах, чем собираемая сумма страховых взносов. Тем самым, в финансовом смысле переход на медицинское страхование во главу угла поставил проблему выбора приоритетов инвестиций в здравоохранение. Произошедшее перемещение финансирования в более выгодную лечебную сферу вызвало сужение деятельности в области профилактики заболеваний населения. Вместе с тем, выход из демографического кризиса согласно мировому опыту зависит в первую очередь от инвестиций в профилактические программы и в гораздо меньшей степени - от вложений в лечебный сектор.

Предоставителями медицинских услуг реформа воспринята в целом положительно, и это нетрудно понять: изменение источников финансирования носит пока что чисто формальный характер. Для всех руководителей, которых реформа распределила между бюджетом здравоохранения и бюджетами ОМС в рамках базовой программы страхования поменялись только сроки поступления авансов , порядок ведения новой отчетности по проведенным затратам. При этом повысилась четкость поступления средств по договорам, возникли штрафные санкции за нарушение сроков финансирования, стороны научились оперировать тарифными соглашениями, выпиской счетов-фактур, почувствовали зависимость между количеством проделанной работы и суммой зарабатываемых средств. Однако, больших сдвигов в повышении престижа организации, ее финансовых, ресурсных и кадровых возможностей реформа пока не вызвала.

Представляют серьезную угрозу будущему рост задолженностей и неплатежей, которые лихорадят нормально работающие медицинские службы, в общем зависящие от нестабильности ситуации со сбором средств территориальными ФОМСами, а также от задержки отчислений за неработающих групп населения местными органами власти.

Таким образом, Закон “О медицинском страховании граждан в РФ” не везде выполняется, и это больно бьет по рядовым труженикам. Прежние механизмы регулирования через профсоюзные протесты и жалобы в вышестоящие исполнительные органы перестали срабатывать. Одновременно у рядовых руководителей медицинских учреждений не прибавилось прав найма более квалифицированной рабочей силы, что сдерживает повышение эффективности и качества предоставляемой медицинской помощи, а также становлению рыночно-конкурентной среды в сфере лечебно-профилактического обслуживания населения. Большинство руководителей довольны разъяснениями, касающимися объема обязательной программы ОМС относительно определения видов услуг, которые должны бесплатно оказываться любому гражданину России, предъявившему полис ОМС. Такое отношение типично для учреждений муниципальных служб, выполняющих большой объем предоставления повседневных недорогих форм медицинского обслуживания населения.

С точки зрения представителей руководства ОМС медицинское страхование родилось из идей эксперимента по введению новых условий хозяйствования в здравоохранении, проводившегося в конце 80-х - начале 90-х годов. Введение системы медицинского страхования стабилизировало целевой источник финансирования здравоохранения, избавив его руководство от необходимости "выпрашивать" средства у финансовых органов из госбюджета. Страховая система разделила плательщика и предоставителя медицинской помощи. А до реформы система здравоохранения сама оказывала медицинскую помощь, сама оценивала результаты и оплачивала их. Несмотря на первые успехи, система ОМС испытывает большие трудности. Главное из них - невыполнение закона об оплате страховых взносов за неработающих граждан местными властями.

А ведь в России 60 % населения относятся к категории неработающих, причем на каждые 100 руб. поступлений от работающего населения исполнительные власти отчисляют только 25 рублей за неработающего гражданина. Получается, что данному контингенту приходится либо отказывать, либо обслуживать за деньги, собранные с работающих. Между тем, неработающие - это в основном дети, подростки и старики, которые даже теоретически являются самыми активными потребителями имеющихся ресурсов медицинской помощи.

Система ОМС пыталась добирать недостающие средства размещением денег на депозитах, однако эта деятельность очень трудно контролируется и соседствует с криминальными методами. Норматив отчисления на работающих, составляющий 3,6 % от Фонда оплаты труда, сильно занижен. По опыту других стран этот норматив составляет 7-8 %, и это позволило бы снять часть проблем неработающего населения.

Следующим элементом страховой системы является страховая медицинская организация. Получив деньги застрахованных под обязательства предоставить им возможность лечения на отобранной амбулаторной или больничной базе или у частного специалиста за счет страховых средств, СМО является лучшей защитницей интересов потребителей. Свобода выбора учреждения, когда страховая медицинская компания покупает по поручению клиента или страхователя услуги, создает конкуренцию для их производителей и заставляет последних постоянно работать над повышением качества результатов своей работы. Заботясь о качестве услуг, СМО налаживает сбор необходимых статистических сведений о работе медицинских учреждений, имеющих аналогичный стимул. При медицинском страховании впервые возникла частная медицинская практика и страховые медицинские организации (СМО), которые независимы и от управляющих органов системы здравоохранения, и от администрации сети лечебных учреждений. СМО более эффективно защищают интересы застрахованных, чем это делали партийные и государственные власти в последние годы существования СССР, а бюджеты ОМС (через СМО или непосредственно) стали более стабильно - два раза в месяц отчислять деньги в лечебные учреждения, с которыми заключены страховые договоры. Поступления от ОМС во многих случаях более надежны, чем от федерального или местного бюджетов. Контроль качества рублем позволил во многих случаях повысить эффективность работы лечебных учреждений.

Представители СМО расценивают как неоправданные попытки вмешательства администрации ОМС в управление, аккредитацию и подготовку кадров для страховых компаний. Важно обеспечить высокое качество услуг, отсутствие рекламаций и брака в работе. А уж рыночная система сама отторгнет все отжившее. Это дело системы здравоохранения, профессиональных обществ и властей всех уровней - обеспечивать развитие лечебных учреждений, которые производят услуги нужного качества.

Социальная защита наиболее уязвимых членов общества - одна из главных задач национальной политики государства. В соответствии с действующим законодательством предусматривается ряд льгот в предоставлении медицинских услуг лицам до 18 лет, студентам и учащимся очных форм обучения, беременным женщинам и родильницам, инвалидам, пенсионерам, участникам Великой Отечественной войны и войны в Афганистане.

Перечень медицинских услуг, предоставляемых в рамках системы ОМС, с точки зрения пациентов является социально обоснованным. Анализ также показал, что в условиях обязательного медицинского страхования преобладающее большинство потребителей отдает предпочтение развитию бесплатных услуг здравоохранения. Однако, значительная часть населения заинтересована в развитии различных форм платной медицинской помощи.

Нерешенным остается вопрос обеспечения населения медикаментами. Для большинства обременительным является приобретение лекарственных препаратов за плату, большинство опрошенных считают, что медикаменты должны предоставляться в рамках системы ОМС.

В заключении следует отметить, что

. медицинское страхование имеет потенциальные и еще нереализованные преимущества в установлении цивилизованных рыночных отношений в системе здравоохранения;

. правовая база медицинского страхования должна развиваться так, чтобы права и обязанности у всех субъектов медицинского страхования, были четко прописаны;

. необходимо совершенствовать систему финансирования здравоохранения, которая должна быть основана на рыночных механизмах её функционирования: предоставители услуг не должны дотироваться вперед под будущий объем услуг, а получают кредит на ту сумму, на которую они способны продать услуг в заданный срок;

. следует законодательно закрепить льготы тем видам деятельности, которые способствуют решению задач профилактики и оздоровления населения; с целью недопущения диктата производителя над потребителем медицинских услуг должны реализовываться антимонопольные принципы.

# Заключение

В последнее десятилетие стал очевидным глубочайший кризис российского здравоохранения. Ограничение финансовых возможностей государства, вызванное общим замедлением темпов роста производства, при нарастании бюджетного дефицита сделало невозможным обеспечение необходимых расходов на здравоохранение только за счет государственных фондов. Стал насущным переход к новой системе организации здравоохранения. Более того, назрела необходимость радикальных качественных перемен в рамках самой этой системы.

Это вызвано острым кризисом традиционных и отсутствием новых источников развития отрасли.

Система здравоохранения в России нуждалась прежде всего в антимонопольных мерах, децентрализации и разгосударствлении. Все это заставило приступить к кардинальным преобразованиям отрасли; в противном случае нарастала социальная напряженность так как медицинские учреждения не удовлетворяли потребности населения. На основе мирового опыта была выбрана идея перехода к медицинскому страхованию и принят Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”.

Согласно заложенным в Законе принципам, новая бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения предполагает, что медицинское страхование должно осуществляться на многоуровневой основе и использовать для этого:

• прежние каналы бюджетных ассигнований (для обязательного страхования наименее защищенных групп населения и для выполнения части социальных программ на республиканском и местном уровнях);

• специальные внебюджетные фонды, (федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, формируемые из взносов предпринимателей и самодеятельных граждан на обязательное медицинское страхование);

• средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;

• личные средства граждан;

• безвозмездные и (или) благотворительные взносы или пожертвования;

• кредиты банков и других кредиторов;

• иные источники не запрещенные законодательством .

Кроме обязательного (социального) медицинского страхования законом вводится добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования.

Законодательно определены субъекты медицинского страхования: гражданин; страхователь; страховая медицинская организация (страховщик); медицинское учреждение.

Вся система медицинского страхования создается ради основной цели - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страховых системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остается на ответственности государственной системы здравоохранения.

Страхователями определены все работодатели, (включая самодеятельную часть населения), а также бюджетные организации. Внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования также являются страхователями, призванными не только аккумулировать средства первичных страхователей, но и организовать систему учета, поступления и расходования средств на обязательное медицинское страхование.

Страховые организации - это именно те новые структуры, которые появились на рынке медицинских услуг и стали своеобразной, но очень важной финансовой надстройкой, выполняющей посреднические функции. Главное - воплотить в жизнь основной принцип страхования: " Деньги идут за пациентом". Для пациента это означает, что страховая компании экономически заинтересована в том, чтобы выбрать для него лучшего врача и лучшее лечебное учреждение, для медиков - что они перестают получать деньги "по потребности", их приходится зарабатывать. Таким образом, медицинское страхование гарантирует и делает доступными высококачественные медицинские услуги, а во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), в которых производятся и предоставляются медицинские услуги, выступают на рынке продажи страховых услуг как самостоятельно хозяйствующие субъекты, несущие "предпринимательский риск" в конкурентной борьбе за право заключения договоров со страховыми компаниями, располагающими платежными средствами застрахованного населения.

Главная цель введения . медицинского страхования - создать рыночную среду для работы учреждений здравоохранения, что в свою очередь позволит мобилизовать дополнительные денежные ресурсы со стороны предприятий и населения путем дополнительного страхования. Создается рынок медицинских услуг, который превращает руководителей лечебно-профилактических учреждений в продавцов этих услуг.

# Список используемой литературы

1. Конституция Российской Федерации. М., 1993.
2. Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями). М., 1999.
3. Гришин В.В., Семенов В.Ю. и др. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. М., 1995.
4. Финансово-экономические аспекты деятельности работодателей в условиях обязательного медицинского страхования. Под ред. В.В. Гришина. Г.В., Гуцаленко. Учебно-методическое пособие. - М., 1998.
5. Система ОМС противостоит кризису // Медицинская газета № 49, 30.06.99. С. 5.
6. Современное состояние и проблемы обязательного медицинского страхования // Финансовый бизнес № 5, 1999. С. 2-6.
7. Шолпо Л., Фотаки М. Сочетание общественного и частного в решении основных проблем медицинского страхования // Здравоохранение № 6, 1999. С. 45-52.