## Содержание

Введение……………………………………………………………………………..3

1.Методологические аспекты управления системы медицинского

 страхования………………………………………………………………………... 5

1.1.Сущность, структура и основные понятия государственной

системы управления ОМС действующей в РФ и РТ……………………….…….5

1.2. Основные причины введения ОМС……………………….…………………..8

2.Анализ фонда обязательного медицинского страхования…………………….14

2.1. Особенности программы ОМС: методы формирования и направления

использования средств…………………………………………………………….14

2.2. Анализ показателей эффективности деятельности по реализации

 государственной программы ОМС РТ в МЦРБ…………………………………22

2.3. Причины, мешающие эффективной работе с пациентом, как

застрахованным лицом в системе ОМС РТ в МЦРБ…………………………….31

3. Разработка основных путей совершенствования деятельности ФОМС…….34

Заключение…………………………………………….…..... …………….………39

Список использованной литературы……………………………… …………….42

Приложения

## Введение

В настоящее время проблемы медицинского страхования являются неким рычагом, с помощью которого начата реформа одной из важных и сложных отраслей – здравоохранения.

Уже более 15 лет работает система медицинского страхования в Российской Федерации и Республике Татарстан, при этом это небольшой срок для того, чтобы успеть решить все проблемы по реформированию здравоохранения. Однако можно уверенно сказать, что в условиях острого дефицита бюджета, постоянного роста цен на оборудование, инструментарий, медикаменты, питание, увеличению расходов на содержание лечебных учреждений, медицина выстояла во многом благодаря системе медицинского страхования. Здравоохранение получило дополнительный источник финансирования за счёт средств медицинского страхования и продолжает оказывать населению практически все виды доступной медицинской помощи. Особой массовостью в РФ и РТ обладает ОМС. Целью введения обязательного медицинского страхования как формы социальной защиты населения в охране здоровья является обеспечение конституционных прав граждан на получение гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи за счёт стабильного целевого источника финансирования здравоохранения – средств обязательного медицинского страхования. Основным этапом введения системы ОМС в 1993 году, несмотря на политический и экономический кризис, является желание уйти от остаточного принципа финансирования здравоохранения, стремление видеть новые методы управления отраслью, начать реальные процессы его реформирования. Выбор был остановлен на обязательном медицинском страховании как системе, зарекомендовавшей себя во многих социально ориентированных государствах.

Введение обязательного медицинского страхования позволило сформировать стабильный источник финансирования медицинских учреждений, сохранить отрасль от развала. 1994-1996 годы можно назвать периодом становления ОМС. Не является исключением и система ОМС, которая тяжело зарождалась, неравномерно развивалась, естественно вызывая противоречивые мнения о своих возможностях. Актуальность и новизна данной работы заключается в том, что в условиях дефицита бюджета, постоянного роста цен на оборудование, медикаменты, питание, увеличения расходов на содержание медицинских учреждений, медицина в России, в том числе в Республике Татарстан, выстояла во многом благодаря системе ОМС. Сегодня каждый гражданин, став обладателем страхового медицинского полиса ОМС, получает юридическую основу для обеспечения защиты своих прав и интересов в охране здоровья.

Цель данной работы: проанализировать фонд обязательного медицинского страхования, выявить методы формирования, направления использования средств за 2004 – 2007 гг.

Исходя из поставленной цели, необходимо решить ряд задач:

1.Выявить методологические аспекты управления системы медицинского страхования.

2.Провести анализ фонда обязательного медицинского страхования.

3. Разработать основные пути совершенствования деятельности ФОМС.

Теоретическая значимость данной работы заключается в дальнейшем изучении особенностей медицинского страхования и разработке программ по выявлению эффективных форм ОМС и ДМС.

Для более полного раскрытия темы был использован достаточно объёмный материал специальной литературы, перечень которой приведён в заключительной части.

Структура работы состоит из: введения, трёх глав, в каждой из которых по 2-3 параграфа, заключения, списка использованной литературы, а также приложения.

**1.Методологические аспекты управления системы медицинского**

**страхования**

**1.1.Сущность, структура и основные понятия государственной**

**системы управления ОМС действующей в РФ и РТ**

Согласно Закону «О медицинском страховании граждан в РФ», принятому 28 июня 1991 года, с изменениями и дополнениями от 2 апреля 1993г. № 4741-1, обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью Государственного социального страхования (Госсоцстраха) и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счёт средств обязательного медицинского страхования.

В качестве страховщиков согласно этому Закону выступают страховые медицинские организации, имеющие лицензии на право заниматься медицинским страхованием. При этом страхователями, которые оплачивают страховые услуги, являются:

* для неработающих граждан (пенсионеры, безработные, бомжи) – муниципальные органы самоуправления и администрации республик, областей, городов и т.п.;
* для работающих – предприятия. Учреждения, организации, АО, фирмы и т.п. (хозяйствующие субъекты).

ОМС имеет государственных характер и является всеобщим в обеспечении граждан медицинской помощью по программе обязательного медицинского страхования [7, с. 157-158].

Программа обязательного медицинского страхования (страховой медицины) предусматривает минимально необходимый перечень медицинских услуг, который гарантирует каждому человеку, имеющему страховой полис, право на пользование медицинскими услугами (скорая помощь, поликлиника, помощь на дому, больница).

Базовая программа страховой медицины не содержит, однако, требований по уходу за больными (улучшенное питание, новое медицинское оборудование, отдельная палата и т.п.), соблюдению улучшенного качества лечения и ответственности медицинского персонала за выполнение своих профессиональных обязанностей. Программой не предусматривается также проведение профилактических и других мероприятий, которые финансируются сейчас из фондов здравоохранения.

Обязательным является страхование, осуществляемое в силу закона. Виды, условия и порядок проведения обязательного страхования определяются соответствующими законами Российской Федерации, Указами Президента РФ, подзаконными актами или нормативами [10, с. 116].

Так, например, обязательное страхование пассажиров на территории РФ проводится в соответствии с Указом Президента РФ «Об основных направлениях государственной политики в сфере обязательного страхования» от 6 апреля 1994 года.

Обязательное государственное страхование военнослужащих Вооруженных сил РФ и граждан, призванных на военные сборы, на случай гибели или увечья, заболевания, полученных в период прохождения ими военной службы или военных сборов, осуществляется в соответствии со статьёй 18 Закона РФ «О статусе военнослужащих» от 22 января 1993 года.

В апреле 1993 года Правительство Российской Федерации приняло постановление № 295 «О порядке проведения обязательного государственного личного страхования военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, рядового и начальствующего состава органов внутренних дел». В соответствии с этим постановлением министр внутренних дел РФ издал приказ «Об обязательном государственном личном страховании в системе МВД России» от 17 мая 1993 года № 234.

В апреле 1993 года был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Главной особенностью обязательного страхования является то, что при нём не требуется предварительного соглашения (договора) между страховщиком и страхователем. Здесь принцип обязательности в равной степени распространяется как на страховщика, так и на страхователя. В РТ данный закон вступил в силу с августа 1993 года. На сегодняшний день, по сравнению с другими регионами РФ, в РТ всё население застраховано за счёт ОМС.

Так, порядок выплаты страховых сумм согласно Закону «О статусе военнослужащих» определён Правительством РФ (постановление от 5 апреля 1993 года № 295), а мероприятия, реализующие постановление Правительства, определены приказом министра обороны № 246 того же года.

Обязательное государственное страхование в системе МВД осуществляется за счёт средств, выделяемых на эти цели из федерального бюджета Министерству внутренних дел РФ, другим министерствам и ведомствам, в которых законом предусмотрена военная служба [12, с. 40-47].

Обязательное медицинское страхование финансируется за счёт отчислений предприятий, организаций, учреждений и других хозяйственных структур во внебюджетный фонд в размере 3,6% по отношению к начисленной плате труда по всем основаниям.

Ставки страховых взносов с пассажиров, в том числе и туристов, перевозимых наземным, воздушным, водным и железнодорожным транспортом, устанавливаются Росстрахнадзором.

Так, например, согласно предписанию Росстахнадзора от 22 августа 1994 года № 09/02 – 08 страховой взнос с пассажиров, перевозимых водным и автотранспортом, был установлен в размере 100 рублей, воздушным – 200 рублей. При этом структура тарифа страхового взноса распределяется таким образом:

* нетто-ставка – 15%;
* резерв предупредительных мероприятий – 80%;
* на ведение дела – 5%.

Размер страхового взноса, взимаемого с пассажиров железнодорожного транспорта по обязательному личному страхованию, утверждён в сумме 600 рублей. Структура страхового взноса распределена так:

* нетто-ставка – 6%;
* резерв предупредительных мероприятий – 93%;
* на ведение дела – 1%.

Сейчас в стране работают 85 территориальных фондов обязательного медицинского страхования и более 350 страховых медицинских организаций.

Не акцентируя внимания на положениях Закона «О страховании», отметим лишь некоторые, на наш взгляд, наиболее характерные моменты этого закона.

Закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», который должен был заложить новую экономическую основу здравоохранения, повернуть медицину к человеку, как бы обогнал своё время. Он был принят в 1991 году, ещё до того, как страна вошла в рынок. Не были готовы к этому ни структуры, ни граждане, ни сами медицинские работники. И поэтому до 1993 года закон оставался практически невостребованным.

В 1993 году для осуществления политики в ОМС были созданы Федеральный фонд, а затем и территориальные фонды, аккумулирующие страховые взносы и осуществляющие оплату медицинской помощи (3,4% от начисленного фонда оплаты труда – страховой взнос в Федеральный фонд и 0,2% - в территориальный фонд) [8, с. 42].

Таким образом, медицинское страхование – это не автоматическое увеличение окладов, а реальная плата за медицинские услуги, оказываемые пациентам. Это право врача зарабатывать самому, а не пробивать вместе с профсоюзом более высокие оклады

**1.2. Основные причины введения ОМС**

Одной из основных причин введения ОМС явилась необходимость улучшения здравоохранения, так как выделяемые ранее средства из госбюджета не доходили до поликлиник и больниц, распыляясь на нужды, далёкие от потребностей медицины.

Второй причиной стала насущная необходимость повышения качества медицинского обслуживания. Недаром говорилось: «лечиться даром – даром лечиться».

Третья причина состояла по существу в «крепостной» привязанности жителей к своим районным, сельским и городским поликлиникам по месту жительства.

Внедрение ОМС в нашей стране даёт возможность не только выбора поликлиники, но и лечащего врача. По данным только одной страховой компании, 10% пациентов предпочли сменить лечебное учреждение, к которому они были прикреплены. Страховые компании являются важным фактором поднятия качество медицинского обслуживания, так как за плохое лечение пациента, по решению экспертного совета, врач может заплатить из своего кармана.

В медицинском страховании появилась фигура частного практикующего врача. Узаконив частных специалистов, поставив их в равные стартовые условия, в том числе и в налогообложении, с другими врачами, тем самым создали и условия для развития конкуренции здравоохранении, что, безусловно, только на пользу пациентам.

Согласно закону врач, работающий в системе первичной помощи, получил возможность стать держателем и распорядителем всей суммы средств, отпущенных на медицинское обслуживание пациентов. Иными словами, принципиально меняются функциональные обязанности врача. Он становится в ответе за всё – и за оказание первичной помощи, и за реабилитацию больного, оплачивая услуги консультантов, лечение в стационаре, и т.п. [29, с. 32].

Медицинское страхование должно стать тем экономическим рычагом, который позволит провести структурную перестройку системы здравоохранения, сократить лишних врачей.

 Правовые, экономические организационные основы обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также определение порядка возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту), базируются на КРФ и устанавливаются следующими федеральными законами и нормативными актами:

* Законом РФ от 20 ноября 1990 г. № 340-1 «О государственных пенсиях в РФ»с изменениями и дополнениями;
* Федеральным законом от24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»с изменениями и дополнениями;
* Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
* Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 181-ФЗ «Об основах охраны труда в РФ»;
* Федеральным законом от12 февраля 2001 г. № 17-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2001 год»;
* Правилами отнесения отраслей (подотраслей) экономики к классу профессионального риска, утвержденными постановлением Правительства РФ от 31 августа 1999 г. № 975 в редакции от 21 декабря 2000 г. № 996;
* Порядком регистрации работодателей в качестве страхователей по обязательному социальному страхованию и профессиональных заболеваний в исполнительных органах Фонда социального страхования РФ, утвержденным приказом ФСС России от 13 января 2000 г. № 6;
* Временным порядком назначения и осуществления страховых выплат по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в исполнительных органах Фонда социального страхования РФ, утвержденным приказом ФСС России от 13 января 2000 г. № 6;
* Положением о расследовании учете несчастных случаев на производстве, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 11 марта 1999 г. № 279 в редакции от 24 мая 2000 г. № 406;
* Правилами начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденным постановлением Правительства РФ от 2 марта 2000 г. № 184;
* Постановлением Правительства РФ от 29 января 1999 г. № 108 «О мерах по подготовке к переходу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
* Постановлением Правительства РФ от 20 июня 2000 г. № 469 «О мерах по возмещению вреда, причиненного работникам шахт, разрезов и шахтостроительных организаций угольной (сланцевой) промышленности вследствие травмы или профессионального заболевания»;
* Постановлением Правительства РФ от 17 июля 2000 г. № 529 «Об утверждении Положения об осуществлении обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний лиц, имеющих право на его получение и выехавших на постоянное место жительства за пределы РФ»;
* Постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
* Постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2000 г. № 863 «Об утверждении порядка внесения в Фонд социального страхования капитализированных платежей при ликвидации юридических лиц – страхователей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
* Постановлением Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о рассмотрении и учете профессиональных заболеваний»;
* Постановлением Правительства РФ от 28 апреля 2001 г. № 331 «Об утверждении порядка направления в 2001 году сумм страховых взносов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, финансирование санаториев-профилакториев и медицинских учреждений страхователей»;
* Постановлением Правительства РФ от 28 апреля 2001 г. №332 «Об утверждении порядка оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
* Постановлением ФСС России от 16 марта 2001 г. № 24 «Об утверждении порядка подтверждения основного вида деятельности страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний»;
* Письмом ФСС России от 10 августа 2000 г. № 02-18/07-5312 «Об индексации ежемесячных страховых выплат, исчисленных с учетом отраслевых тарифных соглашений или коллективных договоров»;
* Приказом Минздрава России от 17 августа 1999 г. № 322 «Об утверждении схемы определения несчастных случаев на производстве»;
* Постановлением Госкомстата России от 27 сентября 1999 г. № 89 «Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы Федерального государственного статистического наблюдения за травматизмом на производстве»;
* Постановлением Правительства РФ от 23 мая 2000 г. № 399 «О нормативных правовых актах, содержащих государственные нормативные требования охраны труда»;

Что это за программа обязательного медицинского страхования? За последние годы юридически ничего не изменилось. Если кто-то из нас вдруг захочет полечиться в отдельной палате с персональной сиделкой и питанием на заказ или исследовать на дорогостоящем оборудовании свой организм без всяких на то показаний, то ему придется раскошелиться. Вместе с тем и мы сейчас не должны платить за те услуги, которые нам оказывали бесплатно, скажем, пять или десять лет назад. В противном случае - налицо обман населения, или, говоря юридическим языком, - ущерб для программ обязательного медицинского страхования. Комментарий к закону об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. В российской федерации и РТ действует система нормативно-правовых актов, содержащих государственные нормативные требования охраны труда. Эта система состоит из межотраслевых правил и типовых инструкций по безопасности труда, правил устройства и безопасной эксплуатации, свода правил по проектированию и строительству, гигиенических норм и государственных стандартов безопасности труда. В случае изменения законодательства РФ об охране труда, межотраслевых правил и инструкций по охране труда при внедрении новой техники и технологий, а также по результатам анализа производственного травматизма, профессиональных заболеваний, аварий и катастроф в РФ государственные нормативные требования охраны труда подлежат пересмотру вне зависимости от установленного срока их действия [27, с. 5-9].

Таким образом, ОМС имеет государственных характер и является всеобщим в обеспечении граждан медицинской помощью по программе обязательного медицинского страхования. Автор считает, что, несмотря на то, что данную систему многие ругают, выявляя всё новые и новые недостатки, данное страхование продолжает своё существование. За 15 лет его существования выпущено столько нормативов и т.д. по данному вопросу, но закон остаётся без изменений.

**2.Анализ фонда обязательного медицинского страхования**

**2.1. Особенности программы ОМС: методы формирования и направления использования средств**

В условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) экологические методы управления становятся одним из основных способов оптимизации затрат на медицинское обслуживание и обеспечение застрахованных медицинской помощью подлежащего качества.

Одной из основных функций управления является анализ состояния объекта (ситуации), результаты которого определяют необходимость изменения его состояния и пути воздействия на объект управления.

От реализации данной функции зависит то, как будут выполняться все последующие этапы управления: обоснование и подготовка управленческого решения, если принятие и выполнение, организация и координация работ для реализации управленческого решения, контроль выполнения и оценка его результатов.

Считается, что правильно выбранные экономические ориентиры должны стимулировать эффективное использование ресурсов здравоохранения и ОМС, стремление врачей к совершенствованию профессионализма и, в конечном итоге, привести к лучшему обеспечению интересов пациента.

Для обеспечения процесса управления в системе охраны здоровья необходима информация о качестве медицинской помощи (КПМ), которая может быть получена с применением адекватных методов его оценки.

В условиях реформирования здравоохранения, включая создание и развитие системы ОМС, на территориях РТ используются разные методы оценки, контроля и экспертизы КПМ для сбора данных о его состоянии.

Следует отметить, что основным процессом, присущим любому виду медицинской помощи, является лечебно – диагностический или врачебный процесс, включающий четыре обязательных этапа:

1. Сбор информации о пациенте и его заболевании.
2. Установление диагноза.
3. Выбор и проведение лечения.
4. Обеспечение преемственности.

Несмотря на то, что в целом процесс медицинской помощи представляет собой сложный комплекс различных видов деятельности врачей, медицинских сестер, технического и обслуживающего персонала, результаты многих исследований показывают, что именно от качества выполнения лечебно диагностического процесса во многом зависят результаты лечения пациентов и оптимальность использования ресурсов медицинского учреждения.

Качество медицинской помощи, как объект исследования и управления, представляет собой свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, то есть его способностью выполнять медицинские технологии, считать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской системой.

Можно полагать, что финансовые и социально-экономические механизмы, в основе которых лежат характеристики КПМ, будут способствовать снижению затрат на медицинское обслуживание не за счет формальных ограничений на дорогостоящие виды медицинской помощи, специализированную и стационарную помощь и за счет оптимизации использования ресурсов лечебных учреждений.

В последние годы в РТ все чаще декларируются связь финансовых стимулов с показателями КМП, которое оценивается как для групп врачей и лечебных заведений в целом, так и для отдельных врачей.

При таком подходе основой материального стимулирования становятся выбранные критерии КМП и результаты его сравнительного анализа.

Несмотря на то, что используется поддержкой со стороны пациентов и врачей, его реализация часто оказывается либо затрудненной, либо искаженной вследствие многих причин, в частности, отсутствия согласованного представления о КМП и единого способа получения показателей его состояния.

Для успешного использования экспертизы КМП как основы экономического управления необходимы следующие условия.

1. Доверие результатам экспертизы КМП со стороны врачей, руководителей здравоохранения и ОМС.

 Благодаря высвобождению средств за счет предупреждения нерационального использования (преимущественно перерасхода) имеющихся ресурсов в МЦРБ используются результаты экспертизы КМП для материального поощрения врачей, оснащения рабочих мест вычислительной техникой, компенсации ущербов пациентам без жалоб последних и др.

При этом соотношения затрат на проведения экспертизы КМП к величине выявленного неоптимального использования ресурсов колеблется от 1:2 до 1:5.

1. Экспертиза КМП должна быть адекватна качеству выполнения врачебного процесса в целом.

Результаты анализа КМП по каждому конкретному случаю в конечном итоге преобразуются в количественные характеристики КМП по массиву случаев, которые вновь могут быть преобразованы в сколь угодно подробную информацию о качестве выполнения врачебного процесса.

 Для того чтобы добиться улучшения характеристик КМП, получаемых по результатам его экспертизы, усилия и ресурсы лечебных учреждений, а также отдельных врачей должны быть направлены не столько на достижение конкретных показателей, сколько на улучшение качества врачебного процесса в целом.

У руководителей и врачей должна быть подробная информация о структуре врачебных ошибок, причинах их возникновения, характере их негативных следствий. Указанная информация является основой для принятия и, что особенно важно в условиях ОМС, контроля управленческого решения.

1. Результаты экспертизы должны способствовать росту профессионализма врачей, улучшению результатов лечения пациентов и оптимальному использованию ресурсов здравоохранения и ОМС.

Согласно принятому определению, КМП рассматривается как свойство врачебного процесса, обусловленное квалификацией профессионала. Те аспекты качества, которые выходят за рамки ответственности врачей, не являются объектами экспертизы КМП и не смогут служить основой для экономических санкций в адрес отдельных врачей.

Результаты экспертизы КМП должны помочь составить четкие рекомендации по порядку повышения квалификации врачей лечебного учреждения, определить приоритетные направления обучения, направленные преимущественно на пополнение теоретических знаний, либо на совершенствование клинического мышления.

Обозначенные выше вопросы с успехом удается решать на практике с применением автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ) качество медицинской помощи.

АТЭ представляет собой комплекс, состоящий из программных средств, формализованного языка экспертизы и его семантического словаря, составляющих автоматизированное рабочее место эксперта и системы знаний о КМП.

В основе АТЭ лежит модель врачебного процесса, в соответствии, с которой эксперт КМП анализирует правильность выполнения этапов сбора информации, диагноза, лечения и обеспечения преемственности, на каждом из которых могут быть допущены врачебные ошибки.

Последнее определяется как действие или бездействие врача, которое способствовало или могло, способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и неудовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой.

В качестве иллюстрации применения результатов экспертизы для реализации последующих этапов принятия управленческого решения, приведет результат двух экспертиз КМП, выполненных в 2006-2007 г. в МЦРБ.

 По результатам первичной экспертизы на основании рекомендации экспертов было подготовлено и реализовано управленческое решение по улучшению КМП и более эффективному использованию ресурсов. Анализ результатов двух экспертиз выявил уменьшение кол-ва допущенных врачебных ошибок, как в целом, так и на отдельных этапах врачебного процесса (рис. 2.1.1). Отмечена положительная динамика.

Рис.2.1.1. Сравнительная характеристика врачебных ошибок, выявленных

 в МЦРБ при первичной и повторной экспертизах

 где :

1 – всего;

2 - ошибки сбора информации;

3 - ошибки диагноза;

4 - ошибки лечения;

5-ошибки преемственности.

Отмечена положительная динамика в распределении случае оказания помощи по классам ненадлежащего КМП: если при первичной экспертизе во всех 100% случаев отмечалось негативное влияние врачебных ошибок на состояние пациентов, то при повторной экспертизе доля таких случаев уменьшилась до 69,7%.

Кроме этого, во время повторной экспертизы отмечено 3,5% случаев без врачебных ошибок, то есть ненадлежащего качества.

Вместе с этим необходимо обратить внимание на одно обстоятельство. Суть его в том, что последние реформы и попытки улучшить КМП наиболее активно проводятся в крупных городах, таких как Казань, Москва и т. д.

Социальная политика в странах с рыночной экономикой в качестве важнейшего элемента включает в себя развитие страхования населения от социальных рисков. Существующие в настоящее время системы социального страхования являются следствием длительного процесса совершенствования отношений между наемными работниками, работодателями и государством.

Социальное страхование на только обеспечивает социальную защиту граждан, но и служит одновременно механизмом социальных инвестиций, «доходы» от которых возвращаются в форме обеспечения стабильности в обществе формирования мотиваций к труду, повышению образования и квалификации работников.

Для развития социального страхования (не социального обеспечения) как одной из систем связей между экономической и социальной сферами общества, необходимы не только экономические условия (возвращение к рыночной экономике), но и определенные социальные предпосылки, заключающиеся в осознании обществом возникающих перед ними проблем по социальной защите работающих и членов их семей.

Трудности деятельности по реализации государственной программы ОМС в МЦРБ заключается в следующем. Страховой медицинский полис ОМС даёт право гражданину в получение бесплатной для него медицинской помощи по видам и объёмам, предусмотренной программой ОМС.

При получении полиса ОМС страховщик обязан ознакомить застрахованных граждан с их правами, правилами и программой ОМС. Не выполняя этих функций страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС, оставляют застрахованного беззащитным.

Незнание видов медицинской помощи, которые гражданин может получить по ОМС, а также порядок её предоставления приводит иногда к нарушениям со стороны лечебно-профилактических учреждений, требующих за оказание медицинской помощи денежные средства, а в ряде случаев и отказывающих в ней.

Неосведомлённость в своих правах и обязанностях в системе обязательного медицинского страхования не застраховывает граждан от нарушений и неприятностей. Не стоит оставлять без внимания невыполнение обязанностей и самими гражданами.

 Получение страхового медицинского полиса требует от гражданина предоставление в пункт выдачи полисов определённого пакета документов.

Обязательное выполнение этого условия необходимо для отнесения граждан к категории работающих или неработающих, т.к. несмотря на бесплатность для населения получения медицинской помощи, она является оплачиваемой со стороны страхователей, то есть тех структур, которые гарантируют производить перечисление денежных средств на лечение застрахованных:

 - для работающего населения – работодатель;

* для неработающего населения – территориальная администрация.

При изменении своего статуса гражданин обязан сдать или перерегистрировать свой медицинский страховой полис для сохранения порядка перечисления платежей.

Невыполнение этого может привести к неправильному оформлению счет фактур, предъявляемых для оплаты лечебно-профилактическими учреждениями страховщику. Точный учёт застрахованного населения позволяет формировать регистр застрахованных граждан.

Наличие у гражданина двух или более страховых медицинских полисов приравнивается к использованию нескольких документов, удостоверяющих личность.

Но отсутствие законодательных рычагов, позволяющих наказывать нарушителя, не даёт возможности решить эту проблему.

Требуют пересмотра многие нормативные документы по вопросу понимания прерогативы принадлежности граждан к той или иной территории РФ и РТ по регистрации по месту жительства.

В связи с порядком, установленным органами внутренних дел, когда гражданин, переезжая временно на другую территорию РФ и РТ, регистрируется по месту жительства или месту пребывания, не снимаясь с регистрационного учёта по постоянному места жительства, создаются трудности между территориальными фондами.

 Примером может большая часть населения, временно приезжающая в другие регионы РФ и РТ для учёбы.

Территориальный фонд, откуда убыл гражданин, изымает у него страховой медицинский полис и рекомендует получить новый на территории, где находится учебное заведение. Территориальный фонд, куда прибыл гражданин на обучение, готов предоставить медицинскую помощь на своей территории, но по полису региона, где постоянно зарегистрирован гражданин по месту жительства.

В связи с отсутствием единого порядка, регламентирующего отношения территориальных фондов по перезаключению договоров по неработающему населению или проведению финансовых взаимозачётов, у граждан, временно зарегистрированных по месту учёбы, возникают трудности в получении медицинской помощи. С другой стороны, администрация территории, куда прибывают на время обучения студенты, теряет заинтересованность в нахождении на её территории учебных заведений, потому что это приводит к постоянному возрастанию платежей из-за увеличения численности неработающих граждан, зарегистрированных на время учёбы. Единых регламентирующих документов по этому вопросу нет, и каждый территориальный фонд по-своему трактует возникающие ситуации.

Отсюда следует, что обязательное медицинское страхование является одной из форм социального страхования каждого гражданина независимо от его социально-экономического положения и призвано обеспечить государственные гарантии всему населению в оказании бесплатной медицинской помощи.

**2.2. Анализ показателей эффективности деятельности по реализации государственной программы ОМС РТ в МЦРБ**

МЦРБ в качестве основного показателя эффективности по реализации государственной программы ОМС провел исследования по выявлению особенностей социально - экономического механизма социальной защиты граждан по охране здоровья. Социально - экономический механизм социальной защиты граждан по охране здоровья – это устойчивая система социально – экономического поведения социальных групп и их взаимодействия друг с другом, а также с государством, на рынке медицинских услуг в условиях функционирования ОМС по поводу производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг с целью удовлетворения конкретных общественных и индивидуальных потребностей по получению бесплатной, доступной, квалифицированной и качественной медицинской помощи. Проведение медико-социологического исследования подразумевает представление социально – экономической характеристики страхователей, их потребностей и интересов, связанных с ОМС, права и обязанности, реальные возможности удовлетворения интересов, связанных с ОМС. Для этого необходимо: оценить уровень знаний руководителей предприятий о правах и обязанностях страхователей; проанализировать их отношения к реформированию здравоохранения – введению обязательного МС и т. д.

# Методология исследования. Методы: метод сбора первичной информации (анкета, интервью). Объект информации: различные стороны жизни людей, их субъективные состояния, наблюдения за происходящими вокруг событиями. Объект: руководители предприятий различных форм собственности и органов местного управления. Объект исследования: система ОМС. Цель: анализ потребностей и интересов страхователей в рамках системы ОМС. Всего было опрошено 168 человек: производственные предприятия – 62%, бюджетные организации – 21%, коммерческие – 17% (женщин –85, мужчин - 83). Все имеют страховой полис. Свое здоровье как «хорошее» оценили 15% опрошенных, 40% - как «неважное», остальные выбрали следующие значения. Большинство руководителей полагает, что состояние здоровья работников на возглавляемых ими предприятиях «среднее» (табл. 2.2.1).

## Таблица 2.2.1.

Распределение экспертов и работников предприятий и организаций по состоянию здоровья (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка состояния здоровья работников | Количество |
| Самими работниками: |  |
| хорошее | 14 |
| среднее | 55 |
| неважное | 28 |
| плохое | 2 |
| Затрудняюсь ответить | 1 |
| Руководителями: |  |
| хорошее | 2 |
| среднее | 77 |
| неважное | 20 |
| плохое | 0,5 |
| Затрудняюсь ответить | 0,5 |

Собственное здоровье эксперты оценили более высоко, чем здоровье своих подчиненных, что, вероятно, служит еще одним подтверждением распространенного мнения о доминировании субъективных представлений в любой самооценке. Невысокие оценки в состоянии здоровья работников предприятий доминируют в сознании экспертов с представлениями о недостаточном или не вполне удовлетворительном качестве медицинского обслуживания. Рассмотрим мнение об изменении качества медицинского обслуживания после введения ОМС (табл. 2.2.2).

## Таблица 2.2.2.

Изменение качества медицинского обслуживания после введения ОМС (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Как изменилось качество медицинского обслуживания после введения системы ОМС | Количество |
| улучшилось | 2 |
| не изменилось | 42 |
| ухудшилось | 50 |
| затрудняюсь ответить | 6 |

Подобные ответы можно интерпретировать следующим образом. Многие не считают удачной попыткой серьезное реформирование здравоохранения с помощью системы ОМС, они не уверены в том, что прежняя система серьезно изменилась вследствие этих попыток и не уверены, что в целом мед. обслуживание в целом и представлении медицинской помощи работникам предприятий. Как видно, большинство руководителей, неудовлетворенных медицинским обслуживанием работников, также неудовлетворенны общим состоянием системы медицинской помощи после введения ОМС, считая, что в целом организация медицинской помощи ухудшилась. Другого мнения придерживаются те, кого в целом удовлетворяет качество медицинского обслуживания работников. Хотя и среди них значительное большинство поддержали мысль о том, что система медицинского обслуживания не претерпела серьезных изменений.

## Таблица 2.2.3.

# Удовлетворенность руководителей качеством медицинского

# обслуживания работников их предприятий (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Удовлетворены ли вы качеством медицинского обслуживания работников: | Как изменилось качество медобслуживания после введения ОМС? |
| улучшилось | не изменилось | ухудшилось | затрудняюсь ответить |
| Да, удовлетворен | 10 | 70 | 10 | 10 |
| Не совсем | 2 | 55 | 33 | 10 |
| Не удовлетворен | 2 | 32 | 65 | 1 |
| Затрудняюсь ответить | - | 50 | - | 50 |

Что, собственно известно руководителям предприятий о системе ОМС. Обратимся к таблице 2.2.4.

## Таблица 2.2.4.

Информированность экспертов о системе ОМС (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Информированность экспертов | Количество |
| Знакомство с системой ОМСНет ответа | 0,6 |
| Да, хорошо знаком | 26,4 |
| Имею приблизительное представление | 47,0 |
| Плохо знаком | 26,0 |
| Знание прав, гарантируемых ОМСНет ответа | 0,6 |
| Знаю их хорошо | 14,0 |
| Знаю плохо | 51,0 |
| Практически ничего не знаю | 34,4 |

Все 27% экспертов заявили, что они «хорошо» знакомы с системой ОМС. Почти столько же признали, что знакомы «плохо». Еще 47% отметили, что «имеют приблизительное представление» о системе ОМС.

 Что касается вопроса о знании экспертами предоставляемых системой прав и гарантий, ответы оказались не менее удивительными:

* 51% имеют весьма незначительные знания;
* 34% вообще ничего не знают;
* 14% уверены, что довольно не плохо осведомлены о правах и гарантиях.

Отметим, что столь разительно неплохие цифры:

 - 27% хорошо знакомых с системой ОМС ;

 - 14% более или менее знающих о правах и гарантиях позволяют предположить о представляемых экспертов о системе ОМС.

Руководители предприятий и организаций, независимо от того, убыточные они или прибыльные, не имеют возможности добиваться дифференциации страховых выплат, склонны считать страховые взносы потерянными для своего коллектива.

Рассмотрим полученные результаты в таблице 2.2.5.

Никогда не задерживали выплаты 33% опрошенных. Около 18% экспертов затруднились ответить, задерживают они выплату страховых взносов, а еще 34% не ответили на вопрос о сроках задержки.

Таким образом, общее число ответивших, что они не задерживают выплату средств, и тех, кто отказался отвечать на этот вопрос, составило почти 60%. Обычно отсутствие ответов связывают либо с некомпетентностью респондента, либо с его нерешительностью.

Таблица 2.2.5.

Задержка страховых выплат и сроки задержки (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Страховые выплаты | Количество |
| Были ли случаи задержкиНет ответа | 3 |
| Часто | 23 |
| Иногда | 18 |
| Редко | 5 |
| Никогда | 33 |
| Затрудняюсь ответить | 18 |
| Наибольшая задержкаНет ответа | 34 |
| Не задерживаю | 25 |
| На один месяц | 9 |
| На 2 месяца | 5 |
| На 3 месяца | 7 |
| На 4 месяца | 19 |
| Более чем на 4 месяца | 1 |

В завершении рассмотрим вопрос о предпочтении экспериментами системы медицинского обслуживания.

Прежнюю систему государственной медицины поддержало 36% экспертов. Вместе с тем, большая группа затруднилась высказаться в поддержку той или иной системы медицинского обслуживания. Как видно из таблицы всего 18% поддержали внедрение системы ОМС.

Таблица 2.2.6.

# Какую систему медицинского обслуживания вы предпочитаете?

|  |  |
| --- | --- |
| Предпочтение систем медобслуживания | Количество |
| Нет ответа | 2 |
| Ту, что была раньше | 36 |
| Системы ОМС | 18 |
| Частную медицину | 10 |
| Затрудняюсь ответить | 34 |

Это может быть объяснено: недостаточной эффективностью самой системы (вследствие экономического кризиса и т. д.); недостаточной степенью информированности руководителей о преимуществах данного варианта медицинского обслуживания (в условиях бюджетного дефицита) перед другими – частной или только государственной медициной; отсутствием взаимовыгодной коммуникации и диалога между субъектами ОМС; отсутствием в Законе о едином страховании положений о дифференциации страховых взносов; субъективным недоверием некоторой части руководителей к внедрению инноваций и реформированию в целом.

Даже из числа руководителей, заявивших о хорошей информированности о системе ОМС, 42% предпочли ей прежнюю систему организации медицинского обслуживания. Тогда как ОМС поддержали только 20%.

Что касается тех, кто имеет о системе приблизительное и минимальное представление, то здесь число поддержавших ОМС еще меньше – соответственно 14% и 16%.

Таблица 2.2.7.

Распределение ответов об оценке удовлетворенности обеспечением лечебно – профилактически учреждениями

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты ответа | Процент опрошенных |
| Да, в достаточной степени | 56 |
| Нет | 11 |
| Не совсем | 33 |

В настоящее время роль фондов ОМС начинает проявляться все более ощутимо.

Таблица 2.2.8.

Удовлетворенность работой фонда ОМС (в %)

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание ответов | Процент опрошенных |
| Да, полностью | 11,2 |
| Не совсем | 44,4 |
| Не удовлетворен | 22,2 |
| Затрудняюсь ответить | 22,2 |

На основании проведенных исследований можно сделать некоторые выводы, связанных с ОМС:

* большинство руководителей имеют неконкретные и приблизительные представления о системе ОМС
* они мало информированы о целях, задачах, основных направлениях деятельности системы ОМС;
* половина опрошенных не заинтересованы в возможной дифференциации страховых взносов на ОМС;
* система выплат страховых взносов по ОМС, по мнению практически половины опрошенных экспертов, достаточна несправедлива;
* всего 16% экспертов поддержали введение системы ОМС.

Это может быть связано с:

* недостаточной эффективностью самой системы;
* с недостаточной степенью информированности;
* отсутствием взаимовыгодных коммуникаций и диалогов между субъектами ОМС;
* отсутствием в Законе положений о дифференциации страховых взносов;
* ОМС получило более высокие оценки у экспертов, действительно пытающихся найти оптимальную стратегию и тактику развития своего предприятия в рыночном обществе;
* среди поддержавших ОМС, 59% уверены в том, что качество медицинского обслуживания в целом после введения ОМС не снизилось;
* высокая доля неработающего населения и неудовлетворительное положение большинства предприятий приводит к сложной социально – экономической ситуации (существованию проблем, непосредственно влияющих на сбор страховых взносов на ОМС работающего населения, выплату пенсий, зарплаты).

Степень компетентности населения в системе ОМС можно проверить с помощью следующих вопросов-индикаторов: «Приходилось ли вам жаловаться на неудовлетворительное медицинское обслуживание?», и «Куда вы обращались с жалобой?».

 Как оказалось, несмотря на огромное число неудовлетворённых медицинским обслуживанием, всего 12% обращались с жалобами по этому поводу. В основном это люди, имеющие неважное здоровье, относительно молодого возраста, работающие в коммерческих структурах или госбюджетной сфере и проживающие в крупных городах. Основная же масса неудовлетворённых медицинской помощью не работает.

 Отсутствие жалоб объясняется несколькими причинами, главные из которых - незнание своих прав и нежелание портить отношения с медперсоналом, за помощью, к которому рано или поздно всё равно придётся обращаться.

Вопрос, касающийся жалоб, является одним из ключевых в обязательном медицинском страховании. Жаловаться на врача или лечебно-профилактическое больной станет только в том случае, если имеет полную возможность больше к нему не обращаться.

Большинство такую возможность имеют далеко не всегда по объективным или субъективным причинам. Объективные состоят в том, что очень часто, особенно на периферии, выбирать не из чего – одна больница и одна поликлиника на весь район.

Субъективные причины заключаются в незнании пациентами своих прав и нежелании медперсонала эти права удовлетворять. Без этого обязательное медицинское страхование сводится только к дополнительному финансированию из внебюджетных источников и содержанию своих структур.

В качестве аргумента можно провести такой анализ. В связи с неудовлетворительным медицинским обслуживанием с жалобами обращались всего 12% опрошенных, но главное не в этом. Вопрос в том, куда они обращались.

 Перечислим в порядке убывания число обращений:

* в городскую (районную) администрацию % ;
* в администрацию лечебного учреждения;
* в вышестоящие органы управления здравоохранением;
* в страховую медицинскую организацию;
* кроме того, по одному-два обращения в суд, к другим врачам, к знакомыми родственникам.

 Показательно, что обращения в страховые компании стоят лишь не четвёртом месте. Пациенты до сих пор не знают, куда следует обратиться со своей жалобой.

Между медицинским обслуживанием и другими социальными услугами есть много общего, но имеется и принципиальное различие. Общим является то, что не удовлетворяются потребности и интересы населения, отличие – в существенной разнице этих потребностей и интересов.

Все потребности, как известно, можно разделить на:

* биогенные;
* социогенные.

Какой тип потребностей удовлетворяет медицинское обслуживание?

Видимо и те, и другие, однако, в отличие, скажем, от торговли, которая также направлена на удовлетворение всего многообразия потребностей человека, но напрямую зависит от его материальных возможностей. Здравоохранение обязано удовлетворять человека в поддержании оптимального уровня здоровья независимо от того, какими материальными возможностями этот человек располагает.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

* собственное здоровье эксперты оценили более высоко, чем здоровье своих подчиненных, что, вероятно, служит еще одним подтверждением распространенного мнения о доминировании субъективных представлений в любой самооценке;
* многие не считают удачной попыткой серьезное реформирование здравоохранения с помощью системы ОМС, они не уверены в том, что прежняя система серьезно изменилась вследствие этих попыток и не уверены, что в целом медицинское обслуживание в целом и представлении медицинской помощи работникам предприятий;
* большинство руководителей, неудовлетворенных медицинским обслуживанием работников, также неудовлетворенны общим состоянием системы медицинской помощи после введения ОМС, считая, что в целом организация медицинской помощи ухудшилась;
* 27% экспертов заявили, что они «хорошо» знакомы с системой ОМС. Почти столько же признали, что знакомы «плохо». Еще 47% отметили, что «имеют приблизительное представление» о системе ОМС;
* руководители предприятий и организаций, независимо от того, убыточные они или прибыльные, не имеют возможности добиваться дифференциации страховых выплат, склонны считать страховые взносы потерянными для своего коллектива;
* общее число ответивших, что они не задерживают выплату средств, и тех, кто отказался отвечать на этот вопрос, составило почти 60%. Обычно отсутствие ответов связывают либо с некомпетентностью респондента, либо с его нерешительностью;
* числа руководителей, заявивших о хорошей информированности о системе ОМС, 42% предпочли ей прежнюю систему организации медицинского обслуживания. Тогда как ОМС поддержали только 20%.
* что касается тех, кто имеет о системе приблизительное и минимальное представление, то здесь число поддержавших ОМС еще меньше – соответственно 14% и 16%.

**2.3. Причины, мешающие эффективной работе с пациентом, как застрахованным лицом в системе ОМС РТ в МЦРБ**

Причины, мешающие эффективной работе с пациентом, в основном связаны с тем, что полис – неотъемлемый атрибут ОМС стал пропуском к полноценному лечению населения.

 Как снежный ком растет недовольство населения данной службой. Когда 10 с лишним лет назад законодатели мучительно «рожали» законопроект о медицинском страховании, в их кабинетах витали благородные идеи реформирования отечественного здравоохранения.

Надо заметить, что само по себе медицинское страхование – это не диагностика и не лечение. Это механизм финансирования медицинской помощи. И главное в нем – средства медицинского страхования должны дополнять полноценное бюджетное финансирование учреждений здравоохранения. Иначе в нем нет никакого смысла.

Так думали, так мечтали. Таким был первый принятый Верховным Советом России закон о медицинском страховании. Но гладко было только на бумаге.

В системе ОМС РТ в МЦРБ бюджетных средств катастрофически не хватает и при планировании расходов на здравоохранение нужно учитывать все взносы по ОМС. Так средства ОМС практически приравнялись к бюджетным.

 Более того, между ними начали делить расходы. Бюджет дает зарплату медикам, а ОМС – деньги на медикаменты. Бюджет оплачивает коммунальные расходы, ОМС – питание больных и т. д.

 В конце концов, пришли к необходимости объединения тех и других денег. Иногда применяется целевое назначение денег «в зависимости от складывающейся ситуации».

Бюджет – это основной финансист службы здоровья. ОМС – дополнительный источник финансирования. В самом начале врачи МЦРБ считали, что за счет всего этого МЦРБ сможет улучшить свою материально-техническую базу – обновить аппаратуру, улучшить лекарственное обеспечение, в том числе по бесплатным и льготным рецептам, лучше кормить больных и новорожденных. Так задумывалось, но получилось совсем иначе. Не хватает денег на медикаменты, урезаны возможности льготного и бесплатного обеспечения лекарствами.

Многим больным приходится приходить в МЦРБ со своим бельем, посудой, едой и медикаментами. Бывает, что перед операцией больному или его родственнику выдается целый список препаратов и перевязочных средств, которые необходимо купить и принести в больницу.

Считалось, что если у тебя есть карточка ОМС, значит, есть доступ в любое, конечно лучшее, медицинское учреждение. Но по прежнему нет у пациентов свободного выбора врача, лечебного учреждения.

Как был приписан по месту жительства к своему участковому, так и остался. Как существовали привилегированные больницы и поликлиники, так и остались. Правда, контингент они расширили за счет тугих кошельков.

Более того, если в былые времена в МЦРБ мог лечиться больной из другого города, то есть он мог рассчитывать на бесплатную, доступную, квалифицированную помощь, то теперь все население поделили на «чистых» и «не чистых». А понятие «иногородний» стало, чуть ли не синонимом слову «иностранец».

 В последнее время служба здоровья не выполняет свое главное предназначение: лечить. Она все чаще смотрит не на пациентов, а на доходы. Если так пойдет, то наша служба, которая всегда отличалась гуманизмом и милосердием, утратит эти благородные традиции. А попытки их возрождения окажутся тщетными.

**3. Разработка основных путей совершенствования деятельности ФОМС**

Десятилетний опыт обязательного медицинского страхования в России позволяет вскрыть некоторые тенденции в финансового менеджмента на примере функционирования территориальной системы обязательного медицинского страхования.

Финансовая стабильность является характерным показателем, своеобразным индикатором устойчивого функционирования системы ОМС территориального уровня. Наличие подобной информации позволяет обеспечить прогнозирование поступления средств в территориальную систему ОМС с целью выработки управленческих решений в рамках финансового менеджмента.

На частном примере было установлено, что на стадии становления системы ОМС (1997-2003 гг.) финансовое наполнение бюджета фонда ОМС приобрело относительно устойчивый характер, и число помесячных флюктуаций поступающих финансовых средств находилось в пределах двух миллионов рублей при среднемесячном поступлении в бюджет фонда 15,8 млн. руб. В процентном отношении средний уровень колебаний помесячного поступления средств в территориальный фонд ОМС в 2003 году составил 12,6%.

Начиная с 2004 года при прогрессивном увеличении объемов финансирования системы ОМС отмечается тенденция к нарастанию неустойчивости помесячного поступления средств в систему.

К 2007 году диапазон колебаний (флюктуаций) в помесячном поступлении средств на ОМС находился в пределах 50 млн. рублей. Среднемесячное поступление средств на ОМС жителей в 2007 году составило более 80 млн. руб. Наименьший уровень поступлений отмечен в феврале 2007 г. – 52,7 млн. руб., наивысший – в декабре того же года – 113,0 млн. руб.

Средний уровень колебаний помесячного поступления средств в территориальный фонд ОМС в 2007 году составил 62,2% и увеличился по сравнению с 2003 годом почти в пять раз.

Таким образом, на основе представленного анализа можно сделать вывод, что устойчивость и стабильность помесячного наполнения бюджета фонда ОМС в 2007 году по сравнению с 2003 годом снизилась в пять раз.

В исследовании предпринята попытка вскрыть некоторые факторы в управлении системой ОМС.

На рубеже 2004-2005 годов в территориальной системе ОМС и управлении системой произошли определенные коренные изменения.

1. Функция сбора средств на ОМС работающего населения была передана от исполнительной дирекции фонда ОМС местным органам налоговой инспекции.
2. Депутатами Законодательного Собрания стал рассматриваться и утверждаться бюджет фонда ОМС в постатейном разрезе с последующим ежеквартальным контролем за расходованием средств бюджета фонда в жестком соответствии с утвержденными статьями. До 2004 года бюджет фонда ОМС утверждался «одной строкой», а постатейное распределение средств и их расходование оставалось исключительно в ведении исполнительной дирекции фонда.

Вполне понятно, что установить прямую корреляционную связь между приведенными изменениями в управленческой структуре фонда ОМС и ослаблением финансовой устойчивости помесячного поступления средств в систему не представляется возможным.

Предполагалось, что передача функции сбора взносов на ОМС работающих граждан местным органам налоговых инспекций позволит обеспечить наполняемость и стабильность поступления финансовых средств в бюджет фонда ОМС.

Как показывает анализ, наблюдается некоторое нарушение стабильности в поступлении по этому источнику средств ОМС в 2006-2007 годах по сравнению с периодом 2002-2005 годов.

Передача функции сбора средств на ОМС работающего населения, вовсе не исключала у фонда ОМС деятельности по сбору платежей на ОМС неработающего населения. Как показывают исследования, уровень перечисления органами местного самоуправления страховых взносов на ОМС неработающего населения являлся одной из основных проблем системы ОМС. Начиная с 2000 года процент уплаты в фонд ОМС текущих страховых взносов на ОМС неработающих по отношению к утвержденной в бюджете фонда сумме не превысил 46,6%.

В подобной ситуации крайне высока принципиальная позиция исполнительной дирекции фонда в вопросах как финансового менеджмента, так и иных технологиях менеджмента с приоритетом коллективной мотивации.

Относительная стабильность помесячного поступления средств в систему ОМС по этому источнику была достигнута к 2005 году.

Начиная с 2006 года помесячная динамика поступления взносов на ОМС неработающего населения стала носить крайне неустойчивый характер. А с 2007 года, при установлении механизма прохождения этого финансового потока через органы областного казначейства, порядок перечисления средств и вовсе претерпел качественные изменения – деньги стали перечисляться на счета фонда ОМС не ежемесячно, а раз в два-три месяца (рис.2).

Настоящее частное исследование показывает, что за период 2005-2007 гг. территориальным фондом ОМС и его исполнительной дирекцией полностью утеряны функции и возможности активного влияния на формирование доходной части бюджета фонда. Иначе говоря, рычаги финансового менеджмента системы ОМС находятся за пределами самой системы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 17.03.03 № 158 «О дополнительном финансировании в 2007 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам» по предложению Пенсионного фонда России с 2007 года в субъектах Российской Федерации осуществляется эксперимент по финансированию дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих (малоимущих) пенсионеров.

С марта 2004 года в условиях данного эксперимента работает и Владимирская область. По сути дела в системе ОМС территориального уровня появляется новый субъект в лице местного отделения Пенсионного фонда Российской Федерации. Система ОМС дополнилась новым источником поступления финансовых ресурсов - источником впрямую не зависящим от деятельности самого фонда. В условиях многоканальности наполнения бюджета фонда ОМС финансовыми средствами крайне непросто будет обеспечивать финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования, тем более что рычаги финансового менеджмента у исполнительной дирекции фонда ОМС попросту отсутствуют.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) выступил с предложением изменить периодичность проведения конкурсов среди фармдистрибуторов — участников госпрограммы дополнительного лекарственного обеспечения льготников (ДЛО). В ФФОМС предлагают организовывать такие конкурсы не ежегодно, как это делается сейчас, а каждые три года. Это предложение уже направлено в Минэкономразвития. Эксперты отмечают, что изменение условий конкурса выгодно прежде всего действующим участникам программы ДЛО.

Фонд направил в Минэкономразвития предложение изменить периодичность проведения конкурсов среди дистрибуторов по программе ДЛО с года до трех лет. По его словам, после подведения итогов конкурса за право поставлять лекарства льготникам в 2006 году стало очевидно, что ежегодное перераспределение уполномоченных поставщиков мешает полноценному функционированию госпрограммы — бесперебойной поставке лекарств для льготников, поэтому и было выдвинуто предложение проводить конкурсы среди дистрибуторов раз в три года. При этом, как отмечают в ФФОМС, если в течение трех лет один из дистрибуторов по тем или иным причинам выйдет из программы, в его регионах будет проведен локальный тендер среди других участников рынка.

Теперь, если предложение ФФОМС будет принято, расстановка сил на рынке ДЛО, сложившаяся после подведения итогов тендера на 2006 год, сохранится в течение ближайших трех лет, а шансы новых игроков войти в программу станут минимальными.

Как показали итоги 2005 года, существенно усилить свои позиции на рынке смогли только те компании, которые участвовали в программе ДЛО с самого начала и смогли занять большую часть регионов. Так, к примеру, компания «Биотек», поставлявшая лекарства льготникам Приволжского федерального округа, за год смогла увеличить свои обороты с $200 млн до $480 млн. В то же время оборот компании «Шрея», не попавшей в госпрограмму в 2005 году, остался на уровне $300 млн, как и годом ранее.

Таким образом, по результатам данного исследования можно сделать вывод о несовершенстве и неэффективности финансового менеджмента в системе обязательного медицинского страхования.

**Заключение**

Введение ОМС развившегося на этом фоне экономического кризиса был не только своевременным, но и единственно правильным политическим и экономическим решением, позволившим уменьшить негативные последствием бюджетного дефицита и сохранить здравоохранение как отрасль.

С введением ОМС были созданы все предпосылки для формирования принципиально новых отношений в здравоохранения с учетом современных социально – экономических особенностей. Были изменены принципы финансирования медицинской помощи. Впервые был создан и динамично развивается такой социальный институт, как защита прав застрахованных граждан.

Основными направлениями совместной работы ФОМС и Минздрава России на 2008-2009 годы являются:

1. Обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства, для чего необходимо:
* законодательно установить размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающих граждан и обозначить механизмы его уплаты
* разработать систему государственных и муниципальных заказов на оказание медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью;
1. Реформирование системы финансирования здравоохранения, для чего необходимо:
* реализовать принцип подушевного финансирования здравоохранения субъекта РФ, охватывающий все стадии движения финансовых средств отрасли (формирование, распределение и использование);
* создать единую, одноканальную, страховую систему финансирования медицинских учреждений, участвующих в реализации Программы государственных гарантий;
* перейти к эффективным и единым методам оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинической и больничной сети учреждений здравоохранения.
1. Развитие механизмов координации деятельности всех звеньев системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования, для чего:
* продолжить работы по развитию системы стандартизации в здравоохранении;
* совершенствовать взаимодействие Минздрава России, ФОМС и органов исполнительной власти субъектов РФ и РТ реализации трехсторонних Соглашений по вопросам организации оказания медицинской помощи населению.
1. Укрепление институтов защиты прав застрахованных и медицинских работников, для чего:
* создать нормативное и правовое обеспечение деятельности, связанной с защитой прав застрахованных и медицинских работников;
* обеспечить единство методических подходов в экспертизе качества оказания медицинской помощи.

5. С целью внесения изменений и дополнений в Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в РФ и РТ необходима разработка Концепции развития обязательного медико-социального страхования в РФ и РТ.

Вышеуказанные проблемы являются ключевыми и требуют, прежде всего, законодательного регулирования не только систем ОМС, но и в целом системы охраны здоровья. Результатом этого должно стать улучшение здоровья нации и демографической ситуации в стране.

Предстоит создать не только медико-организационные, но и, прежде всего, макроэкономические и политические предпосылки для востребованности здорового человека, здорового коллектива, общества. Здоровье населения должно стать целью и важнейшим критерием социально-экономических преобразований в регионах.

**Список использованной литературы**

1. Закон РФ «О страховании». Главврач, № 2 -2003, - С. 24-25.
2. Академия менеджмента и рынка. Морозовский проспект. – М.: Логос, 2006. – С.45.
3. Алякринский А.Л. Правовое регулирование страховой деятельности в России. – М.:. Гуманитарное знание, 2004. - С . 67-80.
4. Балабанов И.Т. Риск-менеджмент. – М.: Финансы и статистика, 2005. – 272с.
5. Банки и страхование плюс ценные бумаги для всех. – М.: Экология, 2005. – С. 99 -112.
6. Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. – М.: Финансы и статистика, 2004. – 304 с.
7. Гвозденко А.А. Финансово-экономические методы страхования: Учебник. – М.: Финансы и статистика, 2003. – 184 с.
8. Ефимов С.Л. Организация управления страховой компанией: теория, практика, зарубежный опыт. – М.: РЮИД, 2005. – С. 23-58.
9. Журавлёв Ю.М. Словарь-справочник терминов по страхованию и перестрахованию. – М.: АНКИЛ, 2006. – 456 с.
10. Камынкина МГ., Солнцева Е.Е. Перестрахование: Практическое руководство для страховых компаний. – М.: АО «ДИС», 2004. –172 с.
11. Мальтус Т. Опыт о законе народонаселения. Антология экономической классики. - М.: «ЭКОНОВ», «Ключ», 2003. – 134 с.
12. Неклесса А.И. Постсовеременный мир в новой системе координат. В сб. «Глобальное сообщество: новая система координат (подходы к проблеме)». - Спб.: Алетейя, 2007. – С.40-47.
13. Решетников А.В. Система ОМС в регионе (Социально-экономическая характеристика). – Новосибирск, 2007. – 176 с.
14. Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., Финансы и статистика, 2008. – 336 с.
15. Практическое пособие по страхованию деятельности. Документы, комментарии, разъяснения. – М.: Дизайн РУС – ИНВЕСТ, 2003. – С. 95-121.
16. Пылов К.И. Страховое дело в России. – М.: ЭДМА, 2003. – С.37-39.
17. Российский статистический ежегодник: Стат. сб./ Госкомстат России – М., 2008. – 64 с.
18. Саркизов С.Э. Личное страхование. – М.: Финансы и статистика, 2007. – 96 с.
19. Словарь страховых терминов. / Под ред. Е.В. Коломина, В.В. Шахова. – М.: Финансы и статистика, 2006. – С. 64-65.
20. Страховое дело: Учебник. / Под ред. профессора Л.И. Рейтмана. – М.: Финансы и статистика, 2005. – С. 73-78.
21. Страховой портфель. – М.:. АНКИЛ, 2004. – С. 22-59.
22. Шахов В.В. Введение в страхование: экономический аспект – М.: Финансы и статистика, 2003. – С. 32-64.
23. 23.Беляева Н.В. Источники финансирования в Системе счетов здравоохранения России // Экономика здравоохранения. Тематический выпуск. Счета здравоохранения России, 2003. -№7. – С.5-9.
24. Докторович А.Б.О модели Системы счетов здравоохранения России. // Экономика здравоохранения. Тематический выпуск. Счета здравоохранения России, 2004. -№7. – С.22.
25. Колесник А.П. О некоторых аспектах взаимосвязи государственного пенсионного обеспечения с экономической средой. // Вестник государственного социального страхования Социальное страхование,2005.- № 1 (2).- С. 12.
26. Некоторые итоги деятельности системы ОМС в Российской Федерации в 2000 году и задачи на 2001-2002 года. // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, 2006. - № 3 (21). – С. 23-25.
27. Решетников А.В. Социально-экономическое прогнозирование и планирование в системе обязательного медицинского страхования. // Экономика здравоохранения, 2007. -№ 11 (49). – С.5-9.
28. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения, 2008. -№ 12 (50). – С.34-40.
29. Роик В.Д. Исторический и международный опыт организации социального страхования. // Вестник государственного социального страхования. Социальное страхование,2008.- № 6.- С. 62-66.
30. Шувалёва Т.К. Обязательное медицинское страхование ставит новые задачи перед XXI веком. // Экономика здравоохранения, 2007. -№ 5,6 (45). – С.32-33.

Приложение 1

Совокупные ставки страховых тарифов по ОМС в различных странах, % к размеру оплаты труда

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Страны | Работодатели | Работники | Всего |
| 2001 г. | 2005 г. | 2001 г. | 2005 г. | 2001 г. | 2005 г. |
| Австрия | 16,2 | 24,7 | 14,8 | 18,2 | 31,0 | 42,9 |
| Бельгия | 34,4 | 42,6 | 12,6 | 13,6 | 47,0 | 56,2 |
| Швейцария | 4,5 | 5,1 | 4,5 | 5,1 | 9,0 | 10,2 |
| Германия | 18,6 | 20,0 | 18,6 | 20,0 | 37,2 | 40,0 |
| Испания | 35,0 | 32,0 | 6,0 | 6,4 | 41,0 | 38,4 |
| Финляндия | 24,3 | 29,2 | 3,5 | 8,3 | 27,8 | 37,5 |
| Франция | 40,3 | 36,8 | 18,5 | 18,7 | 58,8 | 55,5 |
| Великобритания | 5,0 | 3,6 | 2,0 | 2,0 | 7,0 | 5,6 |
| Греция | 22,9 | 29,0 | 14,5 | 17,5 | 37,4 | 46,5 |
| Италия | 50,0 | 50,0 | 8,6 | 8,6 | 58,6 | 58,6 |
| Среднее по За-падной Европе | 21,6 | 22,2 | 9,0 | 10,8 | 30,6 | 33,0 |
| Россия |  | 41,0 |  | 1,0 |  | 42,0 |

### Приложение 2

Удельный вес отдельных источников в финансировании социальной защиты в отдельных странах в 2005 году к размеру оплаты труда

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Страна | Социальное страхование | Налоговые средства (госбюджета) на социальную защиту | Доходы от капитала и другие поступления |
| Взносы работников | Взносы работадателей | всего |
| Австрия | 27,7 | 42,3 | 70,0 | 27,5 | 2,5 |
| Бельгия | 25,7 | 47,1 | 72,8 | 25,5 | 1,7 |
| Канада | 10,1 | 15,8 | 25,9 | 63,3 | 10,8 |
| Швейцария | 41,3 | 28,1 | 69,4 | 11,2 | 19,4 |
| Германия | 27,5 | 36,7 | 64,2 | 33,7 | 1,9 |
| Испания | 51,7 | 23,1 | 74,8 | 24,4 | 0,5 |
| Финляндия | 8,0 | 43,1 | 51,1 | 43,2 | 5,7 |
| Франция | 26,6 | 52,6 | 79,2 | 18,1 | 2,7 |
| Великобритания | 17,3 | 29,2 | 46,5 | 41,3 | 12,3 |
| Греция | 30,8 | 32,7 | 63,5 | 30,5 | 6,0 |
| Италия | 16,7 | 13,0 | 29,7 | 58,0 | 12,3 |
| Япония | 26,4 | 30,0 | 56,4 | 28,4 | 15,3 |
| Индия | 25,4 | 56,4 | 81,8 | 1,2 | 16,8 |
| Швеция | 0 | 72,6 | 72,6 | 18,1 | 9,3 |
| США | 30,6 | 35,5 | 66,1 | 31,0 | 2,9 |

Приложение 3

Какую систему медицинского обслуживания Вы предпочитаете (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Предпочтение систем медицинского обслуживания | Возраст |
| до 30 лет | 31-40 лет | 41-50 лет | 51-60 лет | Старше 60 лет |
| Ту, что была раньше | - | 15 | 51 | 28 | 6 |
| ОМС | - | 27 | 48 | 18 | 7 |
| Частную | 12 | 29 | 35 | 24 | - |
| Затрудняюсь ответить | - | - | 67 | 33 | - |