МОСКОВСКАЯ ФИНАНСОВО - ЮРИДИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ

Факультет "Финансово-экономический"

КУРСОВАЯ РАБОТА

по дисциплине "Финансы"

тема работы: "Фонды обязательного медицинского страхования, их роль в финансировании расходов на здравоохранение в Российской Федерации".

Выполнила

Студентка

Научный руководитель

старший преподаватель

МОСКВА 2008 г.

Содержание

Введение

1. Обязательное медицинское страхование

2. Финансирование медицинского страхования

3. Необходимость создания ОМС

4. Субъекты обязательного медицинского страхования

5. Фонды обязательного медицинского страхования

5.1 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)

5.2 Территориальные фонды и их филиалы (ТФОМС)

5.3 Страховые медицинские организации (СМО)

6. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ

7. Проблемы медицинского страхования в россии. Возможные пути выхода

Заключение

Используемая литература

# Введение

Как известно, Россия в последнее десятилетие переживает настоящий реформаторский бум: в той или иной степени успешно реформируются многие сферы деятельности - судебная реформа, военная реформа, реформа системы пенсионного обеспечения…

Здравоохранение не стало исключением. Самым масштабным изменением системы здравоохранения новейшего периода стало изменение принципов и структуры финансирования оказания медицинской помощи и перераспределение финансовых потоков. С правовой точки зрения произошёл переход от административного регулирования финансирования здравоохранения к регулированию нормами гражданского права.

С точки зрения экономики и социального обеспечения российская система здравоохранения перестала быть полностью государственной и приобрела черты страховой медицины.

Принципиальное различие между государственной и страховой медициной заключается в том, что при государственной системе организации медицинской помощи здравоохранение полностью финансируется из государственного бюджета. При страховом принципе финансирования средства на здравоохранение формируются за счёт обязательных отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности и организационно-правовых форм, а также взносов предпринимателей без образования юридического лица (индивидуальных предпринимателей). Существует и третья система организации медицинской помощи - это частная медицина, в которой весь объём медицинской помощи оплачивается самим пациентом.

Государственная медицина зачастую не обеспечивает необходимого качества медицинской помощи вследствие недостаточного бюджетного финансирования и неэффективного распределения имеющихся средств. Частная медицина доступна не всем. Поэтому в мире система медицинского страхования признана наиболее оптимальной формой организации оказания медицинской помощи.

В идеале страховая медицина призвана обеспечивать за счёт своих источников финансирования качественную медицинскую помощь любому застрахованному лицу. В этом заключается социальная функция страховой медицины - так как периодичность платежей не соответствует периодичности обращения за медицинской помощью, реализуется так называемый накопительный принцип страхования; кроме того, установленная законодательством одинаковая для всех ставка отчислений на нужды страховой медицины формирует денежные средства, затрачиваемые на лечение в том числе социально незащищённых граждан, обеспечивая равные объём и качество медицинской и лекарственной помощи любому застрахованному.

В России основным нормативным актом, регулирующим медицинское страхование, является Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", принятый 28 июня 1991 г. (с последующими изменениями и дополнениями), который провозглашает, что медицинское страхование - это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, целями которой являются гарантия гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах - обязательном и добровольном.

В своей работе я хотела бы осветить необходимость создания и финансирования обязательного медицинского страхования (ОМС), а также показать роль системы ОМС в здравоохранении и проблемы медицинского страхования.

# 1. Обязательное медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания (регулируется Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"). 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.

Согласно Закону "О медицинском страховании граждан в РФ", ОМС обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счёт средств ОМС в объёме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования".

В России действуют ОМС является Базовая и Территориальные программы ОМС. Базовая программа ОМС - разрабатывается Министерством здравоохранения РФ, согласовывается Министерством финансов РФ, Федеральным Фондом ОМС и утверждается Правительством. Базовая программа включает в себя первичную медико-санитарную помощь, стационарное и восстановительное лечение, осуществляется за счет средств ОМС и реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь в рамках базовой программы предоставляется гражданам на всей территории Российской Федерации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы ОМС утверждаются органами государственного управления субъектов РФ на основе базовой программы.

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.

# 2. Финансирование медицинского страхования

Необходимость внедрения медицинского страхования в России в период перехода к рыночной экономике во многом была предопределена поиском новых источников финансирования здравоохранения.

По сравнению с существующей в России государственной системой здравоохранения, финансируемой из бюджета, к тому же по остаточному принципу, система медицинского страхования позволяет использовать дополнительные источники финансирования здравоохранения с целью создания наиболее благоприятных условий для полной реализации прав граждан на получение квалифицированной медицинской помощи.

В связи с внедрением принципов медицинского страхования в стране была практически пересмотрена система финансирования как отрасли в целом, так и отдельных медицинских учреждений.

Основными источниками лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных услуг являются бюджетные средства и страховые фонды, формируемые за счет взносов физических и юридических лиц. Госбюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления. Взносы в страховые фонды работающей части граждан вносятся через предприятия (учреждения, организации). Эти расходы включаются в себестоимость продукции предприятия (работ или услуг).

Таким образом, страховые фонды играют роль посредника между ЛПУ и населением. Однако максимальный эффект функционирования страховой медицины может быть достигнут лишь тогда, когда потребитель пользуется свободой выбора как ЛПУ и врача, так и тех посредников, которые гарантируют пациенту (страхователю) защиту его интересов. В противном случае монополия посредника порождает корпоративные интересы, противоположные интересам конечного потребителя.

В соответствии со ст.10 Закона РФ "О медицинском страховании" источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

* средства республиканского бюджета (Российской Федерации), бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов;
* средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;
* личные средства граждан;
* безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
* доходы от ценных бумаг;
* кредиты банков и других кредиторов;
* иные источники, не запрещенные законодательством.

Из этих источников формируются:

* финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения;
* финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства государственной системы ОМС предназначены для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. В большинстве зарубежных стран с развитой системой обязательного медицинского страхования существует три основных источника финансирования обязательного медицинского страхования:

* отчисления из бюджета;
* средства предпринимателей;
* личные средства граждан.

В России финансовые средства системы ОМС формируются из двух источников:

* платежи из бюджета;
* отчисления предприятий, организаций и других юридических лиц в фонд обязательного медицинского страхования в настоящее время в размере 2.8% от начисленной заработной платы.

Средства поступают через банки в фонды обязательного медицинского страхования от страхователей, которые обязаны в этих фондах зарегистрироваться в качестве плательщиков страховых взносов. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов других фондов и изъятию на другие цели не подлежат. [[1]](#footnote-1)

В формировании и использовании фондов обязательного медицинского страхования есть свои особенности. Задуманные как страховые, они не всегда соответствуют принципам формирования и использования страховых фондов. В их деятельности очевидны черты бюджетного подхода: обязательность и нормативность отчислений, плановое расходование средств, отсутствие персонификации[[2]](#footnote-2) накоплений и др. По экономической сущности эти фонды не являются страховыми, по форме они относятся к внебюджетным фондам. Однако нельзя не отметить, что наряду с обязательным государственным страхованием развиваются негосударственные - добровольные. [[3]](#footnote-3)

# 3. Необходимость создания 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, далекие 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 дает 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 качества медицинского обслуживания, так как за плохое лечение пациента, по решению экспертного совета, врач может заплатить из своего кармана.

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

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

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

# 4. Субъекты обязательного медицинского страхования

Законом "О медицинском страховании граждан в РФ" определён круг лиц, участвующих в системе ОМС и обеспечивающих её работоспособность.

В первую очередь это страхователи - любые предприятия, учреждения, организации, а также государство в лице местных органов государственной власти, уплачивающие взносы на ОМС. С 1 января 2001 года взносы в фонды ОМС уплачиваются в составе единого социального налога (взноса), порядок исчисления и уплаты которого установлен главой 24 Налогового Кодекса РФ.

Следующий участник системы ОМС - страховые медицинские организации. Это юридические лица, имеющие лицензию на право деятельности по обязательному медицинскому страхованию. Страховая медицинская организация (страховая компания) заключает договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по ОМС, осуществляет деятельность по ОМС на некоммерческой основе, выдаёт страховые полисы[[4]](#footnote-4), а также контролирует объём, сроки и качество медицинской помощи и защищает интересы застрахованных.

Медицинские учреждения - ещё один участник системы ОМС - учреждение независимо от форм собственности, лицензированное на осуществление определённой деятельности и услуг по программам ОМС, а также имеющее аккредитацию, то есть соответствующее установленным профессиональным стандартам.

И, наконец, самые многочисленные участники системы ОМС - застрахованные лица - граждане России, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня дохода, а также иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, которые имеют право на бесплатное (для них) получение медицинских услуг, включённых в государственную программу обязательного медицинского страхования.

# 5. Фонды обязательного медицинского страхования

Фонды ОМС - это самостоятельные государственные кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

По Закону "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" существует три группы субъектов управления организацией и финансированием ОМС. Эти субъекты заключают договоры на осуществление ОМС, собирают и аккумулируют страховые взносы, направляют средства на оплату медицинских услуг. С точки зрения теории страхования они выступают страховщиками, но имеют существенные различия и обладают строго разграниченными полномочиями по выполнению конкретных страховых операций.

# 5.1 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) создан Верховным Советом РФ и Правительством РФ как самостоятельное некоммерческое финансово-кредитное учреждение и осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством РФ. Федеральный фонд ОМС освобожден от уплаты налогов по доходам от основной деятельности.

Основными задачами Федерального фонда, согласно постановлению Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857, являются:

* финансовое обеспечение установленных законодательством РФ прав граждан на медицинскую помощь за счет средств ОМС в целях, предусмотренных Законом РФ "О медицинском страховании граждан в РФ"
* обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ в рамках базовой программы ОМС
* аккумулирование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы ОМС

Основными функциями Федерального фонда являются:

* осуществление выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС
* разработка предложений о размере взносов на обязательное медицинское страхование
* осуществление в соответствии с установленным порядком аккумулирования финансовых средств Федерального фонда
* выделение в установленном порядке средств территориальным фондам ОМС, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ ОМС
* осуществление совместно с территориальными фондами ОМС и органами Государственной налоговой службы РФ контроля за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды ОМС
* осуществление совместно с территориальными фондами ОМС контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе ОМС, в том числе путем проведения соответствующих и целевых проверок
* осуществление в пределах своей компетенции организационно-методической деятельности по обеспечению функционирования ОМС
* внесение предложений по совершенствованию законодательных и иных нормативных актов по вопросам ОМС
* участие в разработке базовой программы ОМС граждан
* осуществление сбора и анализа информации, в том числе о финансовых средствах системы ОМС, и представление соответствующих материалов в Правительство РФ
* организация подготовки специалистов для системы ОМС
* изучение и обобщение практики применения нормативных правовых актов по вопросам ОМС
* организация научно-исследовательских работ в области ОМС
* участие в международном сотрудничестве по вопросам ОМС
* ежегодно в установленном порядке представление в Правительство РФ проектов федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда на соответствующий год и о его исполнении.

Финансовые средства Федерального фонда являются федеральной собственностью, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Финансовые средства Федерального фонда образуются за счет:

* части страховых взносов (отчислений) хозяйствующих субъектов и иных организаций на ОМС в размерах, устанавливаемых федеральным законом
* ассигнований из федерального бюджета на выполнение федеральных целевых программ в рамках ОМС
* добровольных взносов юридических и физических лиц
* доходов от использования временно свободных финансовых средств
* нормированного страхового запаса Федерального фонда
* поступлений их иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Страховые взносы (отчисления) в Федеральный фонд перечисляются хозяйствующими субъектами и иными организациями в соответствии с установленным порядком.

Временно свободные финансовые средства ФФОМС в целях защиты их от инфляции размещаются в банковских депозитах и могут использоваться для приобретения высоколиквидных государственных ценных бумаг.

Доходы от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса ФФОМС могут быть направлены на финансирование только тех мероприятий, которые осуществляются в соответствии с задачами Федерального фонда.

Затраты на содержание ФФОМС, создание и поддержание его материально-технической базы осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели бюджетом Федерального фонда.

Финансовые средства, не израсходованные в истекшем году, изъятию не подлежат и при утверждении ассигнований из федерального бюджета на следующий год не учитываются.

Федеральный фонд вправе осуществлять приносящую доходы деятельность. Полученные от такой деятельности доходы, а также доходы от использования имущества, находящегося в оперативном управлении, и приобретенное за счет этих доходов имущество в установленном порядке поступают в распоряжение Федерального фонда, учитываются на балансе и направляются для реализации уставных задач Федерального фонда.

ФФОМС ежегодно разрабатывает бюджет и отчет о его исполнении, которые по представлению Правительства РФ утверждаются федеральным законом.

Управление ФФОМС осуществляется коллегиальным органом - правлением и директором фонда.

Состав правления Федерального фонда утверждается Правительством РФ. Срок полномочий правления 3 года.

Контроль за деятельностью Федерального фонда осуществляет ревизионная комиссия.

Правление Федерального фонда по мере необходимости, но не реже одного раза в год, назначает аудиторскую проверку деятельности Федерального фонда, осуществляемую специализированной организацией, имеющей соответствующую лицензию. Отчет о результатах этой проверки представляется в Правительство РФ.

# 5.2 Территориальные фонды и их филиалы (ТФОМС)

Порядок создания и деятельности ТФОМС регламентируется Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования. [[5]](#footnote-5)

Территориальный фонд является юридическим лицом и осуществляет свою деятельность в соответствии с законами РФ. Это самостоятельное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, подотчетное органам представительной и исполнительной власти. Территориальный фонд освобожден от уплаты налогов по доходам от основной деятельности.

Руководство деятельностью ТФОМС осуществляется правлением и его постоянно действующим исполнительным органом - исполнительной дирекции, возглавляемой исполнительным директором.

Состав правления утверждается органами законодательной власти территорий. Председатель избирается правлением. Исполнительный директор назначается администрацией территории.

Для выполнения своих задач ТФОМС может создавать в городах и районах филиалы, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с Положением, утверждаемым исполнительным директором Территориального фонда.

Территориальный фонд:

* аккумулирует финансовые средства Территориального фонда на ОМС граждан
* осуществляет финансирование ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями, имеющими соответствующие лицензии (далее - страховщиками), заключившими договоры ОМС по дифференцированным подушевым нормативам, устанавливаемым правлением Территориального фонда
* осуществляет финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы ОМС
* выравнивает финансовые ресурсы городов и районов, направляемые на проведение ОМС
* предоставляет кредиты, в том числе на льготных условиях, страховщикам при обоснованной нехватке у них финансовых средств
* накапливает финансовые резервы для обеспечения устойчивости системы ОМС
* разрабатывает правила ОМС граждан на соответствующей территории
* осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на ОМС граждан
* согласовывает совместно с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями тарификацию стоимости медицинской помощи, территориальную программу ОМС населения и вносит предложения о финансовых ресурсах, необходимых для ее осуществления
* вносит предложения о страховом тарифе взносов на ОМС
* согласовывает с органами государственного управления, местной администрацией, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховщиками тарифы на медицинские и иные услуги по ОМС
* осуществляет взаимодействие с Федеральным фондом ОМС и другими территориальными фондами ОМС
* предоставляет ФФОМС информацию о финансовых ресурсах системы ОМС и другую информацию в пределах своей компетенции
* проводит разъяснительную работу по вопросам, относящимся к его компетенции
* осуществляет другие мероприятия по организации ОМС граждан.

Движение финансовых средств Территориального фонда ОМС:

Страховые взносы предприятий (по работающему населению)

Средства бюджетов (по неработающему населению)

Добровольные взносы физических и юридических лиц

Доходы от инвестирования средств

Средства, поступающие по регрессным требованиям

Средства территориального фонда ОМС

Финансирование ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями по среднедушевым нормативам

Создание нормированного страхового запаса финансовых средств

Инвестирование свободных средств

Затраты на управление в пределах нормативов, устанавливаемых исполнительным директором по согласованию с правлением фонда

Контроль за деятельностью Территориального фонда осуществляет ревизионная комиссия.

Правление территориального фонда по мере необходимости, но не реже оного раза в год, назначает аудиторскую проверку деятельности ТФОМС, осуществляемую специализированной организацией, имеющей соответствующую лицензию. Отчет о результатах этой проверки представляется органам исполнительной и представительной власти.

Отчет о доходах и использовании средств ТФОМС, а также о результатах его деятельности ежегодно заслушивается соответствующими органами представительной и исполнительной власти и публикуется в средствах массовой информации.

# 5.3 Страховые медицинские организации (СМО)

Именно страховым медицинским организациям (СМО) по закону отводится непосредственная роль страховщика. СМО получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

По Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, в качестве СМО может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую департаментом страхового надзора.

СМО вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование граждан, но не вправе осуществлять другие виды страховой деятельности. При этом финансовые средства по обязательному и добровольному страхованию учитываются СМО раздельно. СМО не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

СМО выступают в качестве посредника между гражданами, лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и финансирующими организациями - территориальными фондами ОМС. Свою страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров:

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией, иными словами, со всеми страхователями, обязанными платить страховые взносы в ТФОМС. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной СМО.
2. Договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с численностью и категориями застрахованных.
3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной СМО гражданам.
4. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т.е. полисы ОМС, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

Все взаимоотношения внутри системы ОМС регулируются на основании территориальных правил ОМС, которые должны соответствовать типовым правилам ОМС от 1.12.93 г., утвержденным Федеральным фондом ОМС и согласованным с Росстрахнадзором.

Основными функциями СМО являются:

* участие в выборе и аккредитации медицинских учреждений;
* оплата медицинских услуг, предоставляемых застрахованным;
* осуществление контроля за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг, в том числе предъявление регрессных требований и исков медицинским учреждениям по фактам нарушения условий ОМС или причинения ущерба застрахованным;
* формирование страховых резервов: резерва оплаты медицинских услуг, резерва финансирования предупредительных мероприятий и запасного резерва и другое.

Таким образом, деятельность СМО представляет заключительный этап в реализации положений ОМС. Страховые медицинские организации - важное звено в системе обязательного медицинского страхования. Цель страховой медицинской организации - обеспечить оплату медицинской помощи, следить за полнотой и качеством предоставляемых медицинских услуг и защищать право застрахованных лиц. [[6]](#footnote-6)

# 6. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет регистрацию страхователей по обязательному медицинскому страхованию.

Отношения по обязательному медицинскому страхованию работающих граждан возникают с момента заключения гражданином трудового договора с работодателем, зарегистрированным в установленном порядке в качестве налогоплательщика в территориальном налоговом органе и уплачивающим единый социальный налог (взнос) или иной налог в части, исчисляемой и уплачиваемой в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством РФ о налогах и сборах.

Расходование средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с их бюджетами.

*Распределение территориальных моделей ОМС, различающихся по роли страховых медицинских организаций[[7]](#footnote-7)*

|  |  |
| --- | --- |
| Организации, выполняющие функции страховщиков в системе ОМС в субъекте РФ в 2006 году | Доля регионов, имеющих данную модель, % |
| 2004 | 2005 | 2006 |
| Территориальный фонды ОМС и его филиалы | 24 | 10 | 5 |
| Филиалы Территориального фонда ОМС и страховые медицинские организации | 27 | 36 | 18 |
| Только страховые медицинские организации | 49 | 53 | 77 |

ТФОМС финансирует страховую медицинскую организацию на основании договора ТФОМС со страховой медицинской организацией.

Договор ТФОМС со страховой медицинской организацией заключается на основе Типового договора ТФОМС со страховой медицинской организацией и регулирует взаимоотношения ТФОМС и страховой медицинской организации. В договоре устанавливается:

* порядок финансирования
* порядок предоставления субвенций
* порядок финансирования при неуплате страхователями взносов на ОМС
* нормативы и порядок использования средств ОМС на оплату медицинских услуг, формирование резервов по ОМС, на расходы на ведение дела
* порядок возврата средств ОМС в случае прекращения, в том числе досрочного договора ТФОМС со страховой медицинской организацией.

*Типы государственных (муниципальных) учреждений, услуги которых оплачивались за счет средств ОМС в 2006 году[[8]](#footnote-8)*

ТФОМС устанавливает порядок использования страховыми медицинскими организациями финансовых средств обязательного медицинского страхования и осуществляет контроль за их целевым и рациональным использованием. При выявлении случаев нецелевого и нерационального использования средств обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией ТФОМС вправе расторгнуть договор с одновременным обращением в орган, выдавший лицензию на обязательное медицинское страхование, с ходатайством о применении к ней соответствующих санкций.

Медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, имеющие соответствующие лицензии.

Отношения между медицинским учреждением и страховой организацией (и/или ТФОМС) строятся на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС.

Средства, поступившие от ТФОМС на отдельные мероприятия по здравоохранению, используются медицинскими учреждениями, функционирующими в системе ОМС, в рамках утвержденных целевых программ по здравоохранению и, в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по территориальной программе ОМС, по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по ОМС на территории субъекта РФ.

В территориальных системах ОМС используются 6 основных методов оплаты амбулаторной помощи (по смете расходов, по посещениям, по балльной системе, за отдельные услуги, за законченный случай лечения, по подушевому принципу на одного прикрепившегося) и 5 основных методов оплаты стационарной помощи (по смете расходов, по количеству фактических проведенных пациентом койко-дней, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении, за законченный случай госпитализации, за согласованные объемы медицинской помощи).

В большинстве регионов одновременно используются несколько методов оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. В 2004-2006 гг. расширялось применение оплаты по посещениям. [[9]](#footnote-9)

К переходу на этот метод оплаты регионы подталкивались в 2003-2005 гг. со стороны Пенсионного фонда, а затем - Минздравсоцразвития РФ, преследовавших цель связать размеры финансирования амбулаторной помощи с измеримыми показателями ее объемов. Между тем оплата амбулаторной помощи за количество посещений поощряет рост обращений к врачам и не стимулирует работу по профилактике заболеваний. Лишенный этих недостатков и широко используемый в других странах метод оплаты по подушевому принципу на одного прикрепившегося использовался в 2006 г. лишь в 14% регионов (19% в 2004 г.). В числе изменений, произошедших в 2006 г., следует также отметить некоторое увеличение доли регионов, применяющих метод оплаты за законченные случаи лечения - до 36% (26% в 2005 г.).

Среди методов оплаты стационарной помощи (см. рис.) значительно расширилось применение оплаты за законченный случай госпитализации: в 2005 г. он использовался в 49% регионов, а в 2006 г. - уже в 65%. Обращает на себя внимание увеличение в последние три года доли регионов, применяющих метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко - дней с 42% в 2004 г. до 47% в 2006г. Он ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализаций и длительности лечения. Расширилось применение метода оплаты по средней стоимости лечения больного в профильных отделениях. Но этот метод не обеспечивает адекватного учета различий в расходах на лечение заболеваний разной сложности. Между тем метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи, который позволяет более адекватно учесть реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы у стационаров к повышению эффективности использования ресурсов, применялся лишь в 8% регионов (в Кемеровской, Костромской, Самарской, Тульской областях, Чувашской Республике).

*Распространенность методов оплаты стационарной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2004-2006 гг., в %[[10]](#footnote-10)*

Следует также отметить, что в 8% субъектов РФ средства ОМС используются для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом финансирования ЛПУ по смете расходов, а в 10% регионов этот метод применяется для оплаты стационарной помощи. Таким образом, система ОМС до сих пор повсеместно не заменила сметное финансирование ЛПУ, ориентирующее их на затратный тип хозяйствования, методами оплаты их работы в соответствии с результирующими показателями.

Эффективность применения методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС зависит от степени разработанности нормативно-методической базы, регулирующей объемы предоставляемых медицинских услуг. В 2006 году получила развитие практика разработки медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, выделения клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний и использования этого инструментария при расчете тарифов в системе ОМС. Число субъектов РФ, применяющих эту методологию, достигло в 2006 г.34 (в 2004 г. - 27, в 2005 г. - 32). При этом в 10 субъектах РФ используются развитые системы КСГ (более 270 КСГ): к Брянской области, Республике Коми, Калужской области, Приморском крае, Республике Татарстан, Ростовской области, Самарской области добавились Астраханская, Воронежская, Ростовская области и Санкт-Петербург.

Дифференциация тарифов на медицинские услуги в территориальных системах ОМС осуществляется по разным основаниям. Пока превалируют достаточно простые способы дифференциации: на амбулаторно-поликлиническую помощь - по категориям ЛПУ; на стационарную помощь - также по категориям ЛПУ и по профилям отделений стационаров (см. рис.).

*Дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС в субъектах РФ в 2005-2006 гг.*

*Дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи стационаров в системе ОМС в субъектах РФ в 2005-2006 гг.*

Причем доля регионов, использующих эти способы дифференциации тарифов, заметно выросла в 2006 г. Почти в трети регионов для ЛПУ устанавливаются индивидуальные тарифы на оплату амбулаторной и стационарной помощи. Этот метод ориентирует на возмещение фактически сложившихся затрат каждого ЛПУ и обесценивает принцип оплаты их работы по результирующим показателям. Правда, в качестве позитивного сдвига нужно отметить значительное сокращение доли регионов, в которых такая дифференциация тарифов применялась при оплате амбулаторной помощи: с 45% в 2005 г. до 31% в 2006 г. Однако доля регионов, использующих такую дифференциацию при оплате стационарной помощи, не уменьшилась.

Существующая практика дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС обеспечивает воспроизводство сложившейся в медицинских учреждениях структуры оказания медицинской помощи и не создает стимулов к ее изменению в целях повышения эффективности и качества.

Ограниченный объем средств, аккумулируемых в системе ОМС, обусловливает практику использования "неполных" тарифов для оплаты медицинской помощи, то есть тарифов, предназначенных для возмещения лишь части видов расходов медицинских учреждений, связанных с ее оказанием. Практически во всех субъектах РФ, из средств ОМС возмещаются затраты на оплату труда, и на увеличение стоимости материальных запасов, то есть медикаментов, мягкого инвентаря, продуктов питания и др.

*Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС в 2005-2006 гг.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС | Код бюджетной классификации**[[11]](#footnote-11)** | Доля субъектов РФ, в которых из средств ОМС возмещается данный вид затрат |
| 2005 | 2006 |
| Оплата труда и начисления на оплату труда | 210 | 99 | 100 |
| Услуги связи, транспортные услуги[[12]](#footnote-12) | 221,222 | 9 | 8 |
| Коммунальные услуги | 223 | 3 | 4 |
| Приобретение прочих услуг[[13]](#footnote-13) | 224,225,226 | 51 | 54 |
| Увеличение стоимости основных средств[[14]](#footnote-14) | 310 | 89 | 55 |
| Увеличение стоимости нематериальных активов[[15]](#footnote-15)  | 320 | 8 | 7 |
| Увеличение стоимости материальных запасов[[16]](#footnote-16) | 340 | 98 | 97 |

В 2005 г. в подавляющем большинстве регионов средства ОМС использовались для увеличения стоимости основных средств (приобретение нового оборудования и др.), но в 2006 г. их доля резко сократилась - до 55%. В небольшом числе регионов средства ОМС тратились на оплату транспортных и коммунальных услуг, а также на увеличение стоимости нематериальных активов (приобретение программного обеспечения и баз данных и т.п.), и примерно в половине регионов - на оплату прочих услуг.

Медицинское учреждение ведет учет услуг, оказанных застрахованным, и предоставляет ТФОМС и страховым медицинским организациям сведения по формам учета и отчетности, утвержденным в установленном порядке.

Расчеты между страховой медицинской организацией (ТФОМС) и медицинским учреждением производятся путем оплаты ею счетов медицинского учреждения.

При оказании медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС гражданам, застрахованным на территории другого субъекта РФ, медицинские услуги оплачиваются в установленном порядке.

Медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. [[17]](#footnote-17) В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

Контроль качества медицинской помощи, предоставленной застрахованным лицам по ОМС, осуществляется страховой медицинской организацией.

# 7. Проблемы медицинского страхования в россии. Возможные пути выхода

В настоящее время система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации представляет собой явно неэффективный финансовый инструмент обеспечения государственных гарантий охраны здоровья граждан. Система ОМС, в ее современном виде не способна удовлетворить потребности личности, общества и государства в медицинской помощи. Следствием чего является высокая смертность, низкая производительность труда, высокие потери по нетрудоспособности, снижение обороноспособности страны.

За последний год, в ходе реализации приоритетного национального проекта "Здоровье", в стране созданы объективные предпосылки и необходимые условия для осуществления радикальной модернизации системы ОМС, целью которой должно стать адекватное удовлетворение потребностей личности и общества в услугах здравоохранения и потребностей государства в росте производительных сил, обороноспособности и безопасности, при соблюдении принципов солидарной ответственности социальной справедливости.

В настоящее время в системе ОМС существует ряд проблем. В том числе это недостаточное финансирование, отсутствие единой системы стандартов медицинской помощи и контроля качества оказания медицинской помощи, отсутствие персонифицированного учета.

Вопросы совершенствования и доступности медицинской помощи населению приобрели в последнее время особое значение. Назрела необходимость модернизации обязательного медицинского страхования, требуется принятие неотложных мер по обеспечению россиян равнодоступной и качественной медицинской помощью, а также по профилактике заболеваний.

Гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. Как отмечал Президент РФ В.В. Путин, по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены гарантированные государством базовые стандарты оказания медицинской помощи с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарственных средств.

Определяющей возможностью дальнейшего реформирования системы ОМС является построение единой системы персонифицированного учета оказанной медицинской помощи. Пока не сформирован единый методологический подход к организации персонифицированного учета. Вариативность сложившихся процессов предопределила различия в подходах к учету медицинской помощи. Еще более затрудняет осуществление персонифицированного учета отсутствие единой системы идентификации граждан.

Внедрение персонифицированного учета медицинской помощи в системе ОМС является основополагающим, т.к. только на уровне индивида представляется возможным связать воедино все существующие информационные потоки, целостно отражающие различные аспекты деятельности системы ОМС, а также предусмотреть интеграцию новых информационных потоков. На современном этапе существует необходимость сбора и обработки огромных массивов медико-экономической информации, используемой при анализе, прогнозировании и оптимизации расходов на медицинскую помощь. Очевидно, что без организации единого информационного пространства и создания единой информационной системы отрасли решить эти задачи невозможно.

С целью решения проблем на уровне информационных взаимодействий Федеральным фондом ОМС разработана и утверждена правлением ФОМС Концепция информатизации системы ОМС на 2008-2010 гг., которая освещает различные аспекты создания единого информационного пространства системы ОМС на принципах персонифицированного учета медицинской помощи.

Модернизация отрасли требует, в том числе, изменения сложившихся механизмов финансирования. В 2007 г. Федеральным фондом ОМС за счет средств федерального бюджета начато финансирование пилотного проекта в сфере здравоохранения, направленного на повышение качества услуг с ориентацией на конечный результат, целью которого является переход на преимущественно одноканальное финансирование. Средства на эти цели предусмотрены и в бюджете 2008 г.

Реализация страховых принципов сформировала новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи, в частности систему вневедомственного контроля ее качества. Российский и международный опыт подтверждает, что введение страховых механизмов ОМС должно обеспечить изменение принципов организации финансирования здравоохранения.

Для достижения принципа предоставления медицинской помощи определенного уровня и объема, обеспеченной конкретным целевым источником финансирования, необходимо прежде всего увеличить тариф на ОМС, что соответственно повлечет увеличение налоговой нагрузки, но этот вопрос находится в компетенции Правительства РФ. С целью привлечения дополнительных средств в систему ОМС необходимо ввести новые механизмы управления расходными обязательствами, определив стоимость страхового года. Требуется введение понятия “стоимость страхового года” как суммы денежных средств, подлежащей уплате в территориальный фонд ОМС страхователем за застрахованное лицо либо самим застрахованным в текущем году на обеспечение оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС. Стоимость страхового года должна устанавливаться высшим органом исполнительной власти субъекта РФ в порядке, определяемом Правительством РФ.

# Заключение

Несмотря на то, что медицинское страхование как впрочем, и все другие виды страхования в России за последние 10 лет сделало огромный шаг вперед, мы все еще отстаем от развитых стран по этому показателю. И поэтому, как и для многих других сфер экономики, пришедших к нам после перестройки, для страхования в России открываются огромные возможности для развития. Медицинское страхование имеет также очень важное значение для развития отечественной системы здравоохранения и медицины. Кроме обязательного медицинского страхования законом вводится добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования.

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. 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.

# Используемая литература

1. Социальная медицина и организация здравоохранения / Руководство для студентов: В 2 томах. Т.2/В.А. Меняев и соавторы - СПб, 1998, с.237-238.

2. Финансы: Учебное пособие/Под ред. Проф.А.М. Ковалевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Финансы и статистика, 2002, с.74.

3. Страховое дело в вопросах и ответах. Учебное пособие для студентов экономических вузов и колледжей. Составитель М.И. Басаков. Ростов-на-Дону, 1999, с.311.

4. "Система ОМС - от стабилизации к эффективному развитию" Д. Рейхарт. Медицинский вестник № 32 (417), 2007 Г.

5. Бухгалтерский учет в страховых организациях: учебно-практическое пособие. Н.Л. Вещунова. Москва, издательство Проспект, 2006 г.

6. Аналитический обзор за 2006 год. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России в 2006 году. Общая характеристика. Авторский коллектив: С.В. Шишкин, Г.Е. Бесстремянная, В.А. Чернец. Москва, 2007

7. Постановление Верховного Совета РФ от 24.02.93 г. № 4543-1

8. ст.27 Закона РФ "О медицинском страховании граждан в РФ"

9. Использован материал с сайта www.rnk.ru

1. Социальная медицина и организация здравоохранения/Руководство для студентов: В 2 томах. Т.2 / В.А. Меняев и соавторы – СПб, 1998, с.237-238. [↑](#footnote-ref-1)
2. *лат*., олицетворение. [↑](#footnote-ref-2)
3. Финансы: Учебное пособие / Под ред. проф. А.М. Ковалевой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 2002, с.74. [↑](#footnote-ref-3)
4. Страховой полис - это документ, гарантирующий человеку предоставление медицинской помощи в рамках ОМС или ДМС. Если человек по какой-либо причине не может получить полис лично, он может быть получен другим лицом по доверенности, заверенной по месту жительства. При утере полиса бесплатно выдается дубликат.

При получении полиса граждан обязаны ознакомить с программой ОМС, ее условиями, обязанностями страховых компаний, медицинских учреждений, их ответственностью, а также с правами и обязанностями граждан по сохранению и укреплению здоровья. [↑](#footnote-ref-4)
5. постановление Верховного Совета РФ от 24.02.93 г. № 4543-1 [↑](#footnote-ref-5)
6. Страховое дело в вопросах и ответах. Учебное пособие для студентов экономических вузов и колледжей. Составитель М.И.Басаков. Ростов-на-Дону, 1999, с.311. [↑](#footnote-ref-6)
7. Источник: 2004 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 82 субъектов РФ. [↑](#footnote-ref-7)
8. Источник: данные из 76 субъектов РФ. [↑](#footnote-ref-8)
9. В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты

Источник: 2004 г. - данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 75 субъектов РФ. [↑](#footnote-ref-9)
10. В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты.

Источник: 2004 г. - данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 75 субъектов РФ. [↑](#footnote-ref-10)
11. Согласно экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации, утвержденной приказом Минфина России от 10.12.2004 № 114н [↑](#footnote-ref-11)
12. Расходы ЛПУ по найму транспортных средств для доставки медикаментов, перевязочных средств, продуктов питания, денежной наличности, для иных хозяйственных нужд [↑](#footnote-ref-12)
13. Расходы ЛПУ на содержание в чистоте помещений (дезинфекция, дезинсекция, дератизация); техническое обслуживание, текуший ремонт инвентаря, машин, медицинского оборудования, оргтехники; на услуги по стирке белья, постельных принадлежностей и т.п.; на оплату анализов, проводимых в других учреждениях [↑](#footnote-ref-13)
14. Расходы ЛПУ на приобретение оборудования, капитальный ремонт [↑](#footnote-ref-14)
15. Расходы ЛПУ на приобретение программного обеспечения, баз данных и др [↑](#footnote-ref-15)
16. Расходы ЛПУ на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря, продуктов питания и др. [↑](#footnote-ref-16)
17. ст. 27 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» [↑](#footnote-ref-17)