Институт Управления

Факультет менеджмента

Кафедра экономики и маркетинга

**Система обязательного медицинского страхования в РФ**

Курсовая работа

по финансам и кредиту

студента группы 2814СП

Сахабутдинова Ф.Ф.

Научный руководитель

к.э.н. доцент

Юрасова О.И.

Набережные Челны 2010

**Содержание**

Введение

1. Сущность и структура обязательного медицинского страхования в РФ

1.1 Социально-экономическая природа и принципы обязательного медицинского страхования

1.2 Финансирование медицинского страхования

2. Анализ состояния медицинского страхования в РФ и его финансирование

2.1 Проблемы обязательного медицинского страхования в РФ

2.2 Изменения на рынке ОМС

3. Пути совершенствования системы страхования

3.1 Финансирование фондов обязательного медицинского страхования

3.2 Добровольное медицинское страхование и его взаимодействие с ОМС

Заключение

Список использованной литературы

**Введение**

Медицинское страхование (Health insurance) в РФ – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат (выплат страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

В правовом отношении этот вид страхования опирается на закон, определяющий правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения России. Закон обеспечивает конституционное право граждан России на медицинскую помощь.

Цель медицинского страхования состоит в том, чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия [1]. Под страховым случаем в медицинском страховании понимают не только появление заболевания, сколько сам факт оказания медицинской помощи по поводу заболевания. Страховое возмещение здесь приобретает форму оплаты оказанной медицинской помощи населению, состоящей из набора конкретных медицинских услуг (диагностика, лечение, профилактика). Медицинские страхования проводятся за счёт отчисления от прибыли предприятий или личных средств населения путём заключения соответствующих договоров. Договор о медицинском страховании представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией. Последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинскую помощь определённого вида и качества (или иных услуг в соответствии с программами обязательного или добровольного медицинского страхования) [5]. Медицинское страхование на территории РФ осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование осуществляется в силу закона, а добровольное проводится на основе договора, заключенного между страхователем и страховщиком. Каждая из этих форм страхования имеет свои особенности.

О своем здоровье следует заботиться и чем раньше, тем лучше. В странах с развитой рыночной экономикой медицинское страхование является один из важнейших элементов системы поддержания здоровья [2].

Медицинское страхование, или, точнее, страхование медицинских расходов, наряду с пенсионным, представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны.

Медицинское страхование может по праву считаться одним из столпов страхового рынка России. Его доля в общем сборе страховых взносов составляет около 34%. В основном это обязательное медицинское страхование, однако и добровольное медицинское страхование вносит свой вклад в развитие рынка. Ежегодный прирост объёмов ДМС оценивается в 25-30% и обеспечивается, прежде всего, за счёт корпоративных клиентов. Кроме того, компенсацию медицинских расходов обеспечивают полисы страхования от несчастных случаев и полисы страхования ответственности за причинение вреда третьим лицам. С учётом этих составляющих доля его в общем объёме сборов страховых премий, по оценкам, превышает 35% [3].

**Здоровье всегда являлось приоритетной ценностью для человека. Сегодня одной из важнейших отраслей, по состоянию которой можно судить о благополучии государства является отрасль здравоохранения.**

«Здоровье граждан - высшая забота государства». (Гай Юлий Цезарь)

Вопросы страхования, в том числе и медицинского, являться актуальными и по сей день. Серьёзной проблемой ОМС является хроническое недофинансирование, связанное с платежами органов исполнительной власти за неработающее население. В связи с этим актуальным становится реформирование системы ОМС, в частности его финансирование.

Целью написания данной курсовой работы является изучение сущности и структуры обязательного медицинского страхования в РФ.

Задачи работы:

* рассмотреть и изучить систему обязательного медицинского страхования в РФ.
* определить основных участников системы обязательного медицинского страхования и его финансирование.
* изучить фонды обязательного медицинского страхования в России, их задачи и функции.

Объектом нашего исследования станет финансовая сторона вопроса.

**1. Сущность и структура обязательного медицинского страхования в РФ**

1.1 Социально-экономическая природа и принципы медицинского страхования

В мировой практике организации медико-санитарного обслуживания сложились основные системы экономического функционирования здравоохранения: государственная, страховая и частная.

Государственная система основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений и гарантирует бесплатную медицинскую помощь.

В основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций [2].

Частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в индивидуальной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия [6].

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах.

В наиболее широком смысле медицинское страхование представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. При этом охрана здоровья граждан финансируется «снизу». Страховые фонды образуются за счет различных источников финансирования: средств государственного бюджета, взносов предприятий, предпринимателей и работающих.

В узком смысле это процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь, дающий гарантию получения этой помощи, причем ее объем и характер определяются условиями страхового договора. Медицинское страхование, способствует накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения. В условиях страховой медицины реализуется принцип: «Здоровый платит за больного, а богатый – за бедного» [3].

Говоря о системе медицинского страхования, необходимо различать добровольное и обязательное медицинское страхование. Так последнее является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование предназначено для финансирования медицинской помощи сверх социального гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами[4].

Обязательное медицинское страхование регулируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» является частью государственной политики и системы социального страхования.

**Принципы обязательного медицинского страхования и их сущность**

* Всеобщность – все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенных в территориальные программы обязательного медицинского страхования.
* Государственность – средства обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности РФ, им управляет федеральные и территориальные фонды ОМС, специализированные страховые медицинские организации. Государство выступает непосредственным страхователем для неработающего населения и осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств обязательного медицинского страхования, обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными лицами.
* Некоммерческий характер – вся получаемая прибыль от операций по ОМС направляется на пополнение финансовых резервов системы обязательного медицинского страхования.
* Обязательность - Местные органы исполнительной власти и юридические лица (предприятия, учреждения, организации и т.д.) обязаны производить отчисления по установленной ставке в размере 3,1% от фонда заработной платы в территориальный фонд ОМС и в определенном порядке, а также несут экономическую ответственность за нарушение условий платежей в форме пени и/ или штрафа [5].

Объекты и субъекты медицинского страхования

В качестве **субъектов медицинского страхования** выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователь - это физическое или юридическое лицо, выражающее страховой интерес и вступающее в гражданско-правовые отношения со страховщиком в силу закона или двусторонней сделки (договора страхования).

Страховщик - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством РФ, созданное для осуществления страховой деятельности (страховые организации и общества взаимного страхования) и получившее в установленном законом порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории РФ. Страховщик - страховая медицинская организация, которая оплачивает оказанную ею застрахованным гражданам медицинскую помощь в лечебно-профилактическом учреждении, и имеющих с ней договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи.

Застрахованный по ОМС - лицо, в пользу которого заключен договор обязательного медицинского страхования. Граждане, застрахованные по ОМС – это граждане Российской Федерации, беженцы и вынужденные переселенцы, имеющие регистрацию по месту жительства или по месту пребывания (на срок более шести месяцев), и иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие регистрацию по месту жительства; граждане, проживающие и осуществляющие трудовую деятельность на территории одних субъектов РФ, но состоящие в трудовых отношениях с предприятиями, организациями, учреждениями и иными работодателями, зарегистрированными в установленном порядке на территории других субъектов РФ и являющимися плательщиками страховых взносов в данный ТФОМС (в отношении которых заключен Договор взаимодействия Страхователя и Страховщика).

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Задачи, функции, права и обязанности страховой медицинской организации, ее финансирование и финансовая деятельность определена документом ''Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование'', утвержденным постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 11 октября 1993г. №1018.

Взаимоотношения между страхователем и страховой медицинской организацией реализуется через страховые взносы. По обязательному медицинскому страхованию они устанавливаются как ставки платежей в размерах, покрывающих затраты на выполнение программ ОМС и обеспечивающих рентабельную деятельность СМО [1].

**Объектом** обязательного медицинского страхования являются медицинские услуги, предусмотренные программами ОМС. Объектом добровольного медицинского страхования также является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

**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. На территории РФ действует страховой полис обязательного медицинского страхования единого образца [1].

**1.2 Финансирование медицинского страхования**

Фонды обязательного медицинского страхования – это самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения [4].

Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания фи­нансовых ресурсов на его проведение. Законом предусматривается, что финансовые средства фондов обяза­тельного медицинского страхования находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат [9].

1-й уровень страхования в системе ОМС представляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Сам он не осуществляет страховые операции и не финансирует систему ОМС граждан. ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой. Финансовые средства фонда образуются за счет части страховых взносов предприятий (0,2% от ФОП), взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ и других источников, определяемых законодательством РФ.

2-й уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. Этот уровень – основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляется сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС. Территориальные ФОМС создаются на территориях субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны соответствующим органам представительной и исполнительной власти. Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию. Они образуются за счет:

* части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями на ОМС работающего населения.
* средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов РФ на ОМС неработающего населения;
* других источников, предусмотренных законодательством РФ.

В целом, и Федеральный, и территориальные фонды обязательного медицин­ского страхования являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ [7], реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования.

3-й уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации (СМО). Именно им 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. СМО выступают в качестве посредника между гражданами, лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и финансирующими организациями – территориальными фондами ОМС [9].

### **2. Анализ состояния медицинского страхования в РФ и его финансирования**

**2.1 Проблемы обязательного медицинского страхования в России**

Принятие в 1991 году Федерального закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и его введение в 1993 году в части обязательного медицинского страхования на территории всей страны явилось своевременным и единственно правильным политическим шагом в этот период. Замена бюджетной сферы финансирования здравоохранения на бюджетно-страховую модель для первого десятилетия развития новой России имела значение фактора сохранения национального здравоохранения в качестве практически единственного источника финансирования бесплатной медицинской помощи для граждан страны.

Средства системы ОМС при всех издержках постоянно, целенаправленно и стабильно поступали на счета медицинских учреждений для выплаты заработной платы медицинским работникам, оплаты лекарственных препаратов и питания пациентов. Опыт прошедших лет подтвердил правильность выбора страховой модели в качестве альтернативы неэффективному бюджетному финансированию здравоохранения по мощности сети ЛПУ.

Однако за 15 лет успешного внедрения «смешанной» модели финансирования здравоохранения накопилось множество проблем, которые требуют своего разрешения в новом Федеральном Законе об ОМС. «Бюджетно-страховая» модель финансирования здравоохранения свою историческую миссию выполнила. Сегодня требуется переход к более прогрессивной «страховой» модели ОМС.

Идеальная модель страховой медицины предусматривает использования преимущества «накопительного принципа» и за счет своих источников финансирования всегда способна оказать качественную медицинскую помощь застрахованному лицу.

В старой бюджетной структуре государственных расходов на здравоохранение средства федерального бюджета составляют около 8%, средства бюджетов субъектов РФ – около 50%, средства обязательного медицинского страхования – 42% [10]. В результате стало еще хуже: эклектическое сочетание бюджетной и страховой систем породило новую «болезнь» системы здравоохранения России – снижающийся уровень ответственности за ее финансирование. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе превратились в пустые декларации. Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий в 2007 году позволил установить дефицит их финансирования в 60 субъектах РФ [12].

Платность медицинских услуг нарастает. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45% от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных).

Рис.1. Расходы на медицинские услуги.

Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги [11]. Это можно увидеть на рисунке 2.

Рис.2. Структура затрат на медицинские услуги

К основным финансовым проблемам можно отнести следующие:

1. Острейшая нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли.

Объем государственных расходов в России на здравоохранение в 2009 составляет 3,3%. в доле ВВП. Примерно на таком уровне приоритетности здравоохранения находятся развивающие страны со средним уровнем дохода (Бразилия – 3,4%, Парагвай – 3,0%, Перу – 2,8%).

Рис.3. Расходы на здравоохранения в развивающихся странах

Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и проч.). А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг.

Так же счетной палатой РФ проведен анализ тенденций показателей, предусмотренных в прогнозе социально-экономического развития России на 2009 и плановый период 2010 и 2011 гг., разработанном Минэкономразвития России, характеризующих доступность населения к бесплатной медицинской помощи. Из них видно что, государственные расходы на здравоохранение в 2009 г. и планируемом периоде 2010 и 2011 гг. останутся ниже уровня, рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения. Так, государственные расходы на здравоохранение к 2011 г. достигнут всего лишь 3,9% к ВВП, вместо рекомендуемых ВОЗ от 5 до 6% к ВВП. Сегодня доля средств, направляемых из бюджета всех уровней на здравоохранение, составляет примерно 3,3% ВВП Российской Федерации. Европейский уровень - 7,2 процента (табл.1).

Таблица 1

2. Низкий тариф ЕСН в части средств на обязательное медицинское страхование работающего населения, поскольку величина этих отчислений не увязана со стоимостью «страхового года» работающего населения.

3. Недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

 - отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

 - неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

 - непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

В результате доля средств, поступающих на страхование неработающего населения, составляет немногим более 30%, тогда как неработающее население составляет 55% всей численности населения РФ.

5. Многоканальность финансирования медицинских организаций. Многоканальность финансирования (ОМС, добровольное (дополнительное) медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ и создает предпосылки для сговора. В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

7. Низкие тарифы оплаты медицинских услуг. Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

8. Отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Поступления от платных услуг в ЛПУ часто распределяются не на основе ясных схем материального поощрения, а в зависимости от личных пристрастий главврачей. Врач оказывается в полной зависимости от администратора. Иногда он должен с ним делиться своими теневыми гонорарами. Ясно, что это ограничивает мотивацию к оказанию качественной медицинской помощи, даже за плату [17].

В итоге по мнению большинства специалистов, существующая **система финансирования здравоохранения** доказала свою несостоятельность, а основные принципы ОМС так и не заработали. По-прежнему граждане не могут выбрать страховую компанию и медицинское учреждение, в котором они хотели бы получать медицинскую помощь, действует разделение застрахованных по территориальному признаку, а о защите их прав никто и не вспоминает. Поэтому неудивительно, что люди, желающие получать качественную медицинскую помощь и имеющие для этого хотя бы минимальные возможности, предпочитают платные услуги. Один из распространенных вариантов получения платной медицинской помощи - непосредственная **оплата лечения по факту оказания услуг**.

Прежде всего, можно предположить, что реализованная в России модель, которую принято именовать "системой обязательного медицинского страхования", по сути, не является истинной моделью страхования, скорее всего, выглядит как своеобразная форма финансирования системы здравоохранения. Вот некоторые аргументы, по моему мнению, подтверждающие отсутствие классических характеристик страхования

* у конкретного человека, а также у работодателей и руководителей местных административных органов, да и у некоторых территориальных законодателей отсутствует прямая мотивация поддержки медицинского страхования, скорее наоборот - стремление сократить платежи на ОМС, а порою и полностью не обеспечивать их;
* обязательный взнос на ОМС по существу не является страховым взносом как таковым, а представляет некую разновидность обязательного государственного налога, что особенно подтвердилось при передаче функции сбора средств на обязательное медицинское страхование от фондов ОМС к налоговым структурам;
* внутри самой действующей системы ОМС отсутствуют такие понятия и сущности, как страховой случай, страховой риск. Финансовые компенсации осуществляются, как правило, по количественным параметрам: стоимостным характеристикам отдельно взятой услуги, амбулаторному посещению, койко-дням (понятно, что эти единицы никакого отношения к научно обоснованному расчету и покрытию страхового риска в каждом страховом случае не имеют);
* и, наконец, программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, принимаемые на уровне постановлений губернаторов территорий, лишний раз подтверждают жесткую плановость в формировании и распределении бюджетов системы здравоохранения, что по существу исключает элементы рыночных отношений, без которых немыслима классическая система страхования.

**2.2 Изменения на рынке обязательного медицинского страхования**

Основной тенденцией на страховом рынке России с учетом обязательного медицинского страхования являлось неуклонное увеличение объемов премий со среднегодовым темпом прироста 13,5%. Однако с началом экономического кризиса, отрицательный эффект от которого проявился именно в 1 квартале 2009 года, наметилось значительное сокращение темпов роста рынка. По итогам 1 квартала 2009 года страхование жизни оказалось наименее затронуто кризисом и показало наибольший прирост среди всех видов страхования (остальные виды, кроме добровольного страхования ответственности и ОМС, продемонстрировали отрицательную динамику) [25].

Государственный реестр на 01.04.09 содержит сведения о 769 страховых компаниях, за первый квартал отозвано 17 лицензий.

Согласно данным ФССН (Федеральной службы страхового надзора), российские страховщики за первый квартал 2009 года увеличили сбор премий, включая ОМС, по сравнению с аналогичным периодом 2008 года на 6,0% до 243,2 млрд. рублей, выплаты выросли на 28,8% до 163,9 млрд. рублей.

Диаграмма 1:

В ОМС, в отличие от добровольного и других видов страхования, реализуется принцип солидарности – здоровый платит за больного. Поэтому раньше этот вид страхования большинство крупных страховщиков не интересовал. В существующей системе ОМС страховщики занимаются трансляцией средств ОМС в поликлиники, получая на ведение дела 1 – 3%

перечисленных сумм. Главная же роль страховщика в системе ОМС – защита прав застрахованных – зачастую исполнялась формально.

Однако в 2007 – 2008гг. обязательным медицинским страхованием заинтересовалось большинство крупных страховщиков. «Ингосстрах» приобрёл около десяти региональных компаний, специализирующихся на ОМС, и объединил их под брендом «Группа ИНГОССТРАХ». Среди лидеров рынка ОМС более половины – дочерние медицинские страховщики крупных страховых холдингов (табл.2).

Таблица 2

Компании лидеры по объёмам поступлений по ОМС, I полугодие 2009год..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Компания | Страховые платежи, тыс. руб. | Расходы на оплату медицинских услуг, тыс. руб. |
| 1 | Группа МАКС  | 32047059 | 31296770 |
| 2 | Группа РОСНО  | 28984376 | 27626765 |
| 3 | Группа СОГАЗ | 18819101 | 18251665 |
| 4 | Московская страховая компания | 10842955 | 10980149 |
| 5 | Группа ИНГОССТРАХ | 9110405 | 9018183 |
| 6 | Группа Югория  | 6393803 | 6043651 |
| 7 | «Астра – Металл»  | 3799013 | 4057642 |
| 8 | Страховая группа АСК  | 2640012 | 2526673 |
| 9 | Капитал – полис | 850854 | 802342 |
| 10 | Медэкспресс | 401108 | 358714 |
| 11 | АСКО – ВАЗ  | 393308 | 399370 |
| 12 | Группа ЧУЛПАН | 205363 | 200211 |
| 13 | Группа БАСК | 126427 | 116878 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рейтинговое Агентство «Эксперт РА» [26]

Интерес крупных страховщиков к ОМС вызван несколькими обстоятельствами. Во-первых, Правительство РФ своим распоряжением от 19.01.06 №38-р утвердило Программу социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006-2008гг.). Программа предусматривала, в частности, модернизацию системы ОМС в следующих основных направлениях.

1. Упорядочение субъектов правоотношений в системе ОМС.
2. Завершение перевода ОМС и в целом отрасли здравоохранения на страховые принципы, т.е. двухканальная система поступления финансовых средств в медицинскую организацию должна уступить место преимущественно одноканальной системе.
3. Перенесение части финансовой ответственности в негосударственный сектор. Медицинские страховщики должны стать информированными покупателями медицинских услуг в интересах застрахованных. Участие страховщиков в системе ОМС необходимо для создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховщиков. Одним из основных условий конкуренции является реальный выбор самими застрахованными медицинского страховщика.
4. Укрепление финансовой основы системы ОМС путём реализации территориальных программ и более жёстких обязательств бюджетов субъектов РФ по ОМС неработающего населения, которые планируется устанавливать в размерах, обеспечивающих сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы ОМС.
5. Внедрение дополнительного медицинского страхования лекарственного обеспечения граждан (лекарственное страхование).

Увеличиваются объёмы средств, выделяемых на финансирование региональных программ ОМС, мелкие региональные страховщики, не выдержав требований законодательства по увеличению уставного капитала, уступают крупным страховщикам, территориальные фонды ОМС отказываются от функций медицинских страховщиков.

Крупные страховщики начинают понимать преимущества ОМС для привлечения новых корпоративных клиентов, особенно в перспективе предоставления гарантированной медицинской помощи за счёт объедения средств обязательного и добровольного медицинского страхования. Сами страховщики свой интерес к системе ОМС объясняют планируемым переходом её на страховые принципы и предоставление страхователям и застрахованным реального права выбора медицинского страховщика.

Отказ территориальных фондов ОМС от исполнения функций страховщиков, замещение их преимущественно федеральными страховыми компаниями являлось, пожалуй, главным направлением трансформации рынка ОМС [4].

Третьим направлением трансформации рынка ОМС является изменение механизма финансирования и предполагаемое увеличение его объёмов. О нехватке денег в системе ОМС говорится постоянно. И денег никогда не хватит при сохранении затратного механизма финансирования – оплате фактических расходов лечебно-профилактических учреждений.

Другая проблема – существенные различия в доступности и качестве медицинской помощи, предоставляемой в регионах. По данным Минздравсоцразвития России, показатель подушевого обеспечения по территориальным программам государственных гарантий в субъектах РФ различается более чем в 17 раз: от 1185,6 руб. в Республике Дагестан до 20513,8 руб. в Чукотском АО.

**3. Пути совершенствования системы обязательного медицинского страхования**

**3.1 Финансирование фондов обязательного медицинского страхования**

Идеальная модель страховой медицины предусматривает использования преимущества «накопительного принципа» и за счет своих источников финансирования всегда способна оказать качественную медицинскую помощь застрахованному лицу.

Для этих целей необходимо работодателей и местные органы власти обязать платить так называемые страховые взносы за своих работников.

Согласно заявлению руководителя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Андрея Юрина, необходимо увеличить ставку обязательного медицинского страхования с 3,1% до 5,1%.

Сегодня на одного застрахованного в наше стране приходиться 3 тысячи руб. в год, а в целом по системе обязательного медицинского страхования это примерно 450 миллиардов рублей. При этом норматив, установленный правительством на текущий год для системы обязательного медицинского страхования, - немногим более 4 тысяч рублей на человека. То есть сегодня система ОМС не наполнена даже до этого норматива. Понятно, что увеличение финансирования примерно в 1,6 раза для здравоохранения будет, конечно, существенным подспорьем.

Как уже было описано во 2-ой главе необходимо перейти на одноканальное финансирование системы ОМС.

Сегодня лечебное учреждение получает деньги из нескольких источников. Основные - бюджет и система ОМС. ОМС - это заработная плата медицинского персонала, оплата питания, медикаментов и расходных материалов. Бюджет финансирует все остальное: коммунальные услуги, транспорт, связь, ремонт, оборудование и т.д. Если сегодня система ОМС оплачивает медицинскому учреждению 50 процентов затрат, а остальное оплачивает бюджет, то медицинское учреждение, которое не является муниципальным или субъектовым, не может получить вторую половину денег, которая идет из бюджета. То есть частная или ведомственная медицина не может войти в эту систему, потому что тариф неполный. Нельзя больнице платить 50 копеек и требовать услуг на 1 рубль.

Например, сейчас многие стоматологические поликлиники готовы участвовать в системе ОМС даже за те небольшие средства, которые идут за пациентом, но они ограничены тем, что коммунальные услуги ОМС не оплачивает, не оплачивается ремонт помещения и т.д. Когда же финансовые потоки пойдут по **единому** каналу и тариф за медицинскую услугу будет полный, у негосударственных лечебных учреждений появится реальный интерес конкурировать с государственными.

Дополнительные деньги, ожидаемые получить после повышения тарифов на медицинское страхование, планируется направить по нескольким направлениям. Одно из них это снижение нагрузки на участкового врача. Сегодня норматив составляет 1800 человек, а в мегаполисах он зашкаливает за 2000 человек. Конечно, это крайне большая нагрузка на участкового. Она должна быть снижена хотя бы до 1500 человек. Другое направление - самые различные виды ранней диагностики. Третье - диспансеризация, хотя бы раз в три года. Четвертое - переобучение и повышение квалификации медицинских работников. Еще одно направление, которое может быть рассмотрено при определении приоритетов распределения дополнительных средств, - расходные материалы для высокоэффективной диагностики (например, компьютерной томографии).

Пилотный проект по введению новой системы оплаты труда был внедрён и реализуется в Пермской области с 2007г. Тогда был осуществлён переход учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование через систему ОМС. Этот опыт внедрения системы одноканального финансирования в здравоохранении получил положительную оценку главы Минздравсоцразвития РФ Татьяны Голиковой.

**3.2 Добровольное медицинское страхование и его взаимодействие с ОМС**

Одна из основных предпосылок активного развития добровольного медицинского страхования - плачевное состояние государственной, формально бесплатной медицины, финансирование которой осуществляется через систему обязательного медицинского страхования.

Добровольное страхование аналогично обязательному медицинскому страхованию и преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Добровольное медицинское страхование, в отличие от ОМС, является отраслью не социального, а коммерческого страхования. ДМС наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев Добровольное медицинское страхование относится к сфере личного страхования. Оно является дополнением к системе ОМС, обеспечивающее гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины.

ДМС использует принцип страховой эквивалентности. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

Финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата. Благодаря налоговым льготам для организаций, использующих собственные средства на добровольное медицинское страхование своих работников, коллективная форма ДМС получила широкое распространение в РФ.

Потребность в ДМС непосредственно зависит от уровня развития обязательного медицинского страхования. Чем полнее покрываются потребности людей в медицинских услугах по линии ОМС, тем меньше спрос на ДМС. В этом отношении шансы ДМС очень высоки. Это объясняется не только недостаточно высоким уровнем бесплатных медицинских услуг, но и глобальными тенденциями кризиса всех систем ОМС. Этот кризис связан с демографическими характеристиками современного общества. Не может быть исключением и Россия. В условиях, когда соотношение между числом работающих и неработающих складывается в пользу неработающих, а фонды социального страхования формируются за счёт платежей работающей части населения, принцип коллективной солидарности уже не может работать как основополагающий принцип социального страхования. Это стимулирует к расширению палитры предложения страховых услуг в сфере медстрахования.

Учитывая вышеизложенное можно предположить, что использование дополнительное медицинское страхование может быть одним из путей решения медицинского страхования, его качества и полноты.

Также его можно использовать как дополнение к системе обязательного медицинского страхования.

Одной из проблем развития ДМС является то обстоятельство, что в нашей стране по полису ДМС покрываются расходы только на те медицинские услуги, которые оплачиваются программой ОМС частично или не оплачиваются вообще (например, дорогостоящие операции и процедуры). ДМС даёт право пациенту на привлечение ведущих врачей-специалистов, выбор больницы и врача, обеспечение комфортных условий лечения и т.д. Вместе с тем добровольное медицинское страхование может носить совершенно самостоятельный характер и не зависеть от ОМС. Например, страхование выезжающих за рубеж, страхование лиц, не охваченных ОМС.[3]

Фактически чёткое разграничение функций ОМС и ДМС в одном страховом случае не является простым делом. В результате возможно пересечение функций и переложение затрат на лечение либо на обязательное, либо на добровольное страхование. При этом, естественно, исходят не из интересов застрахованного лица, а из финансовых интересов самих страховщиков.

**Заключение**

Здоровье населения – важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. В связи с этим обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств ОМС, является важнейшей государственной задачей. Медицинское страхование в РФ – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. **Сегодня одной из важнейших отраслей, по состоянию которой можно судить о благополучии государства является отрасль здравоохранения.**

**В процессе изучения этой темы нами были затронуты проблемы финансирования системы обязательного медицинского страхования, его нормативной базы, качества предоставляемых услуг и его контроль.**

К основным финансовым проблемам можно отнести следующие: острейшая нехватка денежных средств, низкие тарифы на страхование, недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, многоканальность финансирования, низкие тарифы оплаты медицинских услуг и их качество и т.д.

Реализации эффективной модели ОМС препятствует тот факт, что сам гражданин – получатель медицинских услуг и выгодоприобретатель по договору ОМС, лишен возможности выбирать страховые медицинские организации. Право выбора граждан, закрепленное ст. 6 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ», вступает в противоречие с аналогичным правом страхователей (ст. 9) и, как водится, проигрывает ему, несмотря на конституционный приоритет.

Мировой опыт доказывает, что система ОМС эффективно развивается только при создании конкурентной среды для страховых и медицинских организаций, при широком внедрении страховых принципов.

Для создания идеальной модели страховой медицины необходимо использование «накопительного принципа» и за счет этого оказывать качественную медицинскую помощь застрахованному лицу.

Это можно достичь, по нашему мнению и мнению экспертов, путём перехода страхования на страховые принципы. Это считается возможным при переходе на одноканальное финансирование медицинских организаций. Оплата медицинской помощи при одноканальном финансировании предполагает, что больницы получают финансовый ресурс за выполненные объемы работ по тарифам.

Считается, что введение одноканального финансирования здравоохранения — вопрос первостепенной важности.Суть одноканального финансирования проста: все деньги на деятельность больниц (кроме капремонта и строительства) идут через обязательное медицинское страхование. Однако чтобы запустить это механизм, нужно обеспечить ряд условий. Первое условие для введения одноканального финансирования: программа государственных гарантий оказания медицинской помощи населению должна быть бездефицитной. Второе условие: медицинская помощь, оказанная пациентам лечебным учреждением, должна оплачиваться по тарифам. Стоит заметить, что при одноканальном финансировании тарифы на медицинские должны возрасти. Иначе и быть не может. Они же включают в себя не пять базовых статей — зарплату, начисления на нее, питание, медикаменты, расходные материалы, но и расходы больниц на коммунальные услуги, текущий ремонт, расчеты со сторонними организациями. И, наконец, третье условие — наличие нормативной базы.

Финансирование медицинских организаций из государственных источников следует реализовать по принципу «деньги следуют за пациентом». Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений по результатам их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

В российской системе обязательного медицинского страхования есть еще один серьезнейший камень преткновения — это неработающие граждане и платежи за них. Это особый элемент финансовой поддержки в системе ОМС, и очень важно ответственное поведение регионов, органов власти субъектов. Ведь выбрав СМО, гражданин должен еще суметь заставить своего номинального страхователя – работодателя либо государственный орган, заключить договор страхования в его пользу. Необходимо повысить роль застрахованного в системе ОМС. Он должен реально выбирать страховщика и обеспечивать обратную связь в этой системе – по результатам своего лечения давать «сигналы» страховщикам, какие медицинские организации и какие врачи пользуются его доверием.

У человека должно быть реальное право на выбор поликлиники, больницы через свободу выбора страховой медицинской компании. Должны быть лишь показания, направление участкового врача к хирургу, офтальмологу или гастроэнтерологу. В какую больницу человек пойдет за врачебной помощью, туда за ним пойдут и государственные деньги. Появившаяся у пациента возможность идти с полисом ОМС как в частную, так и в муниципальную поликлинику - это реальный шаг к конкуренции в медицине. Это обеспечит доступ к бюджетным ресурсам на конкурсной основе частным и негосударственным структурам, это откроет дорогу реальной конкуренции в сфере здравоохранения. Участие частных клиник в системе ОМС как раз и обеспечивает конкурентную основу выбора. Не секрет, что многие государственные больницы являются своеобразными монополистами в оказании медицинских услуг.

В принципе, система ОМС должна гарантировать гражданам возможность получения медицинской помощи независимо от того, где она оказана, будь то государственное, муниципальное учреждение или частная структура.

Также разработан метод подушевого финансирования амбулаторной службы. Поликлиники должны получать средства на прикрепившихся к ним застрахованных. Чем больше прикрепленных, тем больше плановый объём финансирования. Для того чтобы из планового он стал фактическим, нужно, чтобы прикрепленное население меньше болело. Участковому врачу становится выгодно предупредить болезнь, своевременно провести диспансеризацию, пролечить человека в дневном стационаре или стационаре на дому.

Система обязательного медицинского страхования показала свою способность к совершенствованию. Являясь по понятным причинам одним из центров внимания общества, система ОМС претерпела в последние годы значительные изменения в части сбора страховых взносов. Наметились новые пути развития обязательного медицинского страхования, его финансирование, развитие конкурентной основы в области страхования и предоставление медицинских услуг, а также повышения качества услуг и их контроля.

И все-таки дополнительные вливания в отрасль крупных инвестиционных средств позволит ещё больше увеличить уровень качества гарантируемой государством медицинской помощи.

**Список используемой литературы**

1. Закон РФ от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. от 29.12.2006 г.).
2. Четыркин Е. «Медицинское страхование на западе и в
России»//Мировая экономика и международные отношения, 2000, № 12, с.93
3. Фёдорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения /Т.А.Фёдорова // Финансы. – 2008. - №10. – С.48-51.
4. Архипов А.П., Резников А.А. Трансформация рынка обязательного медицинского страхования /А.П.Архипов., А.А.Резников // Финансы. – 2006. - №6. – С.46-50.
5. Буянова М.О., Кобзева С.И., Кондратьева 3.А. Право социального обеспечения: Учебник. - М.: ТК Велби, КноРус, 2007. - 384 с.
6. Махов В.В. Страхование: учебник для вузов. – М.:Юнити, 2000. – 311с.

Право социального обеспечения России: Учебник. / Под ред. К. Н. Гусова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2008. - 488 с.

1. Анисимов В. Правовые и организационно-экономические основы формирования территориальных программ ОМС. Страховое дело 1999г. № 3 с.26 – 32.
2. Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Утвержден Правительства РФ от 29 июля 1998 г, № 857.
3. Андреева О., Тэгай Н. Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов // Медцинский вестник 2007 № 34.
4. Общественная палата Российской Федерации. Решения комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения. 2006 г. 72 стр.
5. (Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы /Отв. редактор Шишкин С.В. WP1/2002/07 Независимый институт социальной политики.- М., ООО «Пробел – 2000», 2002г. 178 с.)
6. Решетников А.В., Алексеева В.М., Е.Б. Галкин и др. Экономика здравоохранения. Учебное пособие для вузов. М., ООО «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007, 271 с.
7. Гришин В.В. Система ОМС работает без сбоев уже 15 лет. //Медицинский вестник №16 (443), 2 мая 2008 г. стр. 4.
8. Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году /Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Электрон. дан. – М., 2008. – Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/112/DOKLAD\_PGG\_MZ.doc – Минздравсоцразвития России.

Электронные ресурсы:

1. http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/112/DOKLAD\_PGG\_MZ.doc
2. http://www.rg.ru/2009/11/23/foms.html
3. http://www.rg.ru/2009/11/23/foms.html
4. **http://globalist.org.ua/?p=23583**
5. http://vestnik.mednet.ru/content/view/99/30/
6. http://www.remedium.ru/public/journal/rem\_volga/new/detail.php?ID=19919
7. http://www.mgzt.ru/article/1590/
8. http://bujet.ru/article/66324.php
9. http://www.medvestnik.ru/2/67/24360/view/for\_print.html
10. http://www.expert-rating.ru/research/service/market\_strahovaniy.html
11. http://www.raexpert.ru/rankingtable/?table\_folder=/insurance/2009\_1/tab26/ 27