Страхование как источник финансирования в здравоохранении: зарубежный и отечественный опыт

Оглавление

Введение

1. Зарубежные системы медицинского страхования

1.2 Формы организации финансирования здравоохранения зарубежных стран

1.3 Страхование как основа финансирования здравоохранения

2. Проблемы финансирования здравоохранения в Российской Федерации

2.1 Современное состояние российского здравоохранения

2.2 Принципы финансирования здравоохранения в Российской Федерации: добровольное и обязательное страхование

3. Направления совершенствования финансирования здравоохранения

3.1 Предпосылки реформирования системы здравоохранения в России

3.2 Направления совершенствования финансового обеспечения учреждений здравоохранения

Заключение

Список использованных источников

## Введение

С социально-экономической точки зрения медицинское страхование является одной из важных составляющих нормального функционирования национальных систем здравоохранения. Бесспорная актуальность рассматриваемой проблемы состоит в том, что в отличие от других вопросов страхования, медицинское является формой защиты от рисков, угрожающих самому ценному в личностном и общественном плане - здоровью и жизни человека. Медицинское страхование может быть добровольным и обязательным. В первом случае оно является подотраслью личного страхования граждан, а во втором - входит в систему социального страхования населения как обязательная форма.

Система социального страхования, особенно на современном этапе развития экономических отношений в России, призвана обеспечить социальную защиту граждан РФ в части обеспечения государством гарантий определенного уровня жизни, включая компенсации при утрате ими здоровья, тех или иных способностей.

Обязательное медицинское страхование должно регламентироваться законодательством по вопросам сферы его распространения, механизмов определения страховой суммы, порядка сбора и способа использования страховых фондов и т.д. это обязательно отражается на необходимости тщательной государственной регламентации. С другой стороны - страхование это элемент рыночных отношений с обязательными требованиями к рентабельности этой системы для обеспечения возможности расширенного воспроизводства. Тонкость сочетания элементов рыночности с элементами социальной защиты отражается на противоречивости процесса совершенствования отношений в этой сфере в России, что и обусловило актуальность темы курсовой работы.

Цель курсовой работы состоит в изучении организационно-экономического механизма финансирования здравоохранения в России и других странах.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

определить основные принципы финансирования здравоохранения в России;

проанализировать современное состояние сферы здравоохранения и основные тенденции развития;

определить какую роль играет страхование в системе финансирования России;

изучить российские и зарубежные системы страхования, выявить преимущества и недостатки;

изучить пути совершенствования финансирования здравоохранения в России.

Объектом курсовой работы является страхование как источник финансирования здравоохранения в России.

Предметом курсовой работы являются организационно-экономические отношения, возникающие при финансировании в сфере здравоохранения.

Методологической и теоретической основой курсовой работы являются:

а) системный подход к исследуемым процессам;

б) исследования ученых и специалистов в области финансирования здравоохранения;

в) практический опыт построения системы страхования в здравоохранении в России и зарубежных странах;

г) концептуальные подходы, реализуемые в законодательных и нормативных актах Российской Федерации, методических и аналитических документах органов государственного управления.

Информационной базой курсовой работы послужили справочно-статистические материалы Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России, Минфина России, официальные СМИ, аналитические отчеты, а также обобщенный практический опыт работы в этой сфере.

## 1. Зарубежные системы медицинского страхования

Принципиальные подходы к организации финансирования здравоохранения

Источниками финансирования национального здравоохранения в зарубежных странах обычно являются:

средства государственного и местного бюджетов;

фонд общеобязательного государственного социального медицинского страхования;

средства фондов добровольного страхования;

благотворительные взносы и пожертвования юридических и физических лиц;

средства накопительных фондов территориальных объединений и благотворительных фондов;

денежные средства, полученные за оказание платных медицинских услуг;

прочие источники, незапрещенные законодательством.

Исторически сложились три основные системы финансирования здравоохранения:

бюджетное здравоохранение, при котором обязанности по оплачиванию основных видов медицинской помощи возложены на государство;

страховое здравоохранение, при котором финансирующей стороной являются, в основном, работодатели, выплачивающие обязательные страховые взносы в соответствующие фонды;

частная платная система, при которой за любую медицинскую услугу пациент расплачивается за счет собственных средств в полном объеме после оказания ему этой услуги.

Обязательное медицинское страхование во многих развитых странах строится на общем принципе: богатый платит за бедного, здоровый - за больного. [[1]](#footnote-1)

Зарубежный опыт показывает, что для нормального развития рынка страховых услуг работать со средствами фондов обязательного медицинского страхования должны страховщики и учреждения здравоохранения. Отличительной особенностью медицинского страхования является специфический механизм финансирования здравоохранения, который базируется на открытости и множественности источников формирования страховых фондов.

А.С. Немченко, А.Л. Панфилова, журнал "Провизор", НФА Начало формы

Финансирование системы здравоохранения за рубежом строится на сочетании различных элементов с преобладанием той или иной формы. Большая часть медицинских услуг финансируется через обязательные формы медицинского страхования либо государством через бюджет.

Часть медицинских услуг оплачивается населением непосредственно либо через добровольное медицинское страхование. Конкретные инструменты финансирования здравоохранения достаточно разнообразны: цены, страховые премии по добровольному страхованию, взносы по обязательному медицинскому страхованию, бюджетные поступления.

Соотношение денежных потоков, идущих по этим четырем каналам, существенно различается по разным странам. Например, в Германии, здравоохранение которой основано на обязательном страховании, это соотношение складывается следующим образом: через платные услуги медицина получает около 5%, премии по добровольному страхованию - 10, обязательные страховые взносы - 75, налоги - 10% всех финансовых ресурсов.

В целом по ЕС расходы на медицинское обслуживание оставляют 9,5% к ВВП, достигая максимума в Швеции (11,5%) и Нидерландах (13,9%). В общих расходах на социальную защиту населения расходы на медицинское обслуживание составляют от 30 до 46%. [[2]](#footnote-2)

Страхование жизни в Российской Федерации и в зарубежных странах имеет одинаковую теоретическую и практическую основу. Однако истекшие десятилетия государственной монополии в страховании, сегодняшнее состояние экономики России и платежеспособного спроса юридических и физических лиц, а также отсутствие осознанных ими возможностей и необходимости страховой защиты имущественных интересов обусловливают современное состояние и развитие страхования в целом и страхования жизни в РФ, в частности. Этим объясняются некоторые отличия страхования жизни в экономически развитых зарубежных странах от этих видов страховой деятельности в России. [[3]](#footnote-3)

Таблица 1

Характер финансирования национальных систем здравоохранения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Страна | Источники финансирования здравоохранения | | | |
| субсидии государства (%) | взносы предпринимателей (%) | страховые взносы граждан (%) | прямые доплаты граждан (%) |
| 1. | Бельгия | 27 | 50 | 2 | 21 |
| 2. | Германия | 14,2 | 72,5 | 6,4 | 6,9 |
| 3. | Франция | 1,8 | 73 | 3,7 | 21,5 |
| 4. | Великобритания | 78 | 10 | 3,8 | 8,2 |
| 5. | Италия | 36,2 | 45,5 | 3,3 | 15 |
| 6. | Швеция | 71 | 18,4 | 2 | 8,6 |
| 7. | Швейцария | 34,7 | 28,7 | 16,6 | 20 |
| 8. | США | 41,8 | 1,2 | 30,8 | 26,2 |

## 1.2 Формы организации финансирования здравоохранения зарубежных стран

Рассмотрим показатели финансирования здравоохранения за рубежом и основные показатели развития системы здравоохранения.

Таблица 2

Показатели развития здравоохранения[[4]](#footnote-4)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Расходы на здравоохранение в% ВВП | Численность врачей | | Число |
| всего, тыс. человек | на 100 000  человек населения | больничных коек  на 100 000  человек населения |
| Россия | 3,6 | 702,2 | 494 | 1092 |
| Австрия | 5,1 | 29,2 | 354 | 771 |
| Бельгия | 6,3 | 46,0 | 443 | 535 |
| Болгария | 4,1 | 28,2 | 365 | 642 |
| Венгрия | 6,1 | 33,7 | 334 | 783 |
| Германия | 8,6 | 281,3 | 340 | 844 |
| Греция | 5,1 | 53,9 | 488 | 469 |
| Дания | 7,5 | 19,3 | 357 | 382 |
| Ирландия | 5,8 | 11,1 | 276 | 572 |
| Испания | 5,5 | 135,3 | 322 | 369 |
| Италия | 6,3 | 241,0 | 415 | 400 |
| Кипр | 3,9 | 2,0 | 237 | 341 |
| Латвия | 3,3 | 7,3 | 316 | 768 |
| Литва | 4,6 | 13,7 | 400 | 812 |
| Люксембург | 6,2 | 1,2 | 276 | 633 |
| Мальта | 7,0 | 1,3 | 324 | 464 |
| Нидерланды | 6,1 | 60,5 | 371 | 498 |
| Польша | 4,5 | 85,6 | 224 | 535 |
| Португалия | 6,7 | 35,2 | 335 | 375 |
| Румыния | 3,8 | 42,3 | 195 | 656 |
| Словакия | 5,2 | 16,9 | 313 | 701 |
| Словения | 7,1 | 4,6 | 231 | 480 |
| Великобритания | 6,9 | 126,2 | 213 | 390 |
| Финляндия | 5,7 | 16,6 | 319 | 690 |
| Франция | 7,7 | 203,5 | 338 | 748 |
| Чешская Республика | 6,8 | 36,4 | 355 | 838 |
| Швеция | 8,0 | 29,2 | 325 | 313 |
| Эстония | 4,1 | 4,3 | 321 | 582 |
| Мексика | 6,2 | 123,5 | 120 | 71 |
| США | 15,2 | 774,8 | 266 | 330 |
| Индия | 5,2 | 625,4 | 59 | 88 |
| Китай | 5,6 | 1868 | 145 | 234 |

Анализ развития систем здравоохранения показывает, что при доле расходов на здравоохранения существенно меньше всех стран, включая такие развивающиеся как Китай и Индия в России существенно выше показатели инфраструктуры: числа врачей и больничных коек, что автоматически означает низкий объем финансирования инфраструктуры в удельном весе, что не может не сказаться на состояние системы здравоохранения.

## 1.3 Страхование как основа финансирования здравоохранения

К началу прошлого столетия во многих странах мира были приняты законы о страховании работающих на случай болезни, инвалидности, старости, безработицы. Согласно этим законам в формировании страховых взносов помимо самих работников стали участвовать владельцы предприятий, выплачивавшие от 25 до 40%. Позднее в страховые фонды стали поступать субсидии и дотации государства.

Чем больше государство вносило средств в систему медицинского страхования, тем больше оно контролировало этот процесс.

В настоящее время система медицинского страхования введена в 25 странах, в которых проживает около 1 млрд. человек, что составляет около 18% населения земного шара. Можно выделить три наиболее распространенные системы медицинского страхования:

"замещающая" система в Германии - граждане могут выбрать государственную или коммерческую форму страхования;

"дублирующая" система в Великобритании и Испании - параллельное, конкурентное развитие обязательного государственного и частного медицинского страхования с правом их совместного использования;

"дополнительная" система Франции - используется гражданином вследствие неполного охвата всех слоев населения или неполным покрытием стоимости проводимого лечения со стороны государства.

Типичным представителем третьей модели, в котором финансирование здравоохранения происходит преимущественно за счет частного сектора, являются США.

Таким образом, каждая страна имеет специфическую систему финансирования здравоохранения. Это связано с национальным менталитетом, с конкретными условиями становления и эволюции данного общества.

Каждой системе страхования свойственны те или иные недостатки. "Замещающая" система страхования Германии дает возможность выбора между государственной и коммерческой формой страхования. Это способствует тому, что 10% богатых немцев не вносят свой вклад в государственную систему здравоохранения. А это нарушает один из принципов страхования, когда богатые платят за бедных, здоровые за больных. В то же время это создает более сильную конкуренцию между страховыми кассами, которая еще более усиливается из-за большого количества "больных касс".

Гонорарный метод оплаты врачей (оплата за услугу) нацеливает врачей на более дорогие методы лечения и его затягивание, так как каждое посещение и процедура дает врачу доход.

Однако гонорарный метод оплаты позволяет связать оплату с реально предоставляемым объемом услуг. С точки зрения пациентов, гонорарный метод дает определенную гарантию получения достаточного объема медицинских услуг. Известно, что финансирование здравоохранения за счет частного страхования приводит к исключению из этих систем значительной части населения, относящейся к группам высокого риска (17% США), а также бурному росту расходов, которые частные страховые компании не в состоянии контролировать. На сегодняшний день люди, имеющие страховку либо финансовые ресурсы, получают самое лучшее в мире медицинское обслуживание, в то время как наиболее нуждающиеся в нем - бедные слои населения, хронические больные, семьи с одним родителем - не получают даже основного лечения.

Несмотря на все отрицательные стороны американской системы здравоохранения, следует признать, что медицинское обслуживание (если оно доступно) в США самое лучшее в мире. Более того, больше половины финансирования мировых медицинских исследований осуществляется в США, и, как следствие, большая часть Нобелевских премий после Второй мировой войны была получена именно американцами.

## 2. Проблемы финансирования здравоохранения в Российской Федерации

## 2.1 Современное состояние российского здравоохранения

Отечественное здравоохранение в настоящее время находится в тяжелом положении. Показатели здоровья населения ухудшаются. В России сохраняется низкая рождаемость. Средняя продолжительность жизни граждан Российской Федерации ниже, чем в индустриально развитых странах. Остаются высокими показатели смертности в зрелом возрасте. Старая система здравоохранения уже не может обеспечить граждан доступной, бесплатной, квалифицированной медицинской помощью. Такое положение еще больше усугубляется кризисными явлениями в экономике страны.

В 2008 г. продолжился рост рождаемости, начавшийся с 2006 г. За 3 года коэффициент рождаемости увеличился почти на 19%, в том числе в 2008 г. - на 7%. Вместе с тем происходившие с того же 2006 г. позитивные изменения показателя смертности населения приостановились. Это связано с тем, что проект "Здоровье" вошел в число приоритетных, и его выполнение Президент страны взял под личный контроль. [[5]](#footnote-5)

Успех проводимых экономических преобразований в сфере здравоохранения, включая финансовое обеспечение отрасли, во многом зависит от решения ряда ключевых вопросов.

Прежде всего для успешного функционирования здравоохранения и возможности выполнения задач, возложенных на отрасль, необходимо решить вопрос, связанный с оценкой характера затрат на здравоохранение. Несмотря на предпринятые попытки осуществить экономическую реформу в отрасли, теоретические подходы к оценке роли и места здравоохранения в системе общественного воспроизводства во многом остались прежними. Не произошло переоценки роли и места здравоохранения в экономической системе. Это находит свое проявление главным образом в общем размере финансовых ресурсов, направляемых в сферу здравоохранения.

В России расходы на здравоохранение остаются по-прежнему не связанными с объективными потребностями воспроизводства населения. Подтверждением этого служит тот факт, что общая величина расходов на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту находится ниже необходимого уровня для оказания медицинской помощи в современных условиях. По оценкам Всемирной организации здравоохранения для нормального обеспечения воспроизводства рабочей силы на цели здравоохранения в современных условиях необходимо выделять не менее 6% валового внутреннего продукта. Минимальная величина средств, направляемых в отрасль, определяется условиями простого воспроизводства. Размер финансовых ресурсов, поступающих в сферу здравоохранения, должен обеспечить покрытие затрат, связанных с сохранением здоровья трудовых ресурсов как важного фактора производственного процесса. Таким образом, количественные параметры инвестирования средств в сферу здравоохранения объективно детерминированы. Поэтому общество не свободно в выборе масштабов вложений финансовых ресурсов в здравоохранение.

В ведущих зарубежных странах расходы на здравоохранение, независимо от применяемой модели финансового обеспечения отрасли, достигают большего удельного веса в ВВП, чем в Российской Федерации.

В этой связи дальнейшее проведение экономической реформы в здравоохранении, прежде всего, должно осуществляться в направлении теоретического переосмысления места и роли отрасли в экономической системе, а это, в свою очередь, должно повлиять на размер финансовых ресурсов, направляемых в отрасль.

В 2008 г., как и в предыдущем году, сохранялся высокий темп прироста финансирования здравоохранения из федерального бюджета: в номинальном выражении расходы выросли на 36% - со 169,8 млрд до 231,4 млрд руб. (в 2007 г. - на 33%). В реальном выражении увеличение составило 14,5%. Начавшийся финансовый кризис не сказался на размерах затрат на здравоохранение из федерального бюджета в 2008 г[[6]](#footnote-6).

Утвержденный бюджет на 2009 г. отразил достаточно оптимистичную позицию государства: ассигнования на здравоохранение запланированы в размере 272,2 млрд руб., что означает практически сохранение прошлогоднего уровня затрат в реальном выражении. А при утверждении в декабре 2008 г. Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2009 г.57 правительство продемонстрировало совершенно неоправданный оптимизм в отношении возможностей финансирования этой Программы за счет средств региональных бюджетов и платежей работодателей на обязательное медицинское страхование. Подушевой норматив затрат на предоставление бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год был увеличен в 1,7 раза - с 4,5 тыс. руб. в 2008 г. до 7,6 тыс. руб. в 2009 г. (табл.21). Такого роста затрат за 1 год трудно было бы ожидать даже при благоприятной экономической ситуации. В сложившейся бюджетной системе формальное увеличение данного норматива вряд ли оказало бы серьезное влияние на органы власти субъектов РФ, побуждая их к пересмотру бюджетных приоритетов в пользу здравоохранения. А в условиях вызванного кризисом сокращения доходов региональных бюджетов в 2009 г. такое решение девальвирует значимость проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В 2008 году основными доминантами изменений в системе здравоохранения были реализация Национального проекта "Здоровье", завершение пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, а также разработка новой концепции развития здравоохранения.

Национальный проект "Здоровье", первоначально рассчитанный на 2 года - 2006- 2007 гг., был продолжен в 2008 г. Но внимание к нему средств массовой информации резко ослабло после проведения президентских выборов. Размеры финансирования проекта из федерального бюджета уменьшились со 116,0 млрд руб. в 2007 г. до 100,2 млрд руб. в 2008 г. С учетом затрат из средств Федерального фонда ОМС и Фонда социального страхования общие расходы на проект составили 118,8 млрд руб. в 2008 г. по сравнению со 139,5 млрд руб. в 2007 г. [[7]](#footnote-7) Все это подтверждает, что проект преследовал прежде всего краткосрочные политические цели.

Таблица 3

Нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи, предусмотренные программами государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, руб. [[8]](#footnote-8)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нормативы затрат | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| На 1 вызов скорой медицинской помощи | 853,6 | 913,3 | 1064,0 | 1213,3 | 1710,1 |
| На 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации | 93,9 | 100,5 | 116,9 | 133,3 | 218,1 |
| На 1 койко-день в стационаре | 549,9 | 588,4 | 674,3 | 758,9 | 1380,6 |
| На предоставление бесплатной медицинской по мощи в расчете на 1 человека в год | 3157,0 | 3378,0 | 3951,7 | 4503,0 | 7633,4 |

В 2008 г. были практически прекращены закупки диагностического оборудования для амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальных образований и автомобилей скорой медицинской помощи, уменьшены расходы на иммунизацию населения. В итоге доля финансирования мероприятий в рамках приоритета "Развитие первичной медицинской помощи" резко уменьшилась - с 48,0 до 34,9%. Зато в 2008 г.6,5% бюджета проекта составили затраты на развитие новых высоких медицинских технологий, которые раньше в Национальный проект не включались, а финансировались по другим статьям федерального бюджета. Возросли расходы и на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, их доля увеличилась с 12,5 до 20,2%. В целом с учетом новых мероприятий в структуре Национального проекта заметно выросла доля расходов на развитие стационарной помощи - с 33,2 до 42,8%. В 2008 г. усилилось отставание темпов строительства новых центров высоких медицинских технологий от первоначальных планов.

Вместе с тем анализ содержания и реализации Национального проекта в прошедшем году позволяет констатировать: этот проект не в состоянии обеспечить существенное продвижение в решении коренных проблем российской системы здравоохранения. Плохие показатели здоровья населения, плохая защита населения от рисков затрат на лечение в случае заболеваний, неравенство в распределении бремени таких расходов и неравенство в доступности медицинской помощи между различными социальными и территориальными группами, низкая эффективность системы здравоохранения - решение этих проблем невозможно без масштабных преобразований в организации и финансировании здравоохранения. В Национальном проекте для этого недостаточно финансовых ресурсов и не предусматривается каких-либо крупных институциональных изменений.

В 2008 г. был завершен федеральный пилотный проект, проводившийся с июля 2007 г. в 19 субъектах РФ.

Пилотный проект включает 5 компонент:

переход к одноканальному финансированию - апробируется в 12 регионах из 19. В шести регионах апробируется использование "расширенных" тарифов оплаты медицинской помощи в системе ОМС. Если по общему правилу тарифы в действующей системе ОМС возмещают пять видов затрат ЛПУ - заработная плата, начисления на заработную плату, приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и расходы на питание пациентов, то "расширенные" тарифы - дополнительно и другие виды затрат;

внедрение федеральных стандартов медицинской помощи в механизмы финансирования ЛПУ апробировалось в 13 регионах;

новые механизмы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений апробировались в 10 регионах. В восьми из них - разные варианты организации внутрихозяйственных расчетов между отделениями внутри амбулаторно-поликлинических учреждений. Участковые врачи экономически стимулировались к увеличению объемов и качества оказываемой ими медицинской помощи и снижению направлений пациентов к узким специалистам и на госпитализацию. В Калужской области и в Хабаровском крае апробировались механизмы стимулирования амбулаторно-поликлинических учреждений к повышению эффективности лечения приписанного к ним населения и снижения обращения за оказанием амбулаторных услуг в других учреждениях;

реформирование систем оплаты труда проводилось в 13 регионах;

внедрение систем персонифицированного учета объемов оказанной медицинской помощи проводилось в 18 регионах.

Ход пилотного проекта подтвердил правильность выбора направлений апробации новых механизмов финансирования здравоохранения. Проект стимулировал субъектов РФ к выдвижению и апробации инициативных инноваций в механизмах финансирования здравоохранения. Проект продемонстрировал, что регионы могут самостоятельно разрабатывать и проводить институциональные преобразования по этим направлениям. В этом состоят несомненные позитивные результаты его реализации. Вместе с тем организация эксперимента имела существенные изъяны. Не было четкой постановки вопросов, на которые должен дать ответ эксперимент, не были сформированы альтернативные решения, которые в эксперименте должны были апробироваться. Фактически в ходе эксперимента проверялись возможности реализации предложенных самими регионами вариантов организации одноканального финансирования, построения тарифов в системе ОМС, финансирования первичного звена оказания медицинской помощи, систем оплаты труда медицинских работников, выяснялось, какие при этом возникают препятствия. Направления реформирования, выбранные в пилотном проекте, требуют значительно большего срока для их реализации. Результаты эксперимента недостаточны для решения задачи формирования более эффективной системы ОМС. Для этого требуются значительно более масштабные преобразования - повышение роли и расширение функций страховщиков, превращение их в реальных носителей финансовых рисков, кардинальное изменение механизмов оплаты медицинской помощи, преобразование системы договорных отношений с медицинскими организациями, формирование реальных оснований для конкуренции страховщиков и медицинских организаций и др.

## 2.2 Принципы финансирования здравоохранения в Российской Федерации: добровольное и обязательное страхование

Рассмотрим основные принципы в соответствии с которыми финансируется здравоохранение в России. В настоящее время для финансирования здравоохранения используются три основных модели:

Бюджетно-страховая модель. В рамках ее здравоохранение финансируется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Это наиболее распространенная модель. Она используется большинством развитых стран (Германия, Франция, Швеция, Италия и др.).

Бюджетная модель. Финансирование осуществляется главным образом за счет бюджетных средств (Великобритания).

Предпринимательская модель, в рамках которой финансовое обеспечение осуществляется за счет продаж населению медицинскими учреждениями медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования (США).

До 1991 г. в России в финансировании здравоохранения действовала бюджетная модель.

С введением обязательного медицинского страхования (ОМС) в финансировании здравоохранения в России появились новые источники. Таким образом, источниками финансовых ресурсов стали:

бюджетные средства;

взносы работодателей на ОМС;

средства населения;

средства ведомств и предприятий на содержание ведомственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Система финансового обеспечения здравоохранения, источники и направления их использования представлены в следующей схеме (рис.1).

Государственное финансирование здравоохранения обеспечивается за счет бюджетных средств и средств ОМС. Средства бюджетной системы: расходы на здравоохранение осуществляются из всех звеньев бюджетной системы.

За счет федерального бюджета финансируются крупнейшие медицинские центры, клиники, больницы федерального значения, научные учреждения, ведомственные медицинские учреждения.

Из региональных бюджетов финансируются республиканские, краевые, областные медицинские учреждения, противоэпидемиологические мероприятия и др.

Главным, наиболее весомым источником бюджетного финансирования здравоохранения являются местные бюджеты. По каналам этих бюджетов финансируется массовая сеть лечебно-профилактических учреждений - больниц, поликлиник, амбулаторий и т.д. Именно от состояния доходной базы местных бюджетов зависит уровень финансового обеспечения и состояния медицинского обслуживания населения. [[9]](#footnote-9)

Финансирование Программы государственных гарантий осуществляется из следующих источников:

средств бюджетов здравоохранения всех уровней;

средств фондов ОМС;

других источников поступления средств в здравоохранение. [[10]](#footnote-10)

Рис.1. Финансовое обеспечение здравоохранения[[11]](#footnote-11)

Источники финансовых ресурсов

Бюджетные средства

Взносы работодате-лей на ОМС

Средства населения

Средства ведомств на содержание ЛПУ

Финансовые ресурсы здравоохранения

Направления использования средств

Содержание ЛПУ

Содержание скорой медицинской помощи, санэпидемстанций и других учреждений

Содержание медицинских научно-исследовательских учреждений

Средства населения являются вторым по размеру источником финансирования здравоохранения.

Средства ведомств и предприятий - это третий существенный источник ассигнований, направляемых в здравоохранение. В настоящее время ведомствам и предприятиям принадлежит около 15% всех амбулаторных учреждений и 6% больниц, в которых находится 6% коечного фонда страны и работает 10% медицинских работников.

Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (далее - Закон РФ N 1499-1) [[12]](#footnote-12) к субъектам медицинского страхования относит граждан, страхователей, страховые медицинские организации и медицинские учреждения. Медицинское страхование позволяет гарантировать гражданину бесплатное предоставление определённого объёма медицинских услуг при возникновении страхового случая (нарушении здоровья) при наличии договора со страховой медицинской организацией. Последняя несёт затраты по оплате случая оказания медицинской помощи (риска) с момента уплаты гражданином первого взноса в соответствующий фонд. [[13]](#footnote-13)

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных источников, средств работодателей, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли. [[14]](#footnote-14)

Медицинское страхование в соответствии с указанными законами осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной.

По организационным, экономическим и правовым основам проведения обязательное медицинское страхование (ОМС) имеет черты государственного страхования:

в соответствии с законом о медицинском страховании ОМС охватывает все население страны и проводится на основе программ ОМС, которые гарантируют определенный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам;

формирование и использование средств специальных фондов ОМС осуществляется на основе законов РФ, ГК РФ при участии и контроле государства, специальных государственных органов управления (Федерального и территориальных фондов ОМС) этими средствами, находящимися в государственной собственности, а также субъектов данного вида страхования;

часть средств фондов ОМС формируется за счет местных бюджетов;

ОМС проводится страховыми медицинскими организациями (СМО) на некоммерческой основе.

Основная цель обязательного медицинского страхования (ОМС), состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставлении за счет сформированных финансовых ресурсов медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. С одной стороны, ОМС представляет собой финансовый инструмент, посредством которого формируются финансовые ресурсы, направляемые на медицинское обслуживание населения, а с другой ─ это составная часть государственного социального страхования. Схема сбора и капитализации финансовых ресурсов представлена на рисунке 4.

К настоящему времени структура обязательного медицинского страхования организационно оформилась во всех субъектах Российской Федерации. Договорами ОМС охвачено около 130 млн. (почти 90%) жителей страны, а его доля в финансировании здравоохранения, по расчетам специалистов составляет около 40%[[15]](#footnote-15). Кроме того, в секторе предоставления платных медицинских услуг работает добровольное медицинское страхование. Следовательно, с точки зрения финансовых отношений и социального обеспечения, российская система здравоохранения перестала быть государственной, приобретя черты страховой медицины. Однако полностью решить назревшие проблемы в сфере здравоохранения ей пока не удалось. Так, анализ статистических данных свидетельствует о негативной демографической ситуации в стране, увеличении заболеваемости, преждевременной смертности трудоспособного населения, увеличении уровня трудопотерь от заболеваний, травм, росте инвалидности. Смертность во многих регионах России превышает рождаемость, что приводит к естественной убыли населения, приближающейся к 1 млн. человек в год и выше аналогичного показателя стран Евросоюза в 2,5 раза. По продолжительности жизни мужчин наша страна занимает 134-е место, а женщин ─ 100-е место в мире[[16]](#footnote-16).

Добровольное медицинское страхование (ДМС), которое аналогично обязательному преследует ту же социальную цель - предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Вместе с тем это единое целеполагание достигается разными формами страхования и разными средствами:

добровольное медицинское страхование, в отличие от обязательного, носит характер коммерческого страхования;

ДМС обеспечивает гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных рамками бюджетного финансирования;

добровольное медицинское страхование использует принцип страховой эквивалентности, обеспечивающий застрахованному те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

С экономической точки зрения, добровольное медицинское страхование представляет собой механизм компенсаций гражданам расходов и потерь, связанных с реализацией медицинского риска.

Добровольное медицинское страхование служит дополнением к бесплатным формам обеспечения населения медицинскими услугами. ДМС стало первым видом страхования, который был освоен нашими страховщиками в период перестройки. 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. Свыше 90% средств дают коллективные полисы, тогда как страхование по индивидуальным полисам развивается медленно. Главная причина состояла в отсутствии долгое время налоговых льгот для индивидуальных клиентов. Общее число страхователей увеличивается в год примерно на 15%, однако не более 20% работающего населения имеют полисы ДМС. Поэтому перспективы роста оцениваются здесь достаточно высоко[[17]](#footnote-17).

На основании изложенного можно сделать вывод, что в России сформирована модель фрагментированного здравоохранения, включающего:

значительно различающиеся друг от друга по уровню развития и реальному наполнению государственных гарантий территориальные системы здравоохранения;

почти не взаимодействующие друг с другом государственную и частную системы оказания медицинской помощи; автономно функционирующие системы оказания первичной, специализированной амбулаторной и стационарной помощи, некомплексность лечебно-диагностического процесса;

вертикальные программы борьбы с отдельными заболеваниями, слабо взаимодействующие между собой.

Эта модель сохранится, если государство не предпримет решительных действий по реформированию здравоохранения. Социальные векторы развития государственной и частной систем здравоохранения в настоящее время разнонаправленны, и в перспективе мы можем получить модель социально дифференцированного здравоохранения, в которой сосуществуют государственная и частная системы оказания медицинской помощи, ориентированные на разные категории населения (государственная система - на бедных, частная - на богатых и средний класс), при этом каждая из систем является относительно замкнутой и предоставляет полный спектр видов помощи.

## 3. Направления совершенствования финансирования здравоохранения

## 3.1 Предпосылки реформирования системы здравоохранения в России

Главной целью реформирования здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

То, что российское здравоохранение требует увеличения государственного финансирования, совершенно очевидно. Надо решить задачи сокращения смертности, улучшения состояния здоровья населения. А для этого следует, во-первых, вкладывать в здравоохранение дополнительные деньги и, во-вторых, что еще важнее, преобразовывать правила финансирования здравоохранения и всю систему оказания медицинской помощи.

В феврале 2008 г. в Минздравсоцразвития России была создана большая комиссия по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 г. Для обсуждения проекта был открыт специализированный интернет-сайт http://www.zdravo2020.ru, и каждый желающий получил возможность внести свои предложения в проект будущей концепции. Одновременно в правительстве продолжалась работа над Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., которая была утверждена распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. В разделе "Развитие здравоохранения" данного документа и в проекте Концепции развития системы здравоохранения до 2020 г. в качестве приоритетных задач названы:

обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме, включая их конкретизацию и законодательное закрепление в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи и др.;

создание эффективной модели формирования финансовых ресурсов Программы государственных гарантий, включая переход на одноканальное финансирование оказания медицинской помощи на основе обязательного медицинского страхования (ОМС), установление федеральных требований к размеру взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

модернизация системы ОМС, включая формирование конкурентной модели ОМС с выбором страховщика и медицинской организации самим застрахованным и др. и т.д.

Альтернативой сложившемуся в России типу фрагментированного и социально дифференцированного здравоохранения является модель интегрированного здравоохранения, в которой:

государственная система сохраняет ориентацию на оказание медицинской помощи всему населению;

частная система дополняет государственную в предоставлении услуг за пределами гарантий и участвует в реализации государственных гарантий;

функционирование и развитие разных видов помощи, территориальных систем, государственной и частной систем являются взаимосвязанными и эффективно координируются государством и профессиональным сообществом.

Представляется целесообразным решить проблемы значительного неравенства в распределении бремени расходов на здравоохранение между группами с разным уровнем доходов (бедные вынуждены тратить на оплату лечения большую долю своих располагаемых ресурсов), больших различий в доступности медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов (жители села и малых городов имеют меньше возможностей получать специализированную амбулаторную помощь), для работающих граждан и пенсионеров (вторые имеют сравнительно худшие возможности прохождения обследований, вынуждены дольше ждать госпитализации).

Необходимо решение задачи сглаживания уровня финансового обеспечения медицинской помощи, бесплатное оказание которой гарантируется государством всем гражданам страны. Можно подчеркнуть высокую стоимость уже имеющихся стандартов (в 3-4 раза превышающей существующие затраты на лечение соответствующих заболеваний), остро проявившейся в ходе пилотного эксперимента, проведенного в сфере здравоохранения в 2007-2008 гг. Разработка медико-экономических стандартов, с одной стороны, должна учитывать реальные возможности увеличения государственного финансирования здравоохранения, а с другой стороны - служить основой для обоснования размеров этого финансирования и распределения ресурсов. Чтобы разрешить это противоречие, необходимо установить приоритеты в использовании стандартов в качестве основы для обеспечения гарантий оказания бесплатной помощи. То есть выделить круг заболеваний, наносящих наибольший ущерб здоровью общества (возможно, не только самых распространенных), по ним разработать стандарты и экономически обоснованные тарифы, обеспечить необходимые финансовые ресурсы по указанному перечню, в этой части деятельности ЛПУ исключить оказание платных услуг, наладить мониторинг реального выполнения гарантий, установить санкции к ЛПУ за нарушения запрета на оказание платных услуг и взимание неформальных платежей.

Реформирование механизмов оплаты труда в здравоохранении также является приоритетным направлением. Нужна стратегия действий в этой сфере, рассчитанная на перспективу. Можно отметить полное отсутствие механизмов стимулирования субъектов финансирования здравоохранения (органов управления здравоохранением на региональном и местном уровнях, страховщиков) к повышению эффективности и качества деятельности системы здравоохранения. Требует пересмотра распределение полномочий между уровнями власти в организации и финансировании здравоохранения. Назрела необходимость передачи ответственности на уровень субъекта РФ за финансирование оказания стационарной помощи. Это позволит ограничить масштабы финансово необеспеченных, а иногда и просто излишних мощностей, расширит возможности создания межрайонных центров специализированной помощи, создаст условия для преодоления дублирования деятельности государственных учреждений.

В проекте Концепции предлагается оплачивать из средств ОМС первичную медико-санитарную помощь на основании дифференцированных тарифов за посещение (в целях профилактики, лечения, активного или пассивного патронажа) с последующим переходом на подушевые нормативы на прикрепленное население. Предполагается устанавливать тарифы таким образом, чтобы на первом этапе стимулировать повышение профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи.

Такой подход скорее всего будет неэффективным. Необходимо решительно отказаться от показателя посещений врача в качестве единицы оплаты амбулаторных услуг и перейти на метод подушевого финансирования на прикрепленное население. Использование подушевого метода сразу же стимулирует к повышению профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи, что подтверждено опытом других стран и ряда российских регионов. Метод подушевого финансирования целесообразно сочетать с применением дополнительных механизмов стимулирования: стимулирующих доплат за достижение установленных показателей деятельности первичного звена, а также системы поликлиника-фондодержатель.

В целом можно сделать следующее обобщающее заключение: разработанные в правительстве концептуальные предложения по развитию здравоохранения пока носят слишком общий характер и не содержан коренных реформ финансирования здравоохранения.

## 3.2 Направления совершенствования финансового обеспечения учреждений здравоохранения

Реформа здравоохранения должна включать два основных блока - модернизацию системы финансирования и оптимизацию структуры здравоохранения (медицинской помощи и сети учреждений). Успех реформы зависит от координации шагов по этим двум направлениям. Реформа должна проводиться поэтапно с обязательным соблюдением темпа реформирования и вовлеченности в процесс реформирования всех субъектов системы, прежде всего, граждан и работников системы здравоохранения, включая ассоциации специалистов, работодателей, и соответствовать социально-экономическим преобразованиям в стране и ресурсным возможностям государства.

На основании исследованного материала следует сделать вывод, что совершенствование системы финансирования здравоохранения лежит в контексте роста объемов государственного финансирования в совокупности с привлечением частных средств при условии постановки зависимости объемов финансирования от качества оказываемых медицинских услуг.

Рассмотрим основные антикризисные мероприятия, направленные на повышение эффективности медицинского страхования в России.

Для обеспечения сбалансированности государственных гарантий и финансовых средств в системе ОМС необходимо увеличить размеры страховых взносов за работающих граждан (являющихся составной частью социального налога) и установить четкие требования к размеру взносов за неработающее население (уплачиваемых из региональных бюджетов).

Необходимо пересмотреть роли и взаимоотношения участников системы ОМС: страхователей работающего и неработающего населения, федерального и территориальных фондов, страховых компаний, медицинских организаций, застрахованных. Обновленная система ОМС должна быть более управляемой и более прозрачной. Права застрахованных должны быть расширены.

Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого - развивать конкурентную модель страхования - т.е. конкуренцию между страховщиками и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель "одного покупателя", в роли которого выступает либо государственный, либо частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

На какую из моделей ориентироваться в дальнейшем - зависит прежде всего от готовности государственных органов тратить больше или меньше политических и управленческих ресурсов для их внедрения, отладки, контроля. Пока наиболее реалистичным представляется выбор модели с одним покупателем для оплаты медицинской помощи, которая будет предусмотрена базовой программой ОМС, одинаковой для всех граждан. В тех же случаях, когда органы государственной власти, работодатели и граждане будут обращаться к дополнительным программам медицинского страхования, то их реализацию в комплексе с базовой программой ОМС уместнее предоставить частным страховщикам, конкурирующим друг с другом.

В финансировании медицинских организаций из государственных источников должен быть реализован принцип "деньги следуют за пациентом". Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений за результаты их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения. [[18]](#footnote-18)

Необходимо предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), т.е. являются максимально солидарными и регулируемыми. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, - тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое значение имеет также физическая доступность услуг, правом на которые обладает застрахованный.

Дополнительные программы целесообразно формировать прежде всего по наиболее обременительным для семейных бюджетов видам медицинской помощи, например лекарственной и стоматологической. Не только льготник, но и обычный гражданин может присоединиться к действующей программе льготного лекарственного обеспечения. Если развивать это обеспечение действительно по страховому принципу и с большим кругом участников (например, миллион человек застрахованных), то население получит право на пакет лекарственных средств стоимостью как минимум в три-четыре раза выше, чем размер страхового взноса.

В нормативно-правовых актах РФ необходимо закрепить ряд положений которые позволят:

обеспечить сбалансированность доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам в тех субъектах Российской Федерации;

сформировать законодательно закрепленные механизмы предоставления гражданам медицинской помощи в рамках Базовой программы ОМС;

обеспечить финансовую устойчивость системы ОМС на основе привлечения дополнительных финансовых средств и повышения уровня централизации средств ОМС;

повысить управляемость системой ОМС на основе четкого разграничения полномочий субъектов ОМС и конкретизации категорий застрахованных по ОМС;

оптимизировать сеть лечебно-профилактических учреждений посредством экономического стимулирования реформ в здравоохранении;

обеспечить равную доступность граждан к получению медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС;

повысить требования к организациям обязательного медицинского страхования;

обеспечить прозрачность финансовых потоков и рациональное использование ресурсов системы ОМС;

повысить доступность для населения информации о правах на медицинскую помощь, состоянии своего здоровья и сведений об объемах оказанной медицинской помощи и финансовых расходах за медицинские услуги в системе ОМС. [[19]](#footnote-19)

Контроль качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования должен будет проводиться организациями обязательного медицинского страхования, территориальными фондами ОМС, органами управлением здравоохранения и общественными организациями (Наблюдательным советом, профессиональными медицинскими ассоциациями) и осуществляться на основе стандартов медицинской помощи, разрабатываемых при участии фондов обязательного медицинского страхования, профессиональных медицинских ассоциаций, ассоциаций организаций обязательного медицинского страхования и утверждаемых в установленном порядке федеральным органом исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление здравоохранением.

Преобразование значительной части медицинских учреждений в государственные (муниципальные) некоммерческие организации, автономные некоммерческие организации позволит перейти от системы сметного финансирования ЛПУ к оплате за объемы медицинской помощи конкретному больному.

Внедрение медико-экономических стандартов медицинской помощи, определяющих социально приемлемый и технологически обоснованный минимум оказания медицинской помощи по каждому заболеванию, позволит оптимизировать расходы на программу ОМС, а также повысить эффективность использования финансовых средств системы ОМС.

Наряду с предлагаемой реструктуризацией систем обязательного медицинского страхования необходима реализация мер по стимулированию развития добровольного медицинского страхования как более солидарной формы оплаты дополнительных медицинских услуг по сравнению с их прямой оплатой. Несмотря на то, что законопроект не предусматривает возможности выхода застрахованных работающих граждан из общегосударственной системы обязательного медицинского страхования, при условии, что они, либо их работодатели, приобрели полис добровольного медицинского страхования, который соответствует определенным требованиям, данная проблема по-прежнему остается актуальной. [[20]](#footnote-20)

Следует также усовершенствовать систему финансового контроля и упорядочить систему отчетности. Наконец, следует создать механизмы арбитража и посредничества для разрешения конфликтных ситуаций между застрахованными гражданами, организациями обязательного медицинского страхования и поставщиками медицинских услуг. [[21]](#footnote-21) Необходимый импульс для ускоренного развития системы взаимного некоммерческого страхования в здравоохранении могут придать профсоюзы и работодатели, если возьмут на себя полную или частичную компенсацию затрат работника на оплату им членских взносов в ОВС. При этом личные затраты гражданина на некоммерческое страхование здоровья станут незначительными, а сумма страхового возмещения будет достаточной для поддержания, укрепления и восстановления здоровья.

Исследование организационного построения системы медицинского страхования, порядка формирования, распределения и использования финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования позволяет отметить следующее.

Система обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации демонстрирует сегодня разнообразные модели её организации. Так, определенная законом модель организации ОМС, включающая фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), на сегодняшний день функционирует лишь в трети субъектов РФ, в остальных действуют альтернативные варианты. Как свидетельствует практика, территориальные фонды ОМС широко используют создание своих филиалов, которые занимаются выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений. По расчетам специалистов, более чем в половине субъектов Российской Федерации такие организации действуют наравне со страховыми медицинскими компаниями, а в 20-ти субъектах РФ вообще отсутствуют.

В настоящее время Россия является единственной страной, где ресурсы, предназначенные для финансового обеспечения здравоохранения, проходят сначала через фонды обязательного медицинского страхования, а затем через страховые организации.

Следовательно, движение финансовых ресурсов в системе обязательного медицинского страхования проходит цикл перераспределения, в частности и через систему посредников, что приводит не только к отвлечению средств, но и к несвоевременному поступлению их в лечебно-профилактические учреждения, с задержкой, и исключает прозрачность финансовых потоков, затрудняя контроль за их распределением и использованием.

## Заключение

Несмотря на многообразие форм организации медицинской помощи, в настоящее время, по-видимому, нет ни одной страны, которая была бы полностью удовлетворена собственным здравоохранением.

Проанализировав ситуацию сложившеюся в сфере здравоохранения в мире можно сделать вывод, что в большинстве стран в качестве основного инструмента финансирования используют страхование.

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии получения медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств.

В настоящее время система российского здравоохранения находиться в глубочайшем кризисе. Проблемы в этой сфере обусловлены в основном недофинансированием из бюджета, нерациональным использованием ресурсов, устаревшей материально-технической базой, низкой заработной платой, структурными диспропорциями, устаревшие методами управления лечебными учреждениями.

Ключевой проблемой здравоохранения является недостаточность стимулов к повышению эффективности использования ресурсов, дефицит ответственности за состояние здоровья населения.

Средств бюджета и государственных внебюджетных фондов на нужды здравоохранения, несмотря на их ежегодный рост, не хватает для покрытия всех расходов на оказание медицинской помощи. Система ОМС остается малоэффективной в аспекте страховой защиты имущественных интересов граждан, связанных с расходами на лечение и восстановление здоровья. Нуждается в совершенствовании сложившийся порядок обязательного медицинского страхования. В этих целях необходимыми являются: повышение ответственности фондов обязательного медицинского страхования за результаты их деятельности, а также обеспечение прозрачности финансирования учреждений здравоохранения. Система страхования также должна быть подвергнута пересмотру в целях исключения дублирования финансирования учреждений в сметно-страховой системе.

Отдельные планы и программы развития, разработанные местными организациями, не содержат проработанного механизма реализации, что приводит к возникновению противоречий в системе целей и недостаточной обеспеченности ресурсами процесса управления развитием.

Для решения накопившихся проблем необходима комплексная диагностика основных направлений и результатов управленческой деятельности в социальной сфере, что обуславливает актуальность темы курсовой работы.

Важно четко осознать, что деятельность по реформированию здравоохранения - это не разовая акция и не проект, рассчитанный на один-два года. Реформа потребует длительной работы. Что-то нужно будет сделать сразу, а что-то придется долго настраивать по мере накопления реального опыта преобразований. В рамках обозначенной проблемы эволюции отечественной системы ОМС принципиальным вопросом является вопрос о том, будет ли действующая система ОМС сохранена с "косметическими" изменениями или продолжится ее качественное развитие.

Необходимо изменить систему приоритетов развития страны таким образом, чтобы здоровье и жизнь отдельного человека заняли в ней гораздо более высокое, чем сейчас, место. Укрепление здоровья должно рассматриваться в качестве ключевой задачи, ответственность за решение которой должны разделить государство, бизнес, гражданское общество, семья. По результатам исследования можно сделать вывод, о том что сам принцип финансирования здравоохранения выбран правильно. В развитых странах финансирование здравоохранения осуществляется именно с использованием добровольного и обязательного страхования. Главной проблемой российского здравоохранения является даже не то что эта сфера недостаточно финансируется - проблема заключается в том что здравоохранение финансируется неэффективно. По моему мнению, не следует менять сам принцип финансирования через страховые компании, который уже показал свою эффективность в развитых странах. Но в России этот метод не работает, и механизм работы системы страхования остается декларативным.

В России нет органов контролирующих использование средств фонда ОМС. Пациенты никак не могут повлиять на качество оказываемых им услуг, не могут самостоятельно выбирать не лечебные заведения, ни страховые компании. Зарплата врачей и другого медицинского персонала не зависит от того насколько качественно они выполняют свою работу. Для того чтобы изменить сложившеюся в здравоохранении ситуацию нет необходимости не увеличивать финансирование этой отрасли, так как это не повысит эффективности работы данной системы, не менять сам принцип финансирования через страхование, так как он эффективен. До тех пор пока качество услуг оказываемых здравоохранением не будет контролироваться самим населением, не будет эффективен никакой принцип финансирования. Таким образом, принцип построения системы финансирования российского здравоохранения аналогичен системе здравоохранения в Германии, Японии, но работает неэффективно по причине формального подхода к здравоохранению, как общества, так и государства.

Для решения этих задач целесообразно предпринять действия в следующих направлениях:

определение приоритетов в обеспечении гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

усиление регулирования условий оказания платных медицинских услуг;

улучшение лекарственного обеспечения для целевых категорий населения;

усиление регулирования ценообразования на лекарственные средства;

пересмотр распределения ресурсов в рамках федеральных и региональных целевых программ;

инициирование разработки в субъектах РФ планов первоочередных и среднесрочных мероприятий по повышению доступности медицинской помощи и формированию рациональной сети медицинских организаций;

повышение уровня концентрации финансовых ресурсов системы здравоохранения;

внедрение методов оплаты медицинской помощи и систем оплаты труда, стимулирующих повышение результативности деятельности медицинских учреждений.

## Список использованных источников

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Российская газета, N 237, 25.12.1993.
2. Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 29.12.2006)"О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" // Ведомости СНД и ВС РСФСР, 04.07.1991, N 27, ст.920.
3. Постановление Правительства РФ от 15.05.2007 N 286 (ред. от 30.04.2008)"О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год" // Собрание законодательства РФ, 21.05.2007, N 21, ст.2509.
4. Ананьева Е.А. Теоретические аспекты финансового обеспечения здравоохранения. // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях, 2007, N 8
5. Возможные пути развития законодательства в сфере медицинского страхования // Юридическая и правовая работа в страховании, 2005, N 4.
6. Джабазян Е. "Бюджетные учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение", 2006, N 9
7. Евгений Ясин, Лев Якобсон, Сергей Шишкин, Владимир Шевский, Игорь Шейман, Ярослав Кузьминов, Анатолий Вишневский. // Отечественные записки", № 2 (29), 2006 г.
8. Мохов А.А., Мелихов А.В. Деятельность по оказанию медицинских услуг // Медицинское право, 2006, N 2.
9. Самошкин А.А. Взаимное страхование - условие доступности медицинских услуг высокого качества. // По материалам сайта: http://www.zdravo2020.ru
10. Симоненко А.М. Совершенствование финансирования здравоохранения Российской Федерации // Медицинское право, 2005, N 1.
11. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы, 2008, N 10.
12. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. - М.: ВЛАДОС, 2006.
13. По материалам сайта: http://socpol. djem.ru/rus/
14. По материалам сайта: http://www.kremlin.ru/text/stcdocs
15. По материалам сайта: http://health. rin.ru/uni/text/pages/2777.html
16. По материалам сайта: http://strahovka123.ru/? page\_id=35
17. По материалам сайта: http://www.insmark.ru/med. htm
18. По материалам сайта: http://www.kongord.ru/Index
19. По материалам сайта: http://strahconsult.ru/vidy-straxovaniya/medicinskoe-straxovanie/

1. Мохов А.А., Мелихов А.В. Деятельность по оказанию медицинских услуг // Медицинское право, 2006, N 2. [↑](#footnote-ref-1)
2. По материалам сайта:http://strahconsult.ru/vidy-straxovaniya/medicinskoe-straxovanie/obyazatelnoe-medicinskoe-straxovanie-za-rubezhom.html [↑](#footnote-ref-2)
3. По материалам сайта: http://strahovka123.ru/?page\_id=35 [↑](#footnote-ref-3)
4. Россия и страны мира. 2006.: Стат.сб. - M., Росстат. 2006. С. 89. [↑](#footnote-ref-4)
5. По материалам сайта: http://socpol.djem.ru/rus/social\_policy\_research/analytics [↑](#footnote-ref-5)
6. Российская экономика в 2008 году тенденции и перспективы. – М., ИЭПП, 2009. с. 384 [↑](#footnote-ref-6)
7. Источник: данные Минздравсоцразвития РФ. [↑](#footnote-ref-7)
8. Источники: Постановления Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2004 г. № 690; от 30 декабря 2005 г. № 856; от 30 декабря 2006 г. № 885; от 15 мая 2007 г. № 286; от 5 декабря 2008 г. № 913. [↑](#footnote-ref-8)
9. Постановление Правительства РФ от 15.05.2007 N 286 (ред. от 30.04.2008) "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год" // Собрание законодательства РФ, 21.05.2007, N 21, ст. 2509. [↑](#footnote-ref-9)
10. Возможные пути развития законодательства в сфере медицинского страхования // Юридическая и правовая работа в страховании, 2005, N 4. [↑](#footnote-ref-10)
11. Симоненко А.М. Совершенствование финансирования здравоохранения Российской Федерации // Медицинское право, 2005, N 1. С.56 [↑](#footnote-ref-11)
12. Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 29.12.2006) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" // Ведомости СНД и ВС РСФСР, 04.07.1991, N 27, ст. 920. [↑](#footnote-ref-12)
13. По материалам сайта: http://www.insmark.ru/med.htm [↑](#footnote-ref-13)
14. Джабазян Е. "Бюджетные учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение", 2006, N 9 [↑](#footnote-ref-14)
15. Отришко М.О. Роль приоритетных национальных программ в решении проблем финансирования здравоохранения // Финансовая политика Российского государства в условиях экономических и социальных реформ: Сборник научных трудов. Вып. 5. Ростов н/Д: РГЭУ "РИНХ", 2008. С. 15. [↑](#footnote-ref-15)
16. По данным Министерства здравоохранения и социального развития [www.minzdravsoc.ru]. [↑](#footnote-ref-16)
17. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы, 2008, N 10 [↑](#footnote-ref-17)
18. Евгений Ясин, Лев Якобсон, Сергей Шишкин, Владимир Шевский, Игорь Шейман, Ярослав Кузьминов, Анатолий Вишневский. // Отечественные записки", № 2 (29), 2006 г. [↑](#footnote-ref-18)
19. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы, 2008, N 10. С.35 [↑](#footnote-ref-19)
20. Самошкин А. А. Взаимное страхование – условие доступности медицинских услуг высокого качества. // По материалам сайта: http://www.zdravo2020.ru [↑](#footnote-ref-20)
21. По материалам сайта: http://www.kongord.ru/Index/A\_tma\_04/oms-doclad.htm [↑](#footnote-ref-21)