ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

ГОУ ВПО "КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ"

Кафедра ФИНАНСОВ И КРЕДИТА

**СЕМЕСТРОВАЯ РАБОТА**

на тему:

Реформа системы обязательного медицинского страхования: возможности и проблемы реализации

Выполнила студентка группы Э - 063

Лопаткина О.К.

Проверил к. э. н., доцент

Соколовский М.В.

Кемерово 2010

План

Введение

Глава 1. Общие аспекты реформы системы обязательного медицинского страхования

Глава 2. Система обязательного медицинского страхования по состоянию на 2010 год

Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования

Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования

Контрольно-ревизионная деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования по информатизации и информационная безопасность

Совершенствование нормативно-правовой базы системы обязательного медицинского страхования

Заключение

Список использованной литературы:

## Введение

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось еще в XVIII - начале XIX вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. Сами рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи - предшественников больничных касс. Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге. И лишь с принятием Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г. можно начать говорить о развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране.

Обязательное медицинское страхование - составная часть системы социального страхования. Создание внебюджетных фондов (пенсионного, занятости, социального страхования, обязательного медицинского страхования) явилось первым организационным шагом в попытке реформирования системы социального страхования в России.

В результате реформы социального страхования при социально ориентированной рыночной экономике должны быть достигнуты следующие основные цели:

формирование различных видов социального страхования и разветвленной структуры его, позволяющей обеспечить застрахованным гражданам социальные гарантии;

построение страховых систем с учетом профессиональных и региональных особенностей, обеспечивающих точный расчет финансовых средств, достаточных для выполнения обязательств по конкретным видам страхования;

обязательное участие работающих во взносах по большинству видов социального страхования и повышение их ответственности за формирование условий своей жизни;

осуществление социального страхования структурами, не находящимся в непосредственном ведении государства;

развитие механизмов самоуправления и саморегуляции в страховых структурах.

Все вышеперечисленное можно отнести и к системе обязательного медицинского страхования. Конечно, сразу добиться осуществления данных целей очень трудно. Однако, несмотря на все проблемы, связанные с внедрением в России обязательного медицинского страхования, организационно эта система уже внедрена.

## Глава 1. Общие аспекты реформы системы обязательного медицинского страхования

Необходимость формирования новой нормативной правовой базы в области обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации становится все более актуальной задачей. Действующая система медицинского страхования не справляется с решением возложенных на нее задач улучшения состояния здоровья нации.

Все те принципы, которые были заложены в эту систему, в условиях дефицита средств просто не срабатывают:

по стимулированию врачей в оказании качественной и эффективной медицинской помощи;

не оказывают влияния на сдерживание неформальных соплатежей за медицинскую помощь;

не обеспечивают реализации прав граждан на выбор врача и лечащей организации в тех случаях, когда это действительно оправдано с медицинской и социальной точки зрения.

Более того, действующая система не способна обеспечить выравнивание финансовых условий в системе медицинского страхования. В региональном разрезе дефицит крайне неравномерно распределяется по регионам.

Таким образом, если не изменится движение финансовых потоков внутри системы обязательного медицинского страхования, то, даже при ликвидации дефицита системы в целом по стране, в разрезе отдельных субъектов Российской Федерации дефицит средств все равно сохранится.

В 2003 году была одобрена Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, в соответствии с которой разработан проект федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Новая схема организации финансирования обязательного медицинского страхования, которая заложена в рассматриваемом проекте закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", позволяет решать две существенные проблемы.

Первая - это проблема большей централизации средств в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования для обеспечения необходимой помощи регионам, где существует дефицит средств на финансирование медицинского страхования, за счет единого социального налога, поступающего в фонды медицинского страхования, и на помощь регионам, которые не в состоянии уплачивать взносы за неработающее население в полном объеме.

Вторая проблема, которую решает вышеназванный законопроект, - это создание более действенной системы стимулов и санкций для субъектов Российской Федерации по уплате из своих бюджетов страховых взносов за неработающее население.

В этой системе несколько изменяется движение средств в территориальные фонды медицинского страхования и поступлений из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поскольку помимо взносов субъектов Российской Федерации предусмотрено софинансирование обязательного медицинского страхования неработающего населения из средств федерального бюджета, направляемых в территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

В такой системе территориальный фонд обязательного медицинского страхования в каждом субъекте Российской Федерации аккумулирует средства, достаточные, чтобы профинансировать все обязательства системы.

Законопроектом предполагается введение публично-правового характера отношений между организацией обязательного медицинского страхования и территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

В рамках взаимоотношений организаций обязательного медицинского страхования и медицинских организаций внесена корректировка прав и обязанностей сторон, внесены нормы, которые связаны с введением персонифицированного учета в Пенсионном фонде, и введены дополнительные нормы, направленные на ужесточение контроля со стороны организаций обязательного медицинского страхования, территориальных фондов ОМС, органов управления здравоохранением и общественных организаций (Наблюдательного совета, профессиональных медицинских ассоциаций) за качеством оказанной помощи, защитой интересов застрахованных, соблюдением нормативов оказания лечебной помощи.

Дополнительные меры, которые заложены в проекте федерального закона, позволят консолидировать информационную базу. В существующей системе медицинского страхования информация о застрахованных гражданах оказывается распределенной по территории страны. Каждый территориальный фонд обязательного медицинского страхования обособленно ведет свой регистр застрахованных граждан, что существенно затрудняет учет застрахованных при их перемещении.

Реализация заложенных в проекте федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" положений позволит:

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

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.

Важным направлением реформы обязательного медицинского страхования должна стать последовательная реструктуризация системы оказания медицинской помощи, а именно:

изменение статуса значительной части медицинских учреждений, преобразование их в государственные (муниципальные) некоммерческие организации, обладающих большей самостоятельностью и гибкостью в использовании ресурсов, но получающих эти ресурсы не за факт своего существования, а за результаты своей деятельности и одновременно являющихся более прозрачными для государства и общественности;

внедрение стандартов (протоколов лечения) медицинской помощи, определяющих социально приемлемый и технологически обоснованный минимум оказания медицинской помощи по каждому заболеванию;

определение единого тарифа страхового взноса за неработающих граждан в размере, обеспечивающем выполнение обязательств государства в рамках базовой программы ОМС по оказанию бесплатной медицинской помощи;

введение порядка расчета величины страховых взносов (платежей) на основе их концентрации от всех страхователей в фондах ОМС и распределения в соответствии с подушевым нормативом;

перемещение части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап, что приведет к снижению потребности в больничных койках и позволит освободиться от излишних медицинских зданий;

первоочередное развитие первичной медико-санитарной помощи, по принципу общих врачебных практик, на уровне которых может начинаться и заканчиваться лечение 80-90% случаев заболеваний. Для этого важно обеспечить приоритет данного сектора при распределении ресурсов здравоохранения;

регулирование порядка получения населением медицинской помощи, направленное на устранение нерационального потребления медицинских услуг (например, консультация специалиста только по направлению врача первичного звена).

## Глава 2. Система обязательного медицинского страхования по состоянию на 2010 год

В системе обязательного медицинского страхования по состоянию на 1 января 2010 года осуществляли деятельность Федеральный фонд и 84 территориальных фондов обязательного медицинского страхования, 107 страховых медицинских организаций, имеющих статус юридического лица, и 246 филиалов страховых медицинских организаций, 8142 самостоятельные медицинские организации.

Численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, составила 142,3 млн. человек, в том числе 58,8 млн. работающих граждан, застрахованных 9 млн. работодателей, и 83,4 млн. неработающих граждан.

Структура системы обязательного медицинского страхования в 2009 году представлена на рисунке 1.

Рисунок 1

В системе обязательного медицинского страхования на 1 января 2010 года застраховано 142,3 млн. человек, что на 382 300 (0,3%) человек меньше, чем на 1 января 2009 года. Снижение численности застрахованных граждан произошло в результате актуализации базы данных.

Из общей численности застрахованных граждан 139,6 млн. человек (98,1%) обеспечены страховыми медицинскими полисами.

В структуре застрахованных граждан на основании договоров обязательного медицинского страхования работающие граждане составили 41,4%, неработающие граждане -58,6%, из них дети до 18 лет - 26,7 млн. человек, или 18,8%.

Страхование граждан в основном осуществлялось страховыми медицинскими организациями: 139 млн. человек, или 97,7% от общей численности застрахованных граждан.

## Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования

В 83 субъектах Российской Федерации и г. Байконур были сформированы территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 году.

Расчетная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования (с учетом районных коэффициентов, федерального подушевого норматива финансового обеспечения за счет средств обязательного медицинского страхования - 4 059,6 рублей, численности застрахованного населения на 01.01.2009 - 142,6 млн. человек) составляет 669 253,88 млн. рублей.

Утвержденная стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации, по предварительным данным, составляет 529585,65 млн. рублей.

## Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования

Во всех субъектах Российской Федерации и г. Байконуре продолжено проведение мониторинга по защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

В территориальные фонды обязательного медицинского страхования, их филиалы и страховые медицинские организации поступило от граждан 15,8 млн. обращений, из них 38900 - обоснованные жалобы (0,2% от общего числа обращений).

По обоснованным жалобам сложилась следующая структура:

взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе обязательного медицинского страхования - 32,0%;

организация работы медицинских организаций - 20,0%;

лекарственное обеспечение *-* 13,5%;

отказ в оказании медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию - 10,3%;

качество медицинской помощи - 7,4%;

прочие причины- 16,8%.

Одним из основных разделов работы по защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования является организация и проведение контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования, этапами которого являются: медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи.

## Контрольно-ревизионная деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведены контрольные мероприятия в субъектах Российской Федерации. Основными нарушениями являются:

расчет дифференцированных подушевых нормативов осуществляется на численность проживающего населения, а не застрахованного (Хабаровский край);

не применяются "корректирующие коэффициенты" при финансировании страховых медицинских организаций (Республика Хакасия, Кемеровская область);

применение коэффициента предыдущих затрат для страховых медицинских организаций (Ханты-Мансийский автономный округ);

расчет финансирования без учета всех поступлений (сумм штрафных санкций по взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, средств субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования) и фактических расходов на содержание территориального фонда (Псковская и Иркутская области).

Кроме того, в ряде субъектов Российской Федерации выявлены факты:

оплаты территориальными фондами счетов медицинских организаций за медицинскую помощь, оказанную незастрахованному населению или гражданам, на которых не заключен договор обязательного медицинского страхования (Хабаровский край, Ростовская область);

финансирования страховых медицинских организаций на обязательное медицинское страхование при отсутствии дифференцированных подушевых нормативов, исходя из потребности в средствах, необходимых для оплаты счетов медицинских учреждений за оказанную медицинскую помощь в ходе проверок прошлого года были зарегистрированы всего в двух территориальных фондах (Архангельская область и Ненецкий округ);

оплаты изделий медицинского назначения и лекарственной продукции, расходуемой медицинскими учреждениями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования или страховыми медицинскими организациями по договорам с поставщиками с последующим уменьшением финансирования медицинских организаций (Орловская и Ростовская области, Хабаровский край, Республики Коми и Хакасия).

## Деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования по информатизации и информационная безопасность

Основными направлениями деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования по информатизации в 2009 году являлись:

проведение работ по организации единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования, созданию и развитию Государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, обеспечению регулярного обмена данными между участниками обязательного медицинского страхования, в том числе:

развитие информационной инфраструктуры системы обязательного медицинского страхования;

продолжение проектирования, создания и развития прикладных информационных систем;

промышленная эксплуатация Унифицированной системы сбора и обработки информации Федерального фонда обязательного медицинского страхования, отраслевой информационно-справочной системы с доступом через сеть Интернет, сопровождение портала системы обязательного медицинского страхования;

организация технической поддержки лицензионного общесистемного программного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования;

информационное и нормативно-методическое обеспечение реализации Федеральных законов, нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В рамках проектирования, создания и развития прикладных информационных систем продолжалось создание Единой интегрированной системы сбора и обработки отчетной информации - многоуровневого территориально-распределенного программного комплекса, охватывающего субъекты информационного пространства системы обязательного медицинского страхования и предназначенного для консолидации и анализа информационных ресурсов, характеризующих функционирование системы обязательного медицинского страхования.

В 2009 г. завершена разработка технического проекта Единой интегрированной системы сбора и обработки информации и создана 1-я очередь системы, в рамках которой были консолидированы данные, поступающие от основных прикладных информационных систем Федерального фонда обязательного медицинского страхования в едином хранилище, допускающем самостоятельную аналитическую обработку информации сотрудниками подразделений Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Работа Федерального фонда обязательного медицинского страхования по информационной безопасности в 2009 году проводилась по следующим направлениям:

совершенствование нормативно-методического обеспечения системы обязательного медицинского страхования по вопросам организации информационной безопасности в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

разработка и реализация комплексной системы мероприятий по технической защите конфиденциальной информации Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

организация обработки персональных данных в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования в соответствии с требованиями федеральных законов от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации", от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", от 19.12.2005 №160-ФЗ "О ратификации Конвенции Совета о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных", от 10.01.2002 № 1-ФЗ "Об электронной цифровой подписи", а также нормативных документов Мининформсвязи России, ФСБ России и ФСТЭК России;

организация конфиденциального делопроизводства в системе обязательного медицинского страхования;

организация и осуществление защищенного электронного документооборота между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и остальными участниками системы обязательного медицинского страхования по сети ViPNet № 554;

сопровождение работ по вводу в промышленную эксплуатацию удостоверяющего центра электронной цифровой подписи в автоматизированных информационных системах единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования и последующего осуществления его функционирования;

## Совершенствование нормативно-правовой базы системы обязательного медицинского страхования

В 2009 году Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществлял подготовку 12 законопроектов, 8 проектов постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации, более 300 приказов и распоряжений.

Продолжалась подготовка и утверждение нормативных правовых документов, направленных на развитие и модернизацию системы обязательного медицинского страхования, в том числе:

по предложению Федерального фонда обязательного медицинского страхования внесены изменения в Федеральный закон "Об актах гражданского состояния", позволяющий получать в системе обязательного медицинского страхования ОМС информацию от органов ЗАГС о регистрации смерти и рождении с целью своевременной актуализации информации;

приняты изменения в Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования в части наделения Федерального фонда обязательного медицинского страхования правом осуществлять защиту информации ограниченного доступа;

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования о межтерриториальных расчетах, устанавливающий источник финансирования по межтерриториальным расчетам, условия их осуществления, а также форматы, структуры и порядки ведения реестров и соответствующих актов сверки;

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования об обеспечении информированности прав граждан при получении медицинской помощи по программе ОМС, предусматривающий унификацию подходов к обеспечению информированности со стороны территориальных фондов и страховых медицинских организаций;

В установленные сроки принимались нормативные правовые документы, обеспечивающие реализацию нацпроекта "Здоровье".

## Заключение

Актуальность проблемы модернизации обязательного медицинского страхования обусловлена самим ходом исторического развития системы здравоохранения. Следует подчеркнуть, что для гармонизации обязательного, добровольного медицинского и "лекарственного" страхования предварительно требуется совершенствование государственного регулирования правовых, экономических, организационных отношений в сфере производства, продажи, потребления платных медицинских услуг населению.

Мировой опыт финансирования здравоохранения свидетельствует о том, что нет ни одной экономически развитой страны, которая не использовала бы в той или иной форме рыночные, конкурентные страховые модели (методы) финансирования медицинской помощи, предоставление которой гражданам гарантированно государством на бесплатной основе.

История использования страховых принципов оплаты гарантированной Государством медицинской помощи гражданам насчитывает более 150 лет, и тенденций на отказ от этих принципов нигде не замечено.

Более чем пятнадцатилетний опыт реализации страховых принципов оплаты медицинской помощи в Российской Федерации является тому подтверждением. Главные подходы, которые нужно решать в любом деле это - последовательность, комплексность, системность и завершенность. Это и есть основные вехи системы, на которых происходят основные сбои в управлении.

## Список использованной литературы:

1. Кравченко Н.А. Реформа обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации глазами страховщика. // Экономика здравоохранения. - № 8. - 2008. - c.18-22.
2. Комаров Ю.М. Организация медицинского страхования в России и за рубежом. // Вестник государственного страхования. - №9. - 2005. - с.16-23.
3. Кузнецов А.В. Реформа системы обязательного медицинского страхования на современном этапе. // Современные аспекты экономики. - №8. - 2007. - c.33-36.
4. Татарников М.А. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения. // Экономика здравоохранения. - № 3-4. - 2006. - c.55-59.
5. Эстрин В. ОМС и реформа здравоохранения. // Атлас страхования. - № 4. - 2006 - c.47-49.