**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Введение | 3 |
| 1. | Система обязательного медицинского страхования | 5 |
| 1.1. | Модели системы ОМС | 8 |
| 1.2. | Расчет и использование фонда медицинского страхования | 14 |
| 2. | Развитие медицинского страхования в России | 31 |
| 3. | Проблемы обязательного медицинского страхования в России и пути их решения | 39 |
|  | Заключение | 44 |
|  | Список литературы | 46 |
|  | Приложения | 47 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Современный этап развития в России общественных отношений, представляющий в перспективе более широкие возможности выбора путей удовлетворения потребностей населения, ставит многие сложные проблемы. Одна из них связана со здравоохранением. Общая оценка состояния общественного здоровья населения России весьма неблагоприятна и указывает на серьезное неблагополучие, которое может привести к ухудшению качества жизни населения и ограничению его созидательного участия в улучшении социально-экономической ситуации в стране.

В условиях, когда в результате углубления рыночных реформ явно видно социальное и имущественное расслоение общества, потребовалась разработка четкой концепции социальной и медицинской защиты.

В своей работе я хотела бы остановиться на наиболее основной части данной концепции: обязательном медицинском страховании граждан России, а также рассмотреть проблемы, связанные с разработкой и внедрением данной системы в России.

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 системы социального страхования при социально ориентированной рыночной экономике должны быть достигнуты следующие основные цели:

1. формирование различных видов социального страхования и разветвленной инфраструктуры его, позволяющей обеспечить застрахованным гражданам социальные гарантии;
2. построение страховых систем с учетом профессиональных и региональных особенностей, обеспечивающих точный расчет финансовых средств, достаточных для выполнения обязательств по конкретным видам страхования;
3. обязательное участие работающих во взносах по большинству видов социального страхования и повышение их ответственности за формирование условий своей жизни;
4. осуществление социального страхования структурами, е находящимися в непосредственном ведении государства;
5. 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.

**1. СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В мировой практике организации медико-санитарного обслуживания сложились три 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. Частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в индивидуальной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах. 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.

В настоящее время в России предпринимается попытка перехода от государственной (бюджетной) системы финансирования медицинской помощи к финансированию через систему обязательного медицинского страхования [16, c.8].

***Обязательное медицинское страхование (ОМС)*** должно обеспечить всем гражданам нашей страны независимо от пола, возраста, социального положения, уровня доходов и т.п. равные возможности в получении определенного уровня медицинской помощи.

Говоря о системе медицинского страхования, необходимо различать добровольное и обязательное медицинское страхование, так как последнее является частью социального страхования и финансируется за счет целевого налогообложения, включаемого в себестоимость продукции, и платежей из бюджета, а добровольное медицинское страхование финансируется за счет прибыли работодателей или личных средств граждан [16, c.9].

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.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание лечебно-диагностических услуг при возникновении страхового случая. Экономическая база медицинского страхования - априорно формируемый фонд денежных средств, из которых оплачиваются услуги.

Величина разового страхового взноса зависит от состояния здоровья страхуемого и его возраста, детерминирующих вероятность заболевания в тот или иной период жизни пациента. Учитываются также динамика и степень влияния неблагоприятных факторов окружающей среды (производственных и бытовых условий, экологической обстановки и т.д.), особенности образа жизни страхуемого (курение, злоупотребление спиртными напитками, занятие спортом и т.д.).

В более широком смысле страховая медицина 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.

При обязательном страховании организационно закрепляется статус территориального аккумулирования средств и ресурсов в страховых фондах, определяются условия и порядок финансирования лечебно-профилактической помощи. Система страховой медицины предусматривает административно-хозяйственую самостоятельность лечебно-профилактических учреждений, бездифицитность их финансирования и обеспечения социальных гарантий при оказании услуг социально незащищенных слоев населения.

Роль центральной финансирующей организации в страховой медицине начинают выполнять территориальные фонды обязательного медицинского страхования как экономически самостоятельные некоммерческие структуры. Они вступают в правовые и финансовые отношения либо с гражданами (физическими лицами), либо с предприятиями, учреждениями, организациями (юридическими лицами, страхователями), страховыми организациями, а также объектами здравоохранения. При этом территориальные фонды контролирует объем и качество предоставляемой медицинской помощи.

Все хозяйственные органы, находящиеся на территории, непосредственно участвуют в формировании территориального фонда, а местные органы власти выступают в качетсве страхователей неработающей части населения, проживающего не этой территории. Финансирование медицинской помощи неработающего населения осуществляется за счет местного бюджета.

Взаимоотношения между страхователем и страховой медицинской организаций реализуются через страховые взносы. По обязательному медицинскому страхованию они устанавливаются как ставки платежей в размерах, покрывающих затраты на выполнение программ ОМС и обеспечивающих рентабельную деятельность страховой медицинской организации.

Обязательное медицинское страхование строится на системе договоров между субъектами страхования, отражающих права, обязанности и, что наиболее важно, ответственность сторон. Пациент получает возможность выбора независимого защитника своих интересов при получении медицинской помощи (Приложение 1).

Каждому застрахованному или страхователю в порядке, установленном договором обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организацией выдается страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования. На территории Российской Федерации действует страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования единого образца (Приложение 2).

Немаловажным фактором является создание основы системы обязательного медицинского страхования на уровне субъекта Российской Федерации, что позволит урегулировать взаимоотношения “центра” и “регионов” в отношении разделения полномочий в системе здравоохранения, а на территориальном уровне осуществлять выравнивание финансовых средств территорий, необходимых для реализации программ обязательного медицинского страхования.

Основной смысл проводимых в здравоохранении преобразований заключается в создании медицинских услуг, при соблюдении принципа общественной солидарности и удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи.

***1.1. МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ОМС***

Система ОМС очень многолика, многофакторна и сложна, т.к. ее инфраструктура вбирает огромный спектр политических, социальных и экономических проблем, и каждая из этих моделей может иметь несколько типов реализации, зависящих от вариантов финансового взаимодействия подсистем, входящих в систему ОМС, наличия связей различного характера между ними, влияния подсистем на обеспечение государственной политики в деле внедрения системы ОМС [10, С. 39].

Базисом каждой модели системы ОМС является порядок движения финансовых средств от страхователя в медицинские учреждения на возмещение затрат последних за оказанную медицинскую помощь при наступлении страхового события.

Законодательной базой предусмотрено три варианта движения финансовых средств. Для первого варианта характерно движение финансового потока от Территориального фонда ОМС через страховые медицинские организации в медицинские учреждения.

При втором варианте финансовый поток как бы разделяется, финансирование медицинских учреждений осуществляется и через страховые медицинские организации, и непосредственно территориальным фондом. Всеобщность страхования обеспечивается филиалами территориальных фондов.

При третьем варианте финансирования медицинских учреждений осуществляется только территориальным фондом. Функции страховщика при этом выполняют филиалы территориальных фондов ОМС.

Таким образом, движение финансовых потоков предопределяется функционально-организационной структурой системы ОМС. Изменение организационной подсистемы ОМС - Территориального фонда в дальнейшем предопределяет движение финансовых средств по двум вариантам. Страховые взносы могут перечисляться страхователем на счет исполнительной дирекции территориального фонда (1.2.1.1; 1.2.1.2; 1.2.1.3) или счета филиалов фонда (1.2.2.1; 1.2.2.2; 1.2.2.3; 1.2.2.4; 1.2.2.5) (схемы 1; 2).

Сложившийся на различных территориях многообразный порядок финансового взаимодействия в системе ОМС определяет основу модели системы ОМС.

В части субъектов Федерации в настоящее время созданы модели системы ОМС, которые целесообразно подразделить на две группы:

1. Модели, в структуре которых нет филиалов Территориального Фонда (1.1.1.1).

2. Модели, в структуре которых филиалы Территориального фонда имеются (1.2.1.).

Следующей функционально-организационной подсистемой, при условии строгого соблюдения антимонопольных мер предопределяющей модель системы ОМС, являются страховые медицинские организации (СМО). Включение их в систему ОМС обеспечивает последовательную реализацию грамотной государственной политики в деле охраны здоровья населения. СМО, выступая в договорах в интересах застрахованных, контролируют объемы и качество предоставляемой медицинской помощи, активно влияют на преобразование и упорядочение деятельности лечебно-профилактических учреждений. Денежные средства от Территориальных фондов на финансирование территориальной программы ОМС могут перечисляться на счет головной СМО или на счета филиалов, что приводит к формированию моделей системы ОМС [схема 3], причем каждый из представленных ранее типов моделей 1.2.1.1; 1.2.1.2; 1.2.1.3; 1.2.2.1; 1.2.2.2; 1.2.2.3; 1.2.2.4; 1.2.2.5. может трансформироваться по одному из вариантов, приведенных на схеме 3.

Однако в силу различных обстоятельств на некоторых территориях России (например, Калужская область) формируется централизованная структура государственной системы ОМС с монопольным правом обязательного медицинского страхования, принадлежащим территориальному фонду, СМО к участию в ОМС не допускаются, в этих случаях формируются модели, представленные на схеме 4 (1.3.1; 1.3.2; 1.3.3). Такие модели не соответствуют идеологии страхового дела, так как территориальный фонд начинает выполнять две группы функций: “свои”, предусмотренные Положением о Территориальном фонде, и функции СМО, что вызывает сомнение в легитимности действий в связи с отсутствием лицензии Росстархнадзора на занятие страховой деятельностью.

При большой протяженности территории, наличии разветвленной сети банков и открытии счетов исполнительной дирекции фонда, филиалов фонда, головной СМО и филиалов СМО в различных банках передвижение финансовых средств вследствие увеличение пути продвижения замедляется, а в условиях инфляции это приводит к обесцениванию денежных средств.

Подсистемы ОМС взаимодействуют через различные связи: прямые, обратные, нейтральные, горизонтальные и вертикальные. Если функционально-организационную структуру системы ОМС можно рассматривать как базис типа модели, то связи между подсистемами являются “идеологической надстройкой”

Первостепенная роль в формировании модели системы ОМС принадлежит месту, занимаемому Территориальным фондом в системе ОМС. Иногда фонд теряет свою самостоятельность, уступая бразды правления страховой медицинской организации или, что встречается реже, органу управления здравоохранением.

В таких условиях формирование модели системы ОМС происходит по типу: 1) фонд (ф), 2) орган управления здравоохранением (ОУЗ), 3) страховая медицинская организация (СМО).

Осуществляется это через прямую сильную вертикальную связь, идущую от органа власти (администрации) территории или правления территориального фонда, т.е. органов, уполномоченных управлять территориальным фондом.

Если стилизовать и обобщить все приведенные модели системы ОМС, то влияние идеологической надстройки на тип модели можно представить схемой 5.

Наименьшей финансовой устойчивостью, как правило, обладает модель “Орган управления здравоохранением”, т.к. технология внедрения системы ОМС преследует интересы органа управления здравоохранением территории: за счет средств ОМС решаются проблемы бюджетного финансирования: включение в Территориальную программу объемов и видов медицинской помощи, которые должны финансироваться из бюджета, приобретение дорогостоящего оборудования, транспорта, обеспечение целевых программ, включение в себестоимость медицинских услуг, оказываемых в рамках программы ОМС, практически всех затрат по статьям сметы.

В 1996 году на территориях 29 субъектов РФ ОМС полностью соответствует законодательной модели. Цепочка финансового обеспечения субъектов выстраивается от территориального фонда ОМС через СМО. СМО финансируются территориальным фондом по числу застрахованных граждан в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами. Страховая медицинская организация в свою очередь производит расчет с медицинскими учреждениями, используя различные способы оплаты, контролирует качество медицинской помощи и защиту прав застрахованных.

21 субъект РФ использует смешанную модель ОМС. При недостаточности страховых медицинских организаций филиалы территориальных фондов также проводят обязательное медицинское страхование. При этом обеспечение всеобщности страхования остается за филиалами территориальных фондов, которые также финансируют оказание медицинской помощи населению (например, в Ростовской области 8 лицензированных СМО, 6 из них участвуют в ОМС, но 30% населения страхуется филиалами территориального фонда).

В 24 субъектах РФ функции страховщика выполняют только филиалы территориальных фондов ОМС (например, Саратовский областной фонд ОМС, несмотря на наличие 14 лицензированных страховых организаций, или Рязанский, где есть 8 лицензированных СМО).

С первого взгляда кажется, что это экономичная и простая модель системы ОМС по административным расходам и налогообложения. Однако она практически повторяет существовавшую ранее государственную, неэффективность которой в обеспечении граждан бесплатной доступной квалифицированной помощью явилась основанием для реформ в здравоохранении. Она не позволяет полностью реализовать возможности независимой защиты интересов застрахованных граждан.

Иногда на территориях сочетаются элементы той или иной модели, формируются другие типы системы ОМС, легитимность существования которых вызывает сомнение. Так, в отдельных территориях (Мурманская область) можно наблюдать раздельное поступление страховых взносов за работающее население на счета Территориального фонда, а платежей на ОМС неработающего населения на счета органов управления здравоохранением, минуя фонд и СМО.

В Красноярском крае финансирование амбулаторно-поликли-нической помощи осуществляется СМО, а стационарной - Территориальным фондом, минуя СМО. В ряде территорий финансирование СМО проводится не в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами, а в соответствии с объемами оказываемой населению медицинской помощи, превращая фонд в условиях отсутствия должного контроля за объемами медицинской помощи в дойную корову [10, С. 43].

Разнообразие моделей системы ОМС определяется также: размером страхового тарифа за работающее и неработающее население; системой оплаты труда медицинских работников, оказывающих лечебно-профилактическую помощь застрахованным; методикой проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Стабильное функционирование системы ОМС обеспечивается ее финансовой устойчивостью. На финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования оказывают влияние: объем взносов за работающее и неработающее население; объем регистрации плательщиков; объем программы ОМС и ее стоимость; размер региональных дифференцированных подушевых нормативов; стоимость (себестоимость медицинских услуг); коэффициенты индексации тарифов на медицинские услуги; способы оплаты медицинской помощи; объем, виды и технологии оказываемой медицинской помощи; эффективность кредитно-инвестиционной деятельности фонда, страховых медицинских организаций; величина страховых резервов, порядок их накопления и использования; объем финансовых средств, используемых целевым назначением; частота наступления страхового события.

Поэтому для стабильного функционирования системы ОМС необходима разработка мер, направленных на усиление влияния Федерального фонда, Росстрахнадзора на соблюдение законодательной базы ОМС при формировании различных моделей системы ОМС в ходе реализации Закона “О медицинском страховании граждан в РФ”, соответствие их экономической политике государства и гарантирующих обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

В целях стабильного функционирования и повышения финансовой устойчивости системы ОМС на территориях необходим пересмотр сложившихся функционально-организационных взаимосвязей системы ОМС и реорганизация сформированных моделей в соответствии с законодательной базой.

***1.2. РАСЧЕТ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ***

В настоящее время система ОМС сталкивается на пути своего развития с большим числом проблем, связанных как с внешними, так и с внутренними факторами, основными из которых являются: недостаточный тариф страховых взносов; неполнота сборов страховых взносов с работодателей вследствии неплатежей, а также сокрытие доходов физических и юридических лиц; пямые и косвенные попытки изъятия средств ОМС (включение страховых взносов в систему федеральных налогов, изъятие средств фондов в бюджет или их консолидация в бюджеты); низкая заинтересованность граждан в системе обязательного медицинского страхования; нарастание безработицы, что приводит к уменьшению финансовых средств системы ОМС; неудовлетворительная координация деятельности государственных внебюджетных фондов; задержка с принятием профессиональных медицинских стандартов, порядка взаиморасчетов между субхъетами Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования; медленный переход лечебно-профилактических учреждений в статус “самостоятельно хозяйствующего субъекта”. Вышеперечисленные и другие проблемы, существующие при введении ОМС, не только вызывает споры и дискуссии о путях его введения, но иногда ставят вопрос и о целесообразности реформирования здравоохранения.

Новым элементом финансовой системы России являются государственные внебюджетные фонды, аккумулирующие средства, предназначенные преимущественно для финансирования социального развития страны и ее регионов. В 1993 г. в государственные внебюджетные фонды России поступило 32307,9 млрд.руб. в Новосибирской области величина внебюджетных фондов составила 170 млрд.руб., а их доля в общей величине валового внутреннего продукта - 19,9% [12, c. 107].

Основные доходные источники государственных внебюджетных фондов - утвержденные законодательством целевые федеральные налоги, уплата которых обязательна для широкого круга хозяйствующих субъектов - юридичесих и физических лиц.

Хотя внебюджетные фонды предназначены для решения тех же проблем, что и бюджет, порядок их образования и использования существенно отличается. С одной стороны, внебюджетные фонды, основу образования которых составляет заработная плата, являются более надежными и устойчивыми по сравнению с бюджетом, многие из доходов которого менее стабильны и контролируемы. С другой стороны, бюджетные расходы находятся под пристальным вниманием общества, обсуждение бюджета происходит в острой полемике вплоть до требований, отставки правительства, в то время как внебюджетные фонды, вполне сопоставимые с бюджетом, расходуются стихийно и бесконтрольно.

Такая ситуация, когда значительные финансовые ресурсы внебюдженых фондов оказались совершенно бесконтрольными, не могла не привести к тому, что возник соблазн объединить их с бюджетными средствами. И хотя вопросы функционирования использования внебюджетных средств и их территориальное перераспределение влияют как на общий ход социально-экономического развития России, так и на положение отдельных регионов, механизм использования внебюджетных фондов практически отсутствует. Поэтому политика их регионального распределения и использования на местах представляется достаточно субъективной.

Судя по той скромной информации по внебюджетным фондам, что содержится в материалах Госкомстата, расходуются эти средства далеко не полностью. Так, остаток их на конец 1993 г. по России составил 4590,1 млрд.руб., или 14,2% от общей величины. В новосибирской области остаток по фонду занятости составил 50%, по фонду обязательного медицинского страхования (ФОМС) - 39,5%.

Средства ФОМС теперь составляют существенную часть источников финансирования здравоохранения. Во всех экономически развитых странах проблеме финансирования здравоохранения уделяется самое пристальное внимание. Это объяснятеся тем, что, во-первых, в шкале ценностей здоровье рассматривается как самое главное благо; во-вторых, растут сами затраты на здравоохранение, так как с появлением новых болезней и поиском методов лечения возрастает объем научно-исследовательской работы и профилактических мероприятий; в третьих, прогресс медицинской науки невозможен без затрат на оборудование, дорогостоящую диагностику, подготовку кадров.

Кроме того, затраты здравоохранения возрастают в связи с постарением населения. Таким образом, система здравоохранения в любом цивилизованном обществе требует огромных затрат финансовых, трудовых и материальных ресурсов. Можно сказать, что уровень развития медицины и качество предоставляемых ею услуг во многом определяются теми средствами, которые выделяются на ее нужды.

В нашей стране в течение многих десятилетий господствовал принцип остаточного финансирования здравоохранения, да и качество оказываемых услуг часто не зависело от финансирования. Необходимость кардинальных перемен была очевидной и потому в конце 80-х годов управление учреждениями здравоохранения перешло на использование экономических методов. Новый механизм управления предполагал расширение самостоятельности медицинских учреждений в использовании финансовых ресурсов, в определении средств на проведение операций, излечение конкретной болезни. Крупномасштабные экономические эксперименты в здравоохранении по переходу к новым методам управления осуществлялись в Ленинграде, Кемеровской и Куйбышевской областях.

Принятие Закона РФ “О медицинском страховании граждан РФ” означало отказ от остаточного принципа финансирования здравоохранения и формирования финансовых ресурсов для развития этой отрасли на стадии распределения стоимости продукта и включение затрат на здравоохранение в себестоимость продукции.

Внедрение системы обязательного медицинского страхование должно расширить права граждан на выбор лечебных учреждений и врача, позволить более эффективно использовать средства злравоохранения. Законом определено также, что ОМС является формой социальной защиты интересов населения, обеспечивающей всем гражданам России равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств, в объмах и на условиях соответствующих программ ОМС.

Система ОМС стала формироваться с 1993 года. В 1993 году на счет фонда поступило 1,1 трлн.руб., а в первом полугодии 2994 г. - более 1,5 трлн.руб. По другим данным, к началу второго полугодия 1994 г. эти средства были израсходованы на оплату медицинской помощи граждан, на приобретение медицинской техники, санитарного транпорта, медикаментов на сумму, составляющую 55,6% от общих поступлений. Этот показатель колеблется по регионам от 45 до 91%.

В Новосибирской области за 1993 год от всех поступивших средств было использовано 60%: на оплату медицинских услуг - 47,1% и на организационные нужды фонда ОМС - 13,9%, на депозитах осталось 39% [5, c.20].

Каждый регион осуществляет переход к ОМС в силу своего разумения и понимания проблемы и самостоятельно выбирает конкретную схему реализации такого перехода. Наиболее распространенной является следующая схема:

Территориальный

фонд ОМС

Управления

здравоохранения

на местах

Филиалы

территориального

отделения ОМС

Страховая

медицинская

организация

Пациент

Стационары

Амбулаторно-поликлинические

учреждения

Территориалный фонд ОМС является основным организаторским звеном. Он осуществляет регистрацию плательщиков, сбор, учет и контроль за поступлением страховых взносов и платежей, обеспечивает всеобщность медицинского страхования не местном уровне. Фонд финансирует медицинскую помощь населению через страховые медицинские организации и через свои филиалы.

В некоторых территориальных фондах (например, в Хабаровском, Тверском), считая страховые организации излишним звеном, взаимоотношения между территориальным фондом и ЛПУ устанавливают непосредственно. Фонд занимается выдачей полисов, собирает взносы, рассчитывается за оказанные медицинские услуги и осуществляет контроль качества.

В связи с введением обязательного медицинского страхования перед территориальными фондами ОМС и страховыми компаниями встает проблема определения размера страховых тарифов и объема страховых фондов по ОМС.

ОМС является экономической категорией, находящейся в подчиненной связи с категорией финансов. Правильно рассчитанная тарифная ставка обеспечивает финансовую устойчивость страховой операции. Определение размера страхового тарифа по обязательному медицинскому страхованию крайне важно для формирования и использования ФОМС, их дальнейшего распределения и перераспределения. Научно обоснованные страховые тарифы обеспечивают оптимальный размер страхового фонда.

На сегодняшний день наиболее разработан лишь механизм формирования фонда ОМС. Определены плательщики взносов - работодатели (российский и иностанные юридические лица), предприниматели без образования юридического лица, граждане, занимающиеся частной практикой, и граждане, использующие труд наемных рабочих. Облагаемой базой является начисленная оплата труда по всем основаниям, включая сверхурочную работу, работу в выходные и праздничные дни, оплату работы за совместительство. Ставка страховых взносов составляет 3,6%, в том числе 0,2% поступает в федеральный фонд и 3,4% остается в областях, краях и республиках. Взносы на неработающее население должны делать местные власти.

Тарифная ставка, лежащая в основе страхового взноса, называется брутто-ставкой. Она состоит из совокупной нетто-ставки и нагрузки. Совокупная нетто-ствка предназначается для формирования страхового фонда и его основной части - рисковой нетто-ставки. В основу расчета рисковой нетто-ставки заложена стоимость курса лечения и вероятность наступления страхового случая. Вероятность обращения в амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения, вероятность вызова скорой помощи изучена на основе пятилетней статистики и экспертной оценки (Приложение 3, таб. 1) [4, c. 40-42].

Указанная вероятность характерна для медицинских учреждений системы Главного медицинского управления г. Москвы и базируется на данных Бюро медиццинской статистики г. Москвы. Достоверных статистических данных по обращаемости в городские лечебно-профилактические учреждения за амбулаторно-поликлинической помощью не имеется, поэтому данные показатели определены экспертным путем.

Рисковая нетто-ставка выражает часть страхового взноса в денежной форме, предназначенную на покрытие риска (гр.4 табл.2,3,4). Рисковая нетто-ставка рассматривается как функция, производная от вероятности реализации риска наступления страхового случая во времени, величина ее равна произведению страховой суммы (стоимости курса лечения: гр.2 табл.2,3,4) на вероятность наступления страхового случая (гр.3 табл.2,3,4).

При анализе вероятности обращения за различными видами медицинской помощи (табл.1) отмечается ее вариабельность, для компенсации возможных отклонений помимо рисковой премии рассчитывается гарантийная или стабилизационная надбавка. Рисковая надбавка предназначается для компенсации возможного повышения выплат (в связи с возрастанием заболеваемости) медицинским учреждениям за оказанную медицинскую помощь.

Рисковая стабилизационная надбавка рассчитывается на основе среднего квадратического отклонения по формуле:

σ=**,**

где q - число выплат, соответствующее страховым событиям каждого года;

q - среднее число выплат, соответствующее среднему числу страховых событий;

n - тарифный период, т.е. период, за который имеются статистические сведения.

Исходные данные для расчета рисковой надбавки для амбулаторно-поличекой, стационарной и скорой медицинской помощи представлены динамическими рядами (табл.2,3,4). Оценка устойчивости каждого динамического ряда производится с помощью известных из теории статистики коэффициента вариации и медианы по формуле:

V=,

где V - коэффициент вариации;

σ - среднее квадратическое отклонение;

М - средняя величина.

Коэффициенты вариации, рассчитанные по данной формуле, равняются: при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения - 0,082; в стационары - 0,088; за скорой помощью - 0,212. Вариация в степени 0,082 и 0,088 незначительна и свидетельствует об устойчивости соответствующих динамических рядов, но коэффициент 0,21 свидетельствует о неустойчивости ряда. Поэтому при расчете страховых взносов примеяется трехкратная рисковая надбавка. При использовании однократного размера рисковой надбавки вероятность того, что в будущем фактические показатели убыточности окажутся меньше нетто-ставки, т.е. не будут ею покрыты полностью, составит 68%. При использовании же трехкратной рисковой надбавки такая вероятность составит 99,9%.

Рисковая надбавка предназанчена для фомирования запасного фонда. Это временно свободные средства, их можноиспользовать как кредитные ресурсы на началах возвратности в конце тарифного года. Рисковая надбавка при о=1 (табл.5, гр.5) составляет 2167,42 руб.; при о=2 (табл.6, гр.5) составляет 4334,04 руб.; при о=3 (табл. 7, гр.5) значение ее увеличивается до 6502,26 руб.

Рисковая нетто-ставка и рисковая надбавка составляют совокупную нетто-ставку (табл.5,6,7, гр.6 ) .

Вторая часть страхового тарифа, нагрузка, составляет 30% брутто-стаки и включает расходы не превентивные мероприятия - 5%, расходы на ведение дел страховой компании - 10%. Прибыль в структуру тарифной ставки ОМС не закладывается.

Превентивные расходы предназначаются для проведения оздоровительных, физкультурных меропритяий, направленных на укрепление здоровья, оздоровление производственой и бытовой среды застрахованных по ОМС. Расходы на превентивные мероприятия должны соответствовать утвержденным нормативам для финансирования превентивных мероприятий. Расходы на ведение дел подразделяются на организационные, ликвидационные, управленческие и другие виды.

Полная тарифная ставка, или брутто-ставка, рассчитывается по формуле:

Б-ст. = ,

где Б-ст. - брутто-ставка;

Сов. Н-ст. - совокупная нетто-ставка;

Нагр. - нагрузка.

Структура брутто-ставки, или страхового тарифа, определяет экономическую устойчивость страховой компании (табл.5,6,7).

При выделении ассигнований на ОМС необходимо дифференцировать тарифные ставки в зависимости от половозрастного состава страхователей, учитывая различия в потребности в медицинской помощи. Для расчета использоываны сведения Бюро медицинской статистики г. Москвы о численности населения по возрастным группам (табл.8). В этой же таблице приводятся эквивалентные единицы медицинской помощи, или коэффициенты дифференциации, которые соответствуют данным мировой статистики. Они показывают вероятность наступления страхового случая (обращения за различными видами медицинской помощи) и необходимый объем медицинской помощи, характерный для анной половозрастной группы. Данные коэффициенты использовались ранее органами управления здравоохранением при формировании дифференцированного норматива бюджетного финансирования на одного жителя в год.

Данные таблицы 8 (гр.10, стр. “Итого”) свидетельстуют, что эквивалент медицинской помощи для обоих полов составляет 5,086122 (гр. 9, стр. “Итого” разделить на гр. 8 по этой же строке). Анализ струтуры тарифной ставки (табл.5,6,7) приводит к выводу, что данный объем медицинской помощи, выраженный в эквивалентных единицах (5,086122) отражающий вероятность обращения за медицинской помощью, в денежном выражении будет соответствовать 20756,66 руб. (табл.7,гр.6). Исходя из этого, можно перейти к технико-экономическому обоснованию основной части струтуры страховго тарифа (рисковой нетто-ставки) в зависимости от пола и возраста (табл.9). Эквивалент медицинской помощи 5,086122 соответствует 20756,66 руб., а эквивалент медицинской помощи, для лиц мужского пола возрастной группы 0-1 год - 10 соответствует 40811,365руб (207756,66 : 5,086122). Аналогичным образом рассчитывает рисковая нетто-ставка для всех возрастных групп.

Таки образом, видно статистически достоверное различие (t > 2) в размерах рисковой нетто-ставки в зависимости от пола, так как для лиц мужского пола данный показатель соответствует 17684,551886руб., а для лиц женского пола он возрастает на 5573,844760 руб. и соответствует 23258,396646 руб. (табл.9) обращает на себя внимание различие размеров рисковой нетто-ставки в зависимости от возрастных групп, особенно резко это проявляется для лиц мужского пола в возрастных группах от 0 до 14 лет и от 55 до 85 лет и старше, т.е. для детей и пенсионеров.

Все остальные слагаемые структуры тарифной ставки в зависимости от пола и возраста можно рассчитать аналогично (табл.10, 11).

Фонд ОМС г. Москвы, обеспечивающий выполнение территориальной программы ОМС, составляет 284 534 163 572,361 руб., в том числе для неработающего населения - 155 632 830 492,385 руб (табл. 12).

Данная методика расчета страховых тарифов по ОМС соответствует основам теории страховой медицины.

Организация системы ОМС, включая создание и функционирование медицинских страховых организаций, предполагает решения сложного комплекса экономических, медицинских, технических, юридических, организационных и финансовых проблем, важнейшими из которых являются:

1. разработка стандартов технологии лечения;
2. оценка качества лечения;
3. организация эффективного государственноо надзора и осуществление государственного регулирования рынка страховых медицинских услуг.

Менее всего в бюджетно-страховой системе здравоохранения разработан механизм использования фондов ОМС. Это касается таких принципиальных вопросов, как определения тарифов, по которым должны оплачиваться услуги стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений, требований к инфраструктуре фондов ОМС, оценка качества предоставляемых услуг, взаимоотношения между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими компаниями.

В соответствии с законодательством страховые медицинские организации должны ежемесячно получать средства от фондов ОМС по дифференцированным подушевым нормативам. Однако во многих регионах механизм расчетов не разработан, и поэтому средства скапливаются на счетах территориальных фондов ОМС. По подушевым нормативам ФОМС должен и финансировать филиалы территориальных фондов в сельской местности, где еще нет страховых медицинских компаний.

Подушевые нормативы, по которым финансируются страховые компании, включают следующие статьи затрат: заработную плату, начисления на заработную плату, расходы на питание, расходы на приобретение медикаментов, а также прибыль в размере 20% при условии, что страховые взносы обеспечивают возможность образования прибыли. Хозяйственные расходы, приобретение оборудование, капитальные вложения, капитальный ремонт при расчете подушевого норматива не учитываются, а должны финансироваться из прибыли. В Кемеровской области для расчета величины подушевого норматива используется взвешенная подушевая бюджетная формула.

Максимально возможный территориальный подушевой норматив финансирования по ФОМС определяется следующим образом:

**Тнф=(Рв - Рз)/Ч,**

где Тнф - максимально возможный территориальный норматив подушевого финансирования по ФОМС;

Рв - размер взносов, поступивших в фонд ОМС за предыдущий период;

Рз - нормируемый страховой запас;

Ч - численность населения.

В сою очередь нормируемый страховой запас равен:

**Рз=Рф\*Ч/30,**

где Рф - оплачиваемые страховыми медицинским организациями расходы на оказание медицинских услуг на территории.

Каждый регион самостоятельно разрабатывает и утверждает и утверждает тарифы на медицинскте услуги. При этом заработная плата в тарифе на конкретную услугу при одинаковой сложности заболевания не зависит от категории стационара. Тарифы на услуги, не вошедшие в клинико-статистические группы, рассчитываются доплнительно.

При расчете тарифов используются сложившиеся на текущий момент среднеобластные финансовые нормативы на лечение, медикаменты и прочие услуги. Лечение сопутствующих заболеваний оплачивается по соответствующим тарифам. Фактический тариф за медицинские услуги стационара с учетом с учетом качества медицинской помощи определяется по формуле:

**Тф=Тб[1 - Пф(1 - Укл)],**

где Тф - фактический тариф реально оплаченных стразовщиками медицинских услуг;

Тб - тариф по прейскуранту, определенному по клинико-статистичеким группам стоимости медицинских услуг;

Укл - уровень качества лечения, определяемый по 10-бальной системе;

Пф - доля фонда оплаты труда за расчетный период в общей величине затрат (от 0 до 1).

При опредении норматива обязательно учитывается половозрастная структура населения. Ежеквартально по данным предыдущего квартала определяется индекс стоимости медицинской помощи, который используется для корректировки тарифов на медицинские услуги:

**Исмо=БНо/БНио,**

где БНо - базовый областной подушевой норматив финансирования медицинской помощи, определенный на основании статистических данных предыдущего квартала и моделирования;

БНио - исходный подушевой норматив на момент расчета тарифов на медицинские услуги.

В Новосибирске тарифы на медицинские услуги, используемые системой ОМС для оплаты медицинской помощи лечебных учреждений, включают только шесть статей:

1. заработную плату по установленным должностным окладам. Эти расходы составляют около 60% (в учреждениях с более высокой квалификацией кадров этих расходов выше);
2. взносы по государственному социальному страхованию
3. хозяйственные расходы на отопление, освещение, водоснабжение, на найм помощений; их доля составляет около 12%. В условиях Сибири они весьма значительны и их превышение должно покрываться за счет средств бюджета;
4. расходы на питание - около 10%;
5. расходы на медикаменты - 10%;
6. расходы на мягкий инвентарь - примерно 8%.

Отрасль здравоохранения в современных условиях является довольно фондоемкой, ибо эффективное лечение требует соответствующего дорогостоящего оборудования. Однако тарифы не предусматривают даже затрат на ремонт оборудования, не говоря уже о финансировании развития материально-технической базы здравоохранения. Лишь небольшая часть больниц и поликлиник оборудованы современной аппаратурой; 38% амбулаторно-поликлинических учреждений находятся в неприспособленных помещениях, не имеют современных диагностических центров, кабинетов физиотерапии, лечебной физкультуры. Без выравнивания условий деятельности медицинских учреждений разрыв в качестве оказывамых услуг будет увеличиваться.

Как показали первые шаги бюджетно-страховой медицины, для повышения эффективности использования фонндов ОМС необходимо найти формы аккумуляции фондов ОМС и бюджетных средств в рамках общей программы развития здравоохранения региона. В рамках этой программы следует определить:

1. источники и объемы финансирования по каждому источнику;
2. состав и структуру затрат ЛПУ в соответствии с обоснованными стандартами технологии лечения;
3. критерии качества лечения;
4. необходимые затраты на развитие материально-технической базы и подготовку специалистов высокого уровня;
5. организационную структуру, обеспечивающую реальное право человека на выбор врача и медицинского учреждения.

Понятие качества услуг, согласно позиции Всемирной организации здравоохранения, включает техничекое качество лечения, эффективность использования ресурсов, снижение отрицательных побочных явлений в результате полученного лечения, степень удовлетворения пациента медицинской услугой. Совершенно ясно, что определить значимость каждого из названных показателей и дать им количественную оценку само по себе является достаточной сложной задачей.

С проблемой качества лечения связана проблема организации государстенного контроля за деятельностью всей системы здравоохранения в новых условиях.

В связи с изъятием у органов управления здравоохранением функции финансирования и непосредственного административного управления они должны сконцентрировать свое внимание на организации контроля среды обитания, условий труда, условий здорового образа жизни, на создании информационной службы и пропаганде здоровья, регулировании отношений в системе “страховщик - страхователь -производитель услуг”, разработке дифференцированных страховых нормативов. Необходима интеграция структур, занимающихся исследованиями состояния здоровья и окружающей среды, условий труда, географических и производственных факторов, воздействующих на здоровье населения, с врачами, постоянно наблюдающими за конкретными пациентами.

На местном уровне должны быть введены санкции как в ввиде административных и экономических мер, предусматривающих компенсацию ущерба здоровью населения теми предприятиями, которые оказывают вредное воздействие на условия жизнедеятельности людей.

Средства фондов ОМС должны находиться в банках, уполномоченных администрацией обслуживать бюджетные средства на тех же условиях, что и бюджетные деньги. Кроме того, необходимо законодательно установить обязательный порядок регулярных публикаций отчетов о балансах по каждому внебюджетному фонду.

1. **РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

В комплексе проводимых социально-экономических реформ важнейшее место отводится страховой медицине. Переход к ней обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных услуг. Медицинское страхование позволяет каждому человеку напрямую сопоставлять необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерять потребности в медицинской помощи и возможность ее получения необходимо вне зависимости от того, кем производятся затраты: непосредственно индивидуумом, предприятием, предпринимателем, профсоюзом или обществом в целом [2, c. 26].

В экономико-социальном отношении переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной технической оснащенностью. Низкий уровень заработной платы медицинских кадров, обусловленный недостатком бюджетных средств, приводит к социальной незащищенности работников государственного здравоохранения. Неудовлетворительная обеспеченность объектов медико-индустриального комплекса оборудованием и инструментарием, медикаментозными средствами, большая степень износа существующего медицинского оборудования обусловили их невысокий организационно-технический уровень. Плановые методы хозяйствования, использовавшиеся в нашей стране, предполагали централизованное управление как народным хозяйством в целом, так и отдельными его отраслями, в том числе и здравоохранением.

Система управления народным хозяйством и отраслями была построена таким образом, что все важные хозяйственные, экономические и финансовые решения принимались централизовано на государственном уровне. Поэтому основным источником финансирования здравоохранения был государственный бюджет. Кризис экономики страны привел к падению производства изделий медицинского назначения, разрыву кооперационных и внешнеэкономических связей, закрытию ряда нерентабельных объектов медицинской промышленности.

Растущий дефицит бюджета обусловил нехватку финансовых средств, обострение ситуации в отраслях, финансировавшихся по остаточному принципу. Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо преобразование экономических отношений, разгосударствление и приватизация собственности, а также переход здравоохранения на путь страховой медицины. Система медицинского страхования даст отрасли ряд дополнительных преимуществ:

1. расширение финансовых возможностей за счет активного привлечения внебюджетных ресурсов, прежде всего средств хозрасчетных предприятий;

2. децентрализация управлений лечебно-профилактической деятельности путем передачи субъектам Федерации и территориям основных прав по созданию и использованию фондов обязательного медицинского страхования;

3. повышение эффективности применения хозяйственной самостоятельности объектов социально-медицинского комплекса; создание предпосылок для перехода к рынку медицинских услуг при сохранении их преимущественной бесплатности для социально незащищенных слоев населения;

4. усиление социальной и экономической ответственности персонала медучреждений за результаты своей работы;

5. создание материальной заинтересованности граждан и предприятий в улучшении условий труда и оздоровлении образа жизни, природоохранной деятельности, снижении заболеваемости за счет проведения комплекса мер по ее профилактике.

Основными принципами организации страховой медицины являются:

1. сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;

2. всеобщность участия граждан в программах обязательного медицинского страхования;

3. разграничений функций и полномочий между Федеральным и территориальными фондами обязательного медицинского страхования;

4. обеспечение равных прав застрахованных;

5. бесплатность предоставления лечебно-диагностических услуг в рамках обязательного медицинского страхования.

Можно сказать, что к настоящему моменту в России созданы минимально необходимые правовые основы для введения обязательного медицинского страхования. В принятый 28 июня 1991 г. Закон РСФСР “О медицинском страховании граждан в РСФСР” 2 апреля 1993 г. были внесены поправки Законом “О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР ‘О медицинском страховании граждан в РСФСР’”, что позволило в современных условиях начать внедрение обязательного медицинского страхования в России. С учетом введения и развития системы медицинского страхования 20 апреля 1993 г. издан Указ Президента Российской Федерации “О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации”. Верховным Советом РФ принято постановление “О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 г.”, которым утверждены Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, Положение о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования [2, c. 26].

Эти законодательные акты дополняются постановлениями Правительства РФ: “О мерах по выполнению Закона РСФСР ‘О медицинском страховании граждан в РСФСР’” от 23 января 1992г. N41; “О мерах по выполнению Закона РФ ‘О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР “О медицинском страховании граждан в РСФСР”’” от 11 октября 1993 г. N1018; “Об утверждении Правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование” от 29 марта 1994 г. N251; другими нормативными актами министерств, ведомств, Федерального фонда обязательного медицинского страхования [16, c. 9].

Все эти законодательные и нормативные акты позволили начать введение обязательного медицинского страхования как составной части реформирования здравоохранения в России. Система обязательного медицинского страхования строится на принципе “общественной солидарности”, когда богатый платит за бедного, здоровый - за больного, оно основано на стабильном источнике финансирования здравоохранения посредством целевого взноса. В этой системе оплата медицинской помощи должна осуществляться в зависимости от объема и качества проделанной работы с одновременным контролем за целевым использованием средств, что приведет к рационализации инфраструктуры системы здравоохранения и повышению эффективности использования ресурсов.

Вот уже прошло 2.5 года, как в нашей стране начала формироваться система ОМС. И если 1993 г. и начало 1994 г. были в основном периодом создания новой для здравоохранения РФ страховой инфраструктуры, то вторая половина 1994г. и особенно 1995 г. можно считать периодом активного включения большинства субъектов Федерации в практическую реализацию Закона “О медицинском страховании граждан в РФ”.

Хотелось бы привести некоторые цифры. До перехода на систему ОМС все граждане РФ были прикреплены к бюджетным амбулаторно-поликлиническим учреждениям. В 1994 г. по сводным данным отчетов о деятельности лечебно-поликлинических учреждений (ЛПУ), функционирующим в системе ОМС, к амбулаторно-поликли-ническим учреждениям было прикреплено 62,4 млн. человек. Исходя из общей численности граждан в РФ в 1994 г. 147,7 млн. человек, это составляет 42,3%. Число госпитализированных больных на 01.01.95 составило 31,765 млн. случаев, в том числе по социально-значимым заболеваниям и скорой помощи - 3,102 млн. случаев. Соответственно 8,4 млн. случаев госпитализации приходится на стационарную помощь в системе ОМС. Это составляет 29,3% всей оказанной стационарной помощи. Фактически полученные средства ЛПУ, функционирующих в системе ОМС составили 3987,1 млрд. руб. Сумма расходов этих учреждений при этом составили 4176,6 млрд. руб. или 104,7% по отношению к полученным средствам [18, c. 4].

Реализация Закона “О медицинском страховании граждан в РФ” позволила обеспечить привлечение дополнительных финансовых средств в виде платежей на обязательное медицинское страхование работающих граждан в объеме 20% в общем финансировании здравоохранения.

Анализируя степень исполнения Закона “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, нужно отметить, что территориальные фонды ОМС, их филиалы, являющиеся основой системы, созданы практически во всех субъектах РФ. В систему ОМС вошло более половины ныне действующих в России самостоятельных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и 551 страховая медицинская организация. Застраховано по договорам страхования почти 85% населения страны. В 11 территориях Российской Федерации застраховано 50% населения, а в 29 охвачено медицинским страхованием более 90%. Таким образом, можно сказать, что система ОМС в России организационно внедрена (Приложение 4) [11, c. 6].

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой населению в рамках ОМС, производится за счет страховых взносов работодателей в размере 3,6% от фонда оплаты труда и страховых платежей из местных бюджетов на неработающее население.

Следует отметить, что доля средств из бюджета на страхование неработающих составляет менее 30% в структуре доходов фондов системы ОМС. При этом местные администрации являются одними из самых больших должников перед системой ОМС. Только за последние 3 квартала 1996 года задолженность бюджета составила 3,1 триллиона рублей, или 44% ожидавшихся платежей. В 25 регионах России платежи на эту категорию граждан вообще не перечисляются, в других регионах органы исполнительной власти осуществляют платежи формально, установив их на символически низком уровне, когда фактически оказать даже самую простую медицинскую помощь за такие средства невозможно.

Ситуация усугубляется тем, что неработающее население составляет в России 60%, является наиболее частым потребителем медициснкой помощи и, как правило, нуждается в ее сложных, дорогостоящих видах, требующих привлечения высококвалифицированных спецуиалистов, применения современных технологий и интенсивного использования материально-технической базы лечебных учреждений.

Низкий уровень финансирования системы ОМС в целом усугубляется значительными его различиями по регионам. С целью смягчения данного фактора и выравнивания возможностей территорий по оплате медицинской помощи населению Федеральный фонд ОМС увеличил долю средств, направляемых территориальным фондом ОМС на эти цели с 1,8% в 1995 году до 2,8% на 1 октября 1996 года. В 1996 году субвенции предоставлены 87 субъектам РФ общим объемом 660,3 миллиарда рублей.

Различие уровня финансирования системы ОМС главным образом связано с экономическим положением территории, степенью ее дотационности и так далее. Кроме того, не в последнююочередь это определяется такими факторами, как величина социальных выпалт в доходах населения, уровень собираемости страховых взносов и платежей.

В среднем по России за последние 9 месяцев 1996 года по всем отраслям экономики заработная плата и выплаты социального характра составили 805,46 тысячи рублей на одного жителя в месяц. Однако в сравнении по территориям данный показатель отличается на порядок: от 272,4 тысячи рублей в Дагестане до 2740 тысяч в Ханты-Мансийском автономном округе. Наряду с перечисленными выше факторами это определяет региональные различия в уровне финансирования ОМС.

Для определения реального уровня финансирования системы ОМС в регионе целесообразно сопоставить суммы, приходящиеся в среднем на одного человека по платежам и взносам ОМС с его денежными доходами. Такой показатель в среднем по России составляет 1,22%. В пяти территориях он превышает 2%, а в Кировской, Тюменской областях и Агинском Бурятском автономном округе - ниже 0,5%. Возвращаясь к среднероссийскому показателю, следует сказать, что он является крайне низким: только постцупление страховых взносов на работающее население (без учета платежей на неработающее) должно составлять 3,6% к фонду оплаты труда.

В сегодняших условиях переходного периода развития страны главным является сохранение функциональной работоспособности отрасли здравоохранения и обеспечения социальных гарантий гражданам при их обращении за медицинской помощью в ЛПУ системы ОМС. Для этого необходимо добиться увеличения совокупной доли валового национального дохода, направляемой на охрану здоровья населения.

**Распределение субъектов РФ** (за последние 9 месяцев 1996г.)

*по страховым взносам на 1 работающего*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До 100 тыс.руб. | 101 - 150 тыс.руб. | 151 - 200 тыс.руб. | 201 тыс. руб. и выше |
| Число территорий | 24 | 38 | 13 | 12 |

*по платежам из бюджета на 1 неработающего*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | До 10 тыс.руб. | 10-50 тыс.руб. | 50,1 тыс.руб. и выше |
| Число территорий | 16 | 17 | 30 |

1. **ПРОБЛЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

В предыдущих главах своей работы я много раз затрагивала различные проблемы обязательного медицинского страхования. Одна из наиболее острых проблем, требующих решения сегодня является то, что при поступлении средств ОМС в систему здравоохранения происходит сокращение бюджетного финансирования отрасли, что затрудняет реализацию Закона об ОМС. Сегодня тариф страхового взноса - 3,6% от фонда оплаты труда - не обеспечивает финансового покрытия медицинской помощи даже работающему населению страны, которое составляет всего 41,1%, а большая часть, около 86 млн. человек (60%), это неработающее население, в основном старики, дети, инвалиды, безработные, которые к тому же более всего нуждаются в медицинской помощи. Поэтому проблема платежей на неработающее населения особо остро встает именно в связи с сокращением бюджетного финансирования отрасли “Здравоохранение”. При таком сокращении в первую очередь страдают скорая и неотложная медицинская помощь и социально значимые виды медицинской помощи.

Платежи на неработающее население из средств выделенного бюджета здравоохранения ведут к дефициту средств на противотуберкулезную, психиатрическую и наркологическую службы, чего нельзя допустить с учетом значительного роста заболеваний этого профиля. Так, рост активного туберкулеза среди детей в 1994 г. по сравнению с 1989 г. (т.е. за 4 года) достиг почти 40%, врожденные аномалии и пороки развития у детей выросли на 30%, новообразования на 31% и т.д.

Сегодня, при внедрении новой системы взаимоотношений и организации медицинского обслуживания населения, наращивания инфраструктуры органов и учреждений, занятых организацией и оплатой труда медицинских работников, становится реальной угроза разрыва между лечебной и профилактической медициной, которую во что бы то не стало нельзя допустить.

В России возникает такая ситуация, когда система становится заинтересованной в постоянном росте числа больных, а не здорового населения, а качество медицинской помощи определяется не результатами, а более дорогими технологиями. Здесь имеется в виду принцип оплаты труда в здравоохранении: проходя стадии от полного безразличия и экономической незаинтересованности в результате своего труда, через принцип “проработал больше - получил больше” надо приблизиться к принципу “сколько заработал - столько и получил”. В этом плане хорошо подходит глубоко продуманный и проверенный на практике опыт оплаты труда руководителей здравоохранения и медицинских работников по контракту. Такая форма широко получила распространение в республике Татарстан.

Внедрение системы медицинского страхования наряду с бюджетным финансированием здравоохранения создает реальную экономическую базу для реализации принципов дифференцированной оплаты по качеству и количеству труда.

Следует также отметить, что внедрение системы ОМС практически на всех территориях отмечается неоправданно большим разнообразием моделей страхования. Такое разнообразие форм внедрения ОМС объясняется, главным образом, недостаточностью нормативно-правовой базы и методологической неподготовленностью территорий, отсутствием инфраструктуры страховых медицинских организаций и нежеланием руководителей органов и учреждений здравоохранения что-либо менять (Приложение 5) [18, c. 8].

Особой проблемой является проблема управления, обеспечения и экспертизы качества медицинской помощи. Актуальнейшей проблемой этого направления является лицензирование и аккредитация медицинских учреждений. Лицензионная деятельность регулируется рядом основополагающих директивных документов: Законами Российской Федерации: “О медицинском страховании граждан”, “О стандартизации”, “О защите прав потребителей”, и т.д., предусматривающих организацию и порядок работы соответствующих комиссий, а также процедур проведения сертификации (аккредитации) лицензионной деятельности. Сейчас проходит согласование проекта Закона Российской Федерации “О лицензировании”. Минздравмедпромом России подготовлен проект “Положения по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности”. Кроме того, готовится целый ряд нормативно-методических документов по проведению сертификации и лицензирования, как юридических, так и физических лиц [6, c. 17].

Еще одна острая проблема - это проблема достоверности информации о поступлении и расходовании государственных средств системы ОМС. В настоящее время еще нет отработанной системы получения объективной и достоверной информации о поступлении и расходовании государственных средств системы ОМС. Функции государственных органов по контролю за поступлением средств, формированием и использованием доходов системы ОМС должным образом не определены. Механизм формирования доходов системы ОМС, учета платежей и контроля деятельности системы ОМС нуждается в серьезном организационном и методологическом совершенствовании.

Такое положение свидетельствует о настоятельной необходимости введения системного анализа финансовой деятельности фондов ОМС. Функции государственных органов контроля за формированием доходов фондов и правильным их использованием законодательно оказались должным образом не определены.

Кроме того, в условиях бюджетного дефицита, спада производства и крайне низкого тарифного страхового взноса внедряемая модель ОМС является неоправданно дорогостоящей. Она потребляет значительную часть средств на свою инфраструктуру.

В связи с вышеизложенными проблемами Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации считает, что для их решения необходимо:

1. Исполнение Закона РФ “О медицинском страховании граждан” органами исполнительной власти субъектов РФ должно быть безусловным.

2. Утверждение программы гарантированной бесплатной медицинской помощи населению, в том числе и Базовой программы ОМС, а также Федеральных стандартов медицинской помощи.

3. В связи с обеспеченностью финансовыми средствами территориальных программ ОМС, составляющей в среднем по России 40%, а в некоторых территориях - 10-20%, целесообразно рассмотреть вопрос об увеличении тарифа страхового взноса на ОМС.

4. Разработать совместно с Федеральным фондом ОМС, фармацевтическими предприятиями и организациями механизм лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения и населения РФ с целью осуществления государственного регулирования цен на медикаменты и изделия медицинского назначения, с учетом доступности лекарственной помощи для населения и защиты отечественных товаропроизводителей.

5. Утвердить:

- программу поэтапной реализации Закона РФ “О медицинском страховании граждан РФ” с определением порядка, условий, сроков, критериев готовности перехода субъектов РФ на ОМС;

- нормативно-методические документы по переходу и оценке результатов работы органов и учреждений здравоохранения в системе ОМС, по разграничению полномочий, функций и ответственности субъектов медицинского страхования;

- систему подготовки медицинских кадров к работе в условиях медицинского страхования;

- рекомендации по формированию дифференцированной заработной платы работников здравоохранения в зависимости от объемов и качества труда [18, c. 9].

Таким образом, проводимая сегодня в России реформа здравоохранения, введение ОМС предполагает структурную, инвестиционную, кадровую перестройку отрасли, направленную на повышение экономической и клинической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинской помощи и обеспечение конституционных прав населения РФ на гарантированный государством объем медицинской помощи.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, можно сказать, что в условиях кризисного состояния здравоохранения большое значение должно придаваться социальной значимости медицинского страхования, изысканию дополнительных возможностей восстановления здоровья граждан. В условиях расширения рынка медицинских услуг страховые организации могут взять на себя значительную долю долгосрочного кредитования бюджетного сектора экономики.

Система медицинского страхования, как один из секторов рыночной экономики, формирует собственную структуру финансовых ресурсов и затрат, вступает в финансовые отношения с другими субъектами финансового рынка. Формирование страхового рынка медицинских услуг должно базироваться на универсальной правовой базе. Необходимо выработать, в частности, экономические и правовые требования, предъявляемые к созданию любых страховых организаций; критерии оценки возможной сферы страховых операций, исходя из организационно-правового статуса страховой медицинской организации; размера основного капитала, запасных фондов.

Как показывает практика, эффективность страхования повышается за счет удовлетворения растущего спроса на медицинские страховые услуги даже за короткий период действия его региональных видов. Задачей страховых организаций является придание медицинскому страхованию более гибкой, удобной и выгодной формы.

Важным аспектом развития ОМС является разработка схемы взаимодействия между страховой медицинской организацией и лечебно-профилактическим учреждением. Подобное взаимодействие в условиях рыночных отношений может быть основано либо на договоре о подряде, либо на договоре о совместной деятельности. При этом страховая медицинская организация выступает в роли заказчика, а лечебно-профилактическое учреждение - исполнителя. Существенным недостатком подрядного договора является неподготовленность лечебно-профилактических учреждений к работе в новых организационо-правовых условиях. Для устранения недостатков подрядной формы договора целесообразно на переходный период в качестве базового договора принимать договор о совместной деятельности. Однако договор о совместной деятельности имеет довольно ограниченные возможности применения. Поэтому по мере развития страховой медицины, совершенствования механизма хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений будут созданы предпосылки для перехода к собственно подрядным договорам между страховыми медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями.

На мой взгляд, данным механизм реализации медицинского страхования в России будет способствовать развитию рыночных отношений в здравоохранении, обеспечит универсальность и финансовую устойчивость этой формы медицинского страхования.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Закон РСФСР “О медицинском страховании граждан в РФ”
2. Анисимов В. Правовые и организационно-экономические основы формирования территориальных программ ОМС. // Страховое дело - 1995. - № 3. - с. 26-32.
3. Бородин А. Ф. О медицинском страховании. // Финансы - 1994. - №12.
4. Бутова В. Г. Экономическое обоснование страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию// Финансы. -1994. - №1. - с. 38-51.
5. Ветрова Н. Финансирование здравоохранения в Западной Сибири. // Бизнес. - 1993. - № 5-6.
6. Гехт И. А. О некоторых проблемах внедрения медицинского страхования //Здравоохранение РФ. - 1995. - №4.
7. Гришин В. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. // Медицинское страхование.- 1993. - N 3. - с.13
8. Гришин В. В. Обязательное медицинское страхование. Первые шаги. //Экономика и жизнь. -1994. - №41. - с. 14.
9. Гришин В. В. Обязательное медицинское страхование: состояние, анализ, пути развития //Экономика и жизнь. -1995 - №3 - с. 15.
10. Гришин В. В., Бутова В.Г., Резников А. А. Модели системы обязательного медицинского страхования // Финансы. - 1996. - №3.
11. Кравченко Н. Обеспеченность населения средствами ОМС в регионах России// Экономика и жизнь. - 1996. - №14.
12. Маршалова А.С., Уланова Н.К. Проблемы эффективного использования фондов обязательного медицинского страхования. // Регион. - 1996. - № 2. - с. 107 - 118.
13. Отчет федерального фонда обязательного медицинского страхования за 1995 год. // Российская газета. - 1996. - 26 июня.
14. Положение о фонде обязательного медицинского страхования // Российская газета. - 1993. - 24 июня.
15. Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования// Там же.
16. Стародубов В.И., Савельева Е.Н. Особенности медицинского страхования в современной России. // Российский медицинский журнал.- 1996. - № 1. - с. 8-11.
17. Типовые правила обязательного медицинского страхования // Страховое дело. - 1994. - №10.
18. Царегородцев А.Д. Обязательное медицинское страхование: подводим первые итоги. // Здравоохранение. - 1996. - №1.
19. Юрченко Л. А. Проблемы финансирования медицинского страхования //Финансы - 1994 - №2 - с. 49-55.
20. О государственных внебюджетных фондах. - М.: 1995.
21. Семёнов А.В. Медицинское страхование. - М.: "Финстатиформ", 1993, с. 90 - 100.
22. Социальное, медицинское страхование и социальное обеспечение. Выпуск 11. - М. - 1994. - с. 35.
23. Страховой портфель. - М.: "Сомитэк", 1994 с.314.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблица 1

**Вероятность обращения в мдучреждения**

**(на одного обратившегося в год)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Годы | Медицинские | учреждения |  |
|  | амбулатории и поликлиники | стационары | скорая помощь |
| 1988 | 0,80 | 0,159 | 0,17 |
| 1989 | 0,78 | 0,155 | 0,16 |
| 1990 | 0,74 | 0,140 | 0,13 |
| 1991 | 0,70 | 0,143 | 0,12 |
| 1992 | 0,65 | 0,34 | 0,11 |

Таблица 2

**Расчет рисковой надбавки**

**(амбулаторно-поликлиническа помощь)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Вероятность проведения курса лечения | Стоимость курса лечения (руб.) | | Размер выплат каждого года  q | | Линейное отклонение  (q-q) | Квадрат линейных отклонений  (q-q)2 |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 |
| 1987 | 0,80 | 14370 | | 11496,000 | | 948,420 | 899500,500 |
| 1988 | 0,78 | 14370 | | 11208,600 | | 661,020 | 436947,440 |
| 1989 | 0,74 | 14370 | | 10633,800 | | 86,220 | 7433,890 |
| 1990 | 0,70 | 14370 | | 10059,000 | | -480,580 | 238710,420 |
| 1991 | 0,65 | 14370 | | 9340,500 | | -1207,080 | 1457042,130 |
| Итого |  |  | | 52737,900 | |  | 3039634,368 |
| Среднее | значение |  | | 10547, 7580 | |  | 759908,592 |
| Среднее | квадратическое | | отклонение | | - | 8771,73 |  |

Таблица 3

**Расчет рисковой надбавки**

**(скорая помощь)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Вероятность проведения курса лечения | Стоимость курса лечения (руб.) | | Размер выплат каждого года  q | | Линейное отклонение  (q-q) | Квадрат линейных отклонений  (q-q)2 |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 |
| 1987 | 0,17 | 9574 | | 1627,580 | | 325,516 | 105960,670 |
| 1988 | 0,16 | 9574 | | 1531, 840 | | 229,776 | 52797,010 |
| 1989 | 0,13 | 9574 | | 1244,620 | | - 57,444 | 3299,810 |
| 1990 | 0,12 | 9574 | | 1148,880 | | -153,184 | 23465,340 |
| 1991 | 0,10 | 9574 | | 957,400 | | -344,664 | 118793,270 |
| Итого |  |  | | 6510,320 | |  | 304316,100 |
| Среднее | значение |  | | 1302,064 | |  | 76079,025 |
| Среднее | квадратическое | | отклонение | | - | 275,82 |  |

Таблица 4

**Расчет рисковой надбавки**

**(стационарная помощь)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Вероятность проведения курса лечения | Стоимость курса лечения (руб.) | | Размер выплат каждого года  q | | Линейное отклонение  (q-q) | Квадрат линейных отклонений  (q-q)2 |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 |
| 1988 | 0,159 | 80452 | | 12791,868 | | 1190,690 | 1417741, 720 |
| 1989 | 0,155 | 80452 | | 12470,060 | | 868,882 | 754955,230 |
| 1990 | 0,143 | 80452 | | 11504,636 | | -96,542 | 9320,430 |
| 1991 | 0,134 | 80452 | | 10780,568 | | -820,610 | 673401,430 |
| 1992 | 0,130 | 80452 | | 10458,760 | | -1142,418 | 1305119,800 |
| Итого |  |  | | 58005,892 | |  | 4160538,623 |
| Среднее | значение |  | | 11601,178 | |  | 1040134,656 |
| Среднее | квадратическое | | отклонение | | - | 1019,87 |  |

Таблица 5

**Структура страховых тарифов**

**при коллективном страховании (1о)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Условия обследования и лечения | Стоимость курса лечения (руб.) | Вероятность проведения курса лечения | Рисковая нетто-ставка | Рисковая надбавка |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Амбулаторно-поликлинические | 14370 | 0,650 | 9340,50 | 871,7274 |
| Стационарные | 80452 | 0,130 | 10458,76 | 1019,8699 |
| Скорая медицинская помощь | 9574 | 0,100 | 957,40 | 275,8246 |
| Итого | 104396 |  | 20756,66 | 2167,4219 |

Продолжение таблицы 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Совокупная нетто-ставка | Превентивные мероприятия | Расходы на ведение дел | Брутто-ставка |
| 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10212,2274 | 600,7193 | 1201,3851 | 12014,3851 |
| 11478,6299 | 675,2135 | 1350,4270 | 13504,2705 |
| 1233,2246 | 72,5426 | 145,0853 | 1450,8525 |
| 22924,0819 | 1348,4754 | 2696,9508 | 26969,5082 |

Таблица 6

**Структура страховых тарифов**

**при коллективном страховании (2о)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Условия обследования и лечения | Стоимость курса лечения (руб.) | Вероятность проведения курса лечения | Рисковая нетто-ставка | Рисковая надбавка |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Амбулаторно-поликлинические | 14370 | 0,650 | 9340,50 | 1743,4547 |
| Стационарные | 80452 | 0,130 | 10458,76 | 2039,7398 |
| Скорая медицинская помощь | 9574 | 0,100 | 957,40 | 551,6493 |
| Итого | 104396 |  | 20756,66 | 4334,8439 |

Продолжение таблицы 6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Совокупная нетто-ставка | Превентивные мероприятия | Расходы на ведение дел | Брутто-ставка |
| 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11083,9547 | 651,9973 | 1303,9947 | 13039,9467 |
| 12498,4998 | 735,2059 | 1470,4117 | 14704,1175 |
| 1509,0493 | 88,7676 | 177,5352 | 1775,3521 |
| 25091,5039 | 1475,9708 | 2951,9416 | 29519,4163 |

Таблица 7

**Структура страховых тарифов при коллективном страховании (3о)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Условия обследования и лечения | Стоимость курса лечения (руб.) | Вероятность проведения курса лечения | Рисковая нетто-ставка | Рисковая надбавка |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Амбулаторно-поликлинические | 14370 | 0,650 | 9340,50 | 2615,1821 |
| Стационарные | 80452 | 0,130 | 10458,76 | 3059,6098 |
| Скорая медицинская помощь | 9574 | 0,100 | 957,40 | 827,4739 |
| Итого | 104396 |  | 20756,66 | 6502,2658 |

Продолжение таблицы 7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Совокупная нетто-ставка | Превентивные мероприятия | Расходы на ведение дел | Брутто-ставка |
| 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11955,6821 | 703,2754 | 1406,5508 | 14065,5083 |
| 13518,3698 | 795,1982 | 1590,3964 | 15903,9644 |
| 1784,8739 | 104,9926 | 209,9852 | 2099,8517 |
| 27258,9258 | 1603,4662 | 3206,9324 | 32069,3245 |

Таблица 8

**Расчет объема медицинской помощи**

**в эквивалентных единицах населения Москвы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возрастные |  | Мужчины |  |
| группы | Эквивалентные единицы медицинской помощи | Численность населения | Объем медицинской помощи |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0-1 | 10,00 | 118387 | 1183870,00 |
| 2-4 | 7,00 | 182376 | 1276632,00 |
| 5-9 | 3,70 | 287754 | 1064689,80 |
| 10-14 | 3,00 | 260821 | 782463,00 |
| 15-19 | 2,20 | 268463 | 590618,60 |
| 20-24 | 2,50 | 278508 | 696270,00 |
| 25-29 | 2,00 | 361915 | 723830,00 |
| 30-34 | 2,00 | 369442 | 738884,00 |
| 35-39 | 2,50 | 324660 | 811650,00 |
| 40-44 | 3,50 | 283490 | 992215,00 |
| 45-49 | 4,50 | 238961 | 1075324,50 |
| 50-54 | 5,00 | 273906 | 1369530,00 |
| 55-59 | 6,50 | 223962 | 1455753,00 |
| 60-64 | 7,50 | 212013 | 1590097,50 |
| 65-69 | 8,00 | 101324 | 810592,00 |
| 70-74 | 10,00 | 78272 | 782720,00 |
| 75-79 | 10,50 | 70294 | 738087,00 |
| 80-84 | 12,00 | 32948 | 395376,00 |
| 85 и старше | 13,00 | 13098 | 170274,00 |
| Итого | 4,333242 | 3980594 | 17248876,40 |

Продолжение таблицы 8

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Женщины |  |  | Оба пола |  |
| Эквивалентные единицы мдецинской помощи | Численность населения | Объем медицинской помощи | Численность населения | Общий объем медицинской помощи | Эквивалентные единицы медицинской помощи |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5,00 | 112399 | 561995,00 | 230786 | 1745865,00 | 7,565 |
| 3,50 | 174117 | 609409,50 | 356493 | 1886041,50 | 5,291 |
| 3,00 | 275103 | 825309,00 | 562857 | 1889998,80 | 3,358 |
| 2,50 | 251502 | 628755,00 | 512323 | 1411218,00 | 2,755 |
| 3,00 | 270673 | 812019,00 | 539136 | 1402637,60 | 2,602 |
| 3,50 | 294000 | 1029000,00 | 572508 | 1725270,00 | 3,014 |
| 4,00 | 389937 | 1559748,00 | 751852 | 2283578,00 | 3,037 |
| 4,00 | 405689 | 1622756,00 | 775131 | 2361640,00 | 3,047 |
| 4,50 | 375500 | 1689750,00 | 700160 | 2501400,00 | 3,573 |
| 5,00 | 316516 | 1582580,00 | 600006 | 2574795,00 | 4,291 |
| 5,50 | 273130 | 1502215,00 | 512091 | 2577539,50 | 5,033 |
| 6,50 | 337050 | 2190825,00 | 610956 | 3560355,00 | 5,828 |
| 7,00 | 304741 | 2133187,00 | 528703 | 3588940,00 | 6,788 |
| 8,50 | 340693 | 2895890,50 | 552706 | 4485988,00 | 8,116 |
| 9,50 | 238383 | 2264638,50 | 339707 | 3075230,50 | 9,053 |
| 10,50 | 189537 | 1990138,50 | 267809 | 2772858,50 | 10,354 |
| 11,00 | 186884 | 2055724,00 | 257178 | 2793811,00 | 10,863 |
| 12,00 | 102970 | 1235640,00 | 135918 | 1631016,00 | 12,000 |
| 13,00 | 52841 | 686933,00 | 65939 | 857207,00 | 13,000 |
| 5,698778 | 4891665 | 27876513 | 8872259 | 45125389,40 | 5,086122 |

Таблица 9

**Расчет рисковой нетто-ставки**

**в соответствии с полом и возрастом населения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возрастные | Мужчины |  | Женщины |  |
| группы | эквивалентные единицы мед. помощи | рисковая нетто-ставка | эквивалентные единицы мед. помощи | рисковая нетто-ставка |
| 0-1 | 10,00 | 40811,365 | 5,00 | 20405,682 |
| 2-4 | 7,00 | 28567,955 | 3,50 | 14283,978 |
| 5-9 | 3,70 | 15100,205 | 3,00 | 12243,409 |
| 10-14 | 3,00 | 12243,409 | 2,50 | 10202,841 |
| 15-19 | 2,20 | 8978,500 | 3,00 | 12243,409 |
| 20-24 | 2,50 | 10202,841 | 3,50 | 14283,978 |
| 25-29 | 2,00 | 8162,273 | 4,00 | 16324,546 |
| 30-34 | 2,00 | 8162,273 | 4,00 | 16324,546 |
| 35-39 | 2,50 | 10202,841 | 4,50 | 18365,114 |
| 40-44 | 3,50 | 14238,978 | 5,00 | 20405,682 |
| 45-49 | 4,50 | 18365,114 | 5,50 | 22446,250 |
| 50-54 | 5,00 | 20405,682 | 6,50 | 26527,387 |
| 55-59 | 6,50 | 26527,387 | 7,00 | 28567,955 |
| 60-64 | 7,50 | 30608,523 | 8,50 | 34689,660 |
| 65-69 | 8,00 | 32649,092 | 9,50 | 38770,796 |
| 70-74 | 10,00 | 40811,365 | 10,50 | 42851,933 |
| 75-79 | 10,50 | 42851,933 | 11,00 | 44892,501 |
| 80-84 | 12,00 | 48973,637 | 12,00 | 48973,637 |
| 85 и старше | 13,00 | 53054,774 | 13,00 | 53054,774 |
| Итого |  | 17684,551886 | 5,698778 | 23258,396646 |

Таблица 10

**Расчет страховых тарифов**

**при коллективном страховании мужского населения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возрастные группы мужчин | Рисковая нетто-ставка | Рисковая надбавка | Совокупная нетто-ставка |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0-1 | 43487,66 | 13624. 68 | 57112,34 |
| 2-4 | 30441,36 | 9537,28 | 39978,64 |
| 5-9 | 16090,42 | 5041,13 | 21131,55 |
| 10-14 | 13046,30 | 4087,41 | 17133,71 |
| 15-19 | 9567,29 | 2997,43 | 12564,72 |
| 20-24 | 19871,91 | 6225,87 | 26097,78 |
| 25-29 | 8697,53 | 2724,94 | 11422. 47 |
| 30-34 | 8697,53 | 2724,94 | 11422,47 |
| 35-39 | 10871,91 | 3406,17 | 14278,08 |
| 40-44 | 15220,68 | 4768,64 | 19989,32 |
| 45-49 | 19569,45 | 6131,11 | 25700,56 |
| 50-54 | 21743,83 | 6812,34 | 28556,17 |
| 55-59 | 28266,98 | 8856,04 | 37123,02 |
| 60-64 | 32615,74 | 10218,51 | 42834,25 |
| 65-69 | 34790,13 | 10899,75 | 45689,88 |
| 70-74 | 43487,66 | 13624,68 | 57112,34 |
| 75-79 | 45662,04 | 10305,92 | 59967,96 |
| 80-84 | 52185,19 | 16349. 62 | 68534,81 |
| 85 и старше | 56533,96 | 17712,09 | 74246,05 |

Продолжение таблицы 10

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Превентивные расходы | Расходы на ведение дел | Прибыль | Брутто-ставка |
| 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3807,49 | 11422,47 | 3807,49 | 76149,79 |
| 2665,24 | 7995,73 | 2665,24 | 53304,85 |
| 1408,77 | 4226,31 | 1408,77 | 28175,40 |
| 1142,25 | 3426,74 | 1142,25 | 22844,94 |
| 837,65 | 2512,94 | 837,65 | 16752,96 |
| 1739,85 | 5219,56 | 1739,85 | 34797,04 |
| 761,50 | 2284,49 | 761,50 | 15229,95 |
| 761,50 | 2284,49 | 761,50 | 15229,95 |
| 951,87 | 2855,62 | 951,87 | 19037,44 |
| 1332,62 | 3997,86 | 1332,62 | 26652,43 |
| 1713,37 | 5140,11 | 1713,37 | 34267,41 |
| 1903,74 | 5711,23 | 1903,74 | 38074,90 |
| 2474,87 | 7424,60 | 2474,87 | 49497,37 |
| 2855,62 | 8566,85 | 2855,62 | 57112,34 |
| 3045,99 | 9137,98 | 3045,99 | 60919,84 |
| 3807,49 | 11422,47 | 3807,49 | 76149,79 |
| 3997,86 | 11993,59 | 3997,86 | 79957,28 |
| 4568,99 | 13706,96 | 4568,99 | 91379,75 |
| 4949,74 | 14849,21 | 4949,74 | 98994,73 |

Таблица 11

**Размер страховых тарифов**

**в зависимости от возраста лиц женского пола**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возрастные группы женщин | Рисковая  нетто-ставка | Рисковая надбавка | Совокупная нетто-ставка |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0-1 | 20405,682 | 6392,318 | 26789,000 |
| 2-4 | 14283,978 | 4474,623 | 18758,601 |
| 5-9 | 12243,409 | 3835,391 | 16078,800 |
| 10-14 | 10202,841 | 3196,159 | 13399,000 |
| 15-19 | 12243,409 | 3835,391 | 16078,800 |
| 20-24 | 14283,978 | 4474,623 | 18758,601 |
| 25-29 | 16324,546 | 5113,854 | 21438,400 |
| 30-34 | 16324,546 | 5113,854 | 21438,400 |
| 35-39 | 18365,114 | 5753,086 | 24118,200 |
| 40-44 | 20405,682 | 6392,318 | 26798,000 |
| 45-49 | 22446,250 | 7031,550 | 29477,800 |
| 50-54 | 26527,387 | 8310,013 | 34837,400 |
| 55-59 | 28567,955 | 8949,245 | 37517,200 |
| 60-64 | 34689,660 | 10866,941 | 45556,601 |
| 65-69 | 38770,796 | 12145,404 | 50916,200 |
| 70-74 | 42851,933 | 13423,868 | 56275,801 |
| 75-79 | 44892,501 | 14063,099 | 58955,600 |
| 80-84 | 48973,637 | 15341,563 | 64315,200 |
| 85 и старше | 53054,774 | 166620,027 | 69674,801 |
| Итого | 23258,396646 | 7285,964 | 30544,360625 |

Продолжение таблицы 11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Превентивные расходы | Расходы на ведение дел | Брутто-ставка |
| 5 | 6 | 7 |
| 1576,353 | 3152,706 | 31527,059 |
| 1103,447 | 2206,894 | 22068,942 |
| 945,812 | 1891,623 | 18916,235 |
| 788,176 | 1576,353 | 15763,529 |
| 945,812 | 1891,623 | 18916,235 |
| 1103,447 | 2206,894 | 22068,942 |
| 1261,082 | 2522,165 | 25221,648 |
| 1261,082 | 2522,165 | 25221,648 |
| 1418,718 | 2837,435 | 28374,353 |
| 1576,353 | 3152,706 | 31527,059 |
| 1733,988 | 3467,976 | 34679,764 |
| 2049,259 | 4098,518 | 40985,177 |
| 2206,894 | 4413,788 | 44137,882 |
| 2679,800 | 5359,600 | 53596,001 |
| 2995,071 | 5990,141 | 59901,412 |
| 3310,341 | 6620,682 | 66206,824 |
| 3467,976 | 6935,953 | 69359,530 |
| 3783,247 | 7566,494 | 75664,941 |
| 4098,518 | 8197,035 | 81970,354 |
| 1796,727 | 3593,454 | 35934,542 |

Таблица 12

**Расчет размера страхового фонда по обязательному медицинскому страхованию в Москве**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возрастные |  | Мужчины |  |
| группы | Размер страховых взносов (руб.) | Численность | Общий размер страховых взносов (руб.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0-1 | 63054,119 | 118387 | 746478786,053 |
| 2-4 | 44137,882 | 182376 | 8049690367,632 |
| 5-9 | 23330,024 | 287754 | 6713307726,096 |
| 10-14 | 18916,235 | 260821 | 4933751328,935 |
| Итого дети: | 31979,656 | 849338 | 27161537408,716 |
| 15-19 | 13871,906 | 268463 | 3724093500,478 |
| 20-24 | 15763,529 | 278508 | 4390268934,732 |
| 25-29 | 12610,824 | 361915 | 4564046367,960 |
| 30-34 | 12610,824 | 369442 | 4658968040,208 |
| 35-39 | 15763,529 | 324660 | 5117787325,140 |
| 40-44 | 22068,942 | 283490 | 6256324367,580 |
| 45-49 | 28374,353 | 238961 | 6780363767,233 |
| 50-54 | 31527,059 | 273906 | 8635450622,454 |
| 55-59 | 40985,177 | 223962 | 9179122211,274 |
| 60-64 | 47290,588 | 212013 | 10026219433,644 |
| 65-69 | 50443,295 | 101324 | 5111116422,580 |
| 70-74 | 63054,119 | 78272 | 4935372002,368 |
| 75-79 | 66206,824 | 70294 | 4653942486,256 |
| 80-84 | 75664,941 | 32948 | 2493008476,068 |
| 85 и старше | 81970,354 | 13098 | 1073647696,692 |
| Итого м. старше 60 лет | 40857,124 | 507949 | 28293306517,608 |
| Итого ж. старше 55 лет |  |  |  |
| Итого неработающее население | 40857,124 | 1357287 | 55454843926,324 |
| Итого все население |  | 3980594 | 108761269063,383 |

Продолжение таблицы 12

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Женщины |  | Оба пола |
| Размер страховых взносов (руб.) | Численность | Общий размер страховых взносов (руб.) | Размер страховых взносов (руб.) |
| 5 | 6 | 7 | 8 |
| 31527,059 | 112399 | 3543609904,541 | 11008397890,594 |
| 22068,942 | 174117 | 3842577974,214 | 11892268341,846 |
| 18916,235 | 275103 | 5203912997,205 | 11917220723,301 |
| 15763,529 | 251502 | 3964559070,558 | 8898310399,493 |
| 20359,405 | 813121 | 16554659946,518 | 43716197355,234 |
| 18916,235 | 270673 | 5120114076,155 | 8844207576,633 |
| 22068,942 | 294000 | 6488268948,000 | 10878573882,732 |
| 25221,648 | 389937 | 9834853756,176 | 14398900124,136 |
| 25221,648 | 405689 | 10232145155,472 | 14891113195,680 |
| 28374,353 | 375500 | 10654569551,500 | 15772356876,640 |
| 31527,059 | 316516 | 9978818608,444 | 16235142974,024 |
| 34679,764 | 273130 | 9472083941,320 | 16252447708,553 |
| 40985,177 | 337050 | 13814053907,850 | 22449504530,304 |
| 44137,882 | 304741 | 13450622298,562 | 22629744509,836 |
| 53596,001 | 340693 | 18259782368,693 | 28286001802,337 |
| 59901,412 | 238383 | 14279478296,796 | 19390594719,376 |
| 66206,824 | 189537 | 12548642800,488 | 17484014802,856 |
| 69359,530 | 186884 | 12962186404,520 | 17616128890,776 |
| 75664,941 | 102970 | 7791218974,770 | 10284227450,838 |
| 81970,354 | 52841 | 4331395475,714 | 5405043172,406 |
|  |  |  | 28293306517,608 |
| 59053,978 | 1416049 | 83623326619,543 | 83623326619,543 |
| 44939,590 | 229170 | 100177986566,061 | 155632830492,385 |
|  | 4891665 | 175772894508,978 | 284534163572,361 |

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

**Отношение к введению медицинского страхования**

**(результат социологического обследования, проведенного НПО “Медсоцэкономинформ”, 1996 г.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отношение** | **Руководители учреждений здравоохранения** | **Врачи** | **Население** | **Эксперты** |
| **Положительное** | *21,7* | *15,6* | *16,9* | *82,0* |
| **Не сложилось** | *6,6* | *11,5* | *20,0* | *18,8* |
| **Отрицательное** | *71,7* | *72,9* | *63,1* | *1,2* |

**Причины отрицательного отношения к введению**

**медицинского страхования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Руководители учреждений (71,7%)** | **Врачи (72,9%)** | **Население (63,1%)** |
| *- нежелание повышенной ответственности* | *- неуверенность в гарантированном заработке* | *- недоверие к ОМС, как к очередной кампании, которая ничем не заканчивается* |
| *- боязнь потери финансовых средств за счет платных услуг* | *- опасение потерять работу по специальности* | *- опасение в связи с ростом недоступности за счет платных услуг* |
| *- недостаточность подготовки по экономике* | *- боязнь новых форм контроля качества* |  |
| *- недостаточность знаний по медицинскому страхованию* | *- недоверие администрации* |  |
| *- боязнь риска и трудностей* | *- негативное отношение к идее медицинского страхования* |  |
| *- появление новых структур* | *- негативность к работе в условиях конкуренции* |  |
| - материально-техническая неподготовленность учреждений | - боязнь риска и трудностей |  |

**Работники страховых организаций (10%)**: *сомнение в своем профессионализме; недостаток знаний по медицинскому страхованию.*

**Работники органов управления здравоохранением**: *сомнение в профессионализме; озабоченность материально-техническим снабжением учреждений здравоохранения; боязнь риска и трудностей.*

**Работники администрации территорий**: *недостаток знаний по страхованию; сомнение в профессионализме; негативное отношение к идее ОМС; озабоченность появлением новых структур.*