Ромашко, Никита Александрович. Развитие медицинского страхования в России на региональном уровне : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Ромашко Никита Александрович; [Место защиты: Сарат. гос. соц.-эконом. ун-т].- Саратов, 2012.- 235 с.: ил. РГБ ОД, 61 12-8/2736

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Теоретические основы медицинского страхования 11**

1.1. Экономическое содержание и принципы организации медицинского страхования 11

1.2. Роль социального и частного медицинского страхования в финансовом обеспечении расходов на здравоохранение 31

1.3. Организационно-правовые и финансовые основы функционирования региональных систем медицинского страхования в России 52

**Глава 2. Состояние региональных систем медицинского страхования в современной России 73**

2.1. Проблемы и тенденции развития медицинского страхования на региональном уровне 73

2.2. Оценка состояния и результатов реформирования системы обязательного медицинского страхования в регионах 99

2.3. Роль страховых медицинских организаций в системе социального медицинского страхования 119

**Глава 3. Направления развития медицинского страхования на региональном уровне 141**

3.1. Резервы повышения эффективности и укрепления финансовой устойчивости региональных систем социального медицинского страхования 141

3.2. Развитие конкурентной среды в сфере медицинского страхования 153

3.3. Перспективы и направления развития частного медицинского страхования 177

Заключение 187

Список использованных источников 195

* [Роль социального и частного медицинского страхования в финансовом обеспечении расходов на здравоохранение](http://www.dslib.net/finansy/razvitie-medicinskogo-strahovanija-v-rossii-na-regionalnom-urovne.html#5142921)
* [Организационно-правовые и финансовые основы функционирования региональных систем медицинского страхования в России](http://www.dslib.net/finansy/razvitie-medicinskogo-strahovanija-v-rossii-na-regionalnom-urovne.html#5142922)
* [Оценка состояния и результатов реформирования системы обязательного медицинского страхования в регионах](http://www.dslib.net/finansy/razvitie-medicinskogo-strahovanija-v-rossii-na-regionalnom-urovne.html#5142923)
* [Развитие конкурентной среды в сфере медицинского страхования](http://www.dslib.net/finansy/razvitie-medicinskogo-strahovanija-v-rossii-na-regionalnom-urovne.html#5142924)

**Введение к работе**

**Актуальность темы исследования.** Внедрение страховых принципов в организацию национальной системы здравоохранения в начале 90-х годов привело к созданию и функционированию в течение последующих 20 лет бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения и стало отправной точкой в формировании региональных систем обязательного и добровольного медицинского страхования (ОМС и ДМС). По мере становления медицинского страхования постепенно усиливалась дифференциация уровня его развития в регионах под влиянием экономических, природных, демографических и других факторов.

Несмотря на довольно низкое значение норматива подушевого финансирования в системе ОМС, установленного в период 2009-2012 гг. на уровне около 4100 руб., дефицит финансирования территориальных программ ОМС имел место в 74 субъектах РФ, причем в 50 из них превышал 30%. В целом по России совокупный дефицит финансового обеспечения Территориальных программ госгарантий в 2010 г. достиг 337 млрд руб. Действовавшая территориальная модель финансирования ОМС привела, по сути, к дискриминации населения в получении качественного медицинского обслуживания в зависимости от места проживания. Функционирование системы добровольного медицинского страхования не изменило в корне сложившуюся ситуацию в связи с крайне неравномерным распространением в субъектах РФ вследствие низких доходов и невысокой страховой культуры большей части населения. Из 97 млрд руб. страховых премий, собранных по ДМС в 2011 году, 70% пришлось на три региона (Москва, Санкт-Петербург и Тюменская область).

В сложившихся условиях совершенствование организации медицинского страхования относится к числу особо актуальных проблем, требующих наиболее быстрого решения. В "Стратегии национальной безопасности РФ до 2020 г." модернизация системы ОМС определена в качестве среднесрочной стратегической цели обеспечения национальных интересов и противодействия угрозам в сфере здравоохранения. С 2011 года национальная система ОМС вступила в фазу активного реформирования, предполагающего существенную перестройку ее организационного и финансового механизма. В каждом субъекте Российской Федерации началась реализация региональных программ модернизации здравоохранения, направленных на подготовку к переходу на новую модель ОМС, который должен полностью завершиться к 2015 году. Законодательные новации в сфере ОМС постепенно претворяются в жизнь, неизбежно отражаясь на состоянии и тенденциях развития региональных систем обязательного и добровольного медицинского страхования.

Начавшаяся реформа актуализировала потребность в развитии теоретико-методологических основ и разработке практических рекомендаций, направленных на повышение устойчивости и эффективности функционирования медицинского страхования в регионах России. Многообразие имеющих место проблем организации обязательного и добровольного медицинского страхования, неоднозначность их практического решения, необходимость обобщения постоянно обогащающегося зарубежного и отечественного опыта, а также оценки законодательных новаций в данной сфере свидетельствуют об актуальности темы диссертационного исследования.

**Степень разработанности проблемы.** Большой вклад в разработку теории и методологии экономических исследований, посвященных вопросам реформирования и развития медицинского и социального страхования, внесли представители зарубежных экономических школ и направлений: А.Б. Аткинсон, Е.Д. Берковиц, У. Беверидж, Т. Катлер, К.Е. Кларк, Т.Г. Маршалл и другие.

Внедрение в России системы ОМС способствовало активизации научных исследований в области управления и финансирования здравоохранения. Этим вопросам посвящены труды В. Стародубова, В. Шевского, И. Шеймана, О. Щепина и ряда других авторов.

Исследованием вопросов формирования финансовых ресурсов здравоохранения на основе развития страховой медицины занимались Б.И. Бояринцев, В.И. Самаруха, A.M. Таранов, С.В. Шишкин. Значительный вклад в развитие теории и практики медицинского страхования внесли такие ученые, как В.В. Дрошнев, Э.Т. Кагаловская, А.В. Решетников, В.И. Стародубов. Они уделили внимание современным проблемам развития медицинского страхования, формированию методологии оценки качества функционирования системы охраны здоровья населения.

Проблемы формирования рынка добровольного медицинского страхования нашли свое отражение в работах: Н.Б. Грищенко, Л.И. Корчевской, К.Е. Турбиной, Г.В.Черновой, Т.А. Федоровой, И.М. Шеймана и др.

Исследования вышеперечисленных и других авторов, заложили основу научных знаний, необходимых для развития теории и практики управления региональными системами медицинского страхования. Однако многие аспекты функционирования обязательного и добровольного медицинского страхования в теоретическом и методологическом плане изучены еще недостаточно. Как показывает анализ научно-практической литературы, в настоящее время отсутствуют комплексные исследования воздействия осуществляемых преобразований в сфере ОМС на состояние региональных систем медицинского страхования, еще не сформировано научное представление об обязательном и добровольном медицинском страховании как целостной, интегрированной, развивающейся системе.

Актуальность исследования характера и результатов преобразований в системе ОМС, а также поиска новых инструментов повышения эффективности и устойчивости региональных систем медицинского страхования обуславливает важность проведения дальнейших научных исследований в этом направлении, что предопределило выбор цели и задач диссертационной работы.

**Цель и задачи диссертационного исследования**. Целью диссертации является развитие теоретических основ, методологического и методического обеспечения авторского подхода к формированию эффективной интегрированной системы медицинского страхования на региональном уровне.

В соответствии с целью диссертационного исследования автором поставлены следующие задачи теоретического и прикладного характера:

- уточнить экономическое содержание и принципы организации медицинского страхования;

- определить преимущества и выявить роль медицинского страхования в финансировании расходов на здравоохранение в современных условиях;

- раскрыть организационно-правовые и финансовые основы функционирования региональных систем медицинского страхования;

- исследовать современное состояние, выявить проблемы и тенденции развития обязательного и добровольного медицинского страхования в регионах;

- дать оценку результатам и основным направлениям реформирования системы ОМС на региональном уровне;

- обосновать необходимость и механизмы повышения роли страховых медицинских организаций в системе медицинского страхования;

- выявить резервы и разработать механизмы повышения эффективности и финансовой устойчивости региональных систем обязательного медицинского страхования;

- разработать предложения по стимулированию развития конкурентной среды деятельности страховых медицинских организаций;

- дать рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования в регионах.

**Предметом исследования** в диссертационной работе являются финансовые отношения, возникающие между субъектами и участниками медицинского страхования.

**Объект исследования -** региональные системы медицинского страхования России, включая деятельность территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций.

**Методологической основой исследования** послужили диалектический метод и системно-функциональный подход, предполагающие изучение явлений в их постоянном развитии и взаимосвязи, что позволило всесторонне исследовать региональные системы медицинского страхования, а также методологические положения бюджетного, налогового и страхового законодательства. В процессе работы использовались методы анализа и синтеза, логического и сравнительного анализа, обобщения, группировки и классификации, прогнозные расчеты, экономико-статистические методы.

**Теоретическую базу диссертационного исследования** составили работы ведущих отечественных и зарубежных ученых, посвященные различным аспектам организации и развития медицинского страхования, а также вопросам финансового обеспечения системы здравоохранения в Российской Федерации в целом.

**Информационной базой исследования** выступают законодательные и нормативные акты Российской Федерации, нормативные документы Министерства здравоохранения и социального развития, Федерального и территориальных фондов ОМС, данные отечественной страховой статистики; материалы, опубликованные в средствах массовой информации, ресурсы сети Интернет.

**Научная новизна** **исследования** в целом состоит в разработке эффективной интегрированной системы медицинского страхования на региональном уровне на основе развития теории социального страхования и финансов здравоохранения, разработки методологических принципов и методических подходов к организации и интеграции социального и частного медицинского страхования в регионах.

Наиболее существенные результаты диссертационного исследования заключаются в следующем:

- предложена трактовка медицинского страхования как системы экономических (финансовых) отношений, возникающих по поводу формирования страховщиком за счет взносов страхователей фонда денежных средств и его использования для оплаты медицинской помощи застрахованным в соответствии с условиями договора (программы) страхования;

- разработана классификация медицинского страхования, отличающаяся более полным составом и четкой формулировкой классификационных признаков;

- уточнены, дополнены и сгруппированы общие и специальные принципы медицинского страхования в разрезе социального и частного;

- доказано наличие общемировой тенденции территориального расширения и углубления страховых принципов финансирования здравоохранения, предопределяющей повышение роли медицинского страхования в финансовом обеспечении расходов на охрану здоровья;

- раскрыто содержание понятия "региональная система медицинского страхования" как функционирующей на территории субъекта РФ двухуровневой интегрированной системы, объединяющей страховщиков (включая организации, выполняющие полномочия или отдельные функции страховщика), обеспечивающих на основе действия страхового механизма оказание услуг социального и частного медицинского страхования в целях обеспечения гарантированной медицинской помощи застрахованным и охраны их здоровья;

- выявлены основные проблемы функционирования региональных систем медицинского страхования и дана их типология по уровню финансовой обеспеченности, прогрессивности используемых технологий, конкуренции и результативности;

- раскрыта многоаспектная связь развития региональных систем медицинского страхования с процессами реформирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС); определены факторы риска финансовой неустойчивости системы ОМС;

- выявлены предпосылки повышения роли страховых медицинских организаций в функционировании региональных систем медицинского страхования (формирование конкурентной среды в сегменте ОМС; усиление экономической мотивации страховых медицинских организаций к повышению результативности деятельности; усиление конкурентной позиции медицинских страховщиков в сегменте добровольного (частного) медицинского страхования);

- даны предложения по повышению эффективности и устойчивости финансовой системы ОМС на основе использования резервов роста платежей отдельных групп страхователей, рационализации страхового механизма, развития конкурентной среды деятельности страховых медицинских организаций;

- разработана методика рейтинговой оценки деятельности страховых медицинских организаций, отличающаяся от аналогов набором показателей, которые позволяют обеспечить застрахованных лиц актуальной информацией для реализации права выбора медицинского страховщика;

- обоснована необходимость разработки региональных программ развития добровольного (частного) медицинского страхования и предложены подходы, включая финансовый инструментарий их формирования и реализации.

**Теоретическая и практическая значимость** диссертационного исследования заключается в том, что его результаты расширяют и углубляют теоретическую и методологическую базу формирования эффективных интегрированных систем медицинского страхования. Основные теоретические выводы диссертации, отражающие научную позицию автора, доведены до конкретных методических положений и практических предложений, имеющих важное народнохозяйственное значение - повышение финансовой устойчивости и эффективности функционирования региональных систем медицинского страхования в целях гарантированного финансирования расходов на здравоохранение и улучшения здоровья нации.

Разработанные в диссертации научные положения и практические рекомендации могут быть использованы в деятельности Федерального и территориальных фондов ОМС, органами государственной власти в законотворчестве, внесении изменений и дополнений в действующие нормативные акты, в аналитической работе по совершенствованию организации обязательного медицинского страхования и стимулированию развития добровольного медицинского страхования в регионах; страховыми медицинскими организациями и универсальными страховыми компаниями при разработке программ комплексного медицинского страхования. Теоретические и методические аспекты исследования могут также найти применение в учебном процессе вузов при преподавании дисциплин "Финансы", "Страхование", "Основы социального страхования", "Медицинское страхование", "Внебюджетные фонды".

**Апробация работы.** Основные положения диссертации обсуждены и получили апробацию в тезисах, статьях и выступлениях на научных конференциях, проходивших в городах Саратов (2010-2011 гг.) и Санкт-Петербург (2011 г.).

Наиболее существенные положения и результаты исследования нашли свое отражение в 9 публикациях автора общим объемом 3,9 п.л., в том числе в 3 статьях, опубликованных в изданиях, рекомендованных ВАК.

Предлагаемые автором отдельные практические рекомендации по совершенствованию организации ОМС в части формирования конкурентной среды и повышения результативностити деятельности страховых медицинских организаций используются в деятельности Территориального фонда ОМС Саратовской области. Основные теоретические разработки используются в Саратовском государственном социально-экономическом университете при преподавании дисциплин "Финансы", "Страхование", "Основы социального страхования", "Внебюджетные фонды". Практическое использование результатов исследования подтверждено справками о внедрении.

**Объем и структура работы.** Работа имеет следующую структуру, определенную логикой анализа взаимосвязанных аспектов изучаемого предмета и совокупностью решаемых задач:

## Роль социального и частного медицинского страхования в финансовом обеспечении расходов на здравоохранение

Таким образом, обобщение имеющихся разработок по данному вопросу, уточнение и дополнение критериев классификации признаками "форма страхового обеспечения", "территория страхового покрытия", "возможность возврата страховых взносов", "наличие накопительного элемента" позволило нам представить авторскую классификацию, включающую 14 критериев.

Важным моментом в определении экономического содержания медицинского страхования является уточнение базовых принципов, на которых оно строится. Однако единое мнение по данному вопросу отсутствует. В преобладающем числе источников приводятся принципы обязательного медицинского страхования, причем зачастую авторы оперируют принципами, закрепленными в нормативно-правовой базе. Реже в литературе можно встретить иной состав принципов медицинского страхования, в числе которых наиболее часто называют принцип солидарности.

Так, например, Климин В.Г. выделяет следующие девять принципов страхового механизма финансирования здравоохранения: ведомственный; передачи риска; объединения риска; страхуемости риска; солидарности; присутствия страхового интереса; территориальной и временной раскладки ущерба; причинно-следственной связи; финансовой эквивалентности . По нашему мнению, среди перечисленных характеристик к принципам страхового механизма следует отнести только солидарность и финансовую эквивалентность, а в остальных случаях речь идет об отдельных чертах страховых отношений.

Совершенно иной состав принципов приведен Романовским В.Г.: социальной солидарности; равнодоступности механизма и плюрализма выбора услуг; экономической эффективности; автономности и равноправия; прозрачности отчетности и подконтрольности государству; многоканальности финансирования; управляемости медицинскими услугами; независимости медицинской экспертизы. Недостаток такого подхода мы видим в смешении принципов медицинского страхования как такового с принципами и целевыми ориентирами организации системы обязательного медицинского страхования в России, то есть необходима их систематизация. В федеральном законе 326-ФЗ выделены следующие принципы социаль-ного (обязательного) медицинского страхования в России : 1) обеспечения медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС; 2) устойчивости финансовой системы ОМС, обеспечиваемой на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС; 3) обязательности уплаты страхователями страховых взносов; 4) государственной гарантии соблюдения прав застрахованных лиц независимо от финансового положения страховщика; 5) создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи; 6) паритетности представительства субъектов и участников ОМС в органах управления системой.

Из числа указанных принципов полностью реализованы далеко не все, поэтому их также можно назвать целевыми ориентирами. Причем возникает определенное противоречие между первым и вторым принципами, поскольку первый устанавливает объем социально-страхового обеспечения в рамках территориальной программы ОМС, а второй косвенно вводит его ограничение объемом имеющихся средств. А установление четвертого принципа (госгарантий на случай неплатежеспособности страховщика) предполагает возможность невыполнения принципа устойчивости финансовой системы ОМС. Первый и третий принцип тоже, по сути, не являются принципами, так как их содержание определяет размер страховой суммы и обязанность страхователей.

По нашему мнению, принципы должны отражать методологические особенности формирования и использования страхового фонда, пропорции и границы перераспределительных процессов при медицинском страховании. При этом следует разграничить принципы медицинского страхования как такового (без их наличия медицинское страхование утратит свою сущность) и принципы функционирования системы медицинского страхования (организационные принципы).

Вполне логично предположить, что для медицинского страхования в целом характерны базовые страховые принципы, присущие всем видам страхования. Изучение экономической литературы показало, что в теории страхования по данному вопросу нет единой точки зрения, и он носит дискуссионный характер. Отечественные ученые в составе принципов называют следующие: замкнутой раскладки ущерба, взаимности, эквивалентности, солидарности, передачи риска наступления экономических потерь, объединения экономического риска14. Причем многие из названных принципов не имеют однозначной, закрепленной только за ними трактовки. Так, например, «принцип эквивалентности» наиболее часто трактуется как сбалансированность доходов и расходов страховщика15, но в то же время определяется и как зависимость страховой выплаты, получаемой конкретным страхователем, от величины уплаченных им взносов16. Однако если учесть смысловое значение слова «эквивалентность» (равенство, равнозначность), то можно придти к выводу, что его использование, как в первом, так и во втором случае, некорректно. Поскольку в первом случает речь идет не об абсолютном равенстве доходов и расходов страховщика, а только об их необходимом соотношении

## Организационно-правовые и финансовые основы функционирования региональных систем медицинского страхования в России

По данным ВОЗ доля страхового канала в государственном финансировании здравоохранения в России за период 2000 - 2008 гг. понизилась с 40,3 до 38,7%. Однако еще большим отличием России от большинства развитых стран является не форма финансирования, а его объемы: 1) в среднем по всем странам мира доля расходов на здравоохранение в 2007 году составляла 9,7% от ВВП, увеличившись за 7 лет на 0,5 п.п., тогда как в России этот показатель стабильно составляет 5,4%, находясь на уровне таких стран, как Таджикистан и Танзания. По данному показателю Россию обгоняют не только страны американского (13,6%), европейского (8,8%) регионов и западной части Тихого океана (6,5%), но и даже африканского региона (6,2%); 2) доля государственных расходов на здравоохранение в их общем объеме повысилась на 4 п.п. до 64,2%, что выше среднемирового показателя, но ниже стран европейского региона. Темпы роста государственных расходов были очень высркими (554% ), они возросли в среднедушевом выражении с до 316 долларов, достигнув 66% от среднемирового значения и уровня таких стран, как Черногория (314 долл.) и Турция (320 долл.); 3) несмотря на высокие темпы роста в абсолютном выражении, показатель доли государственных расходов на здравоохранение в ВВП вырос за 7 лет только на 0,23 п.п. до 3,46% и достиг 60% от общемирового значения, что в 2 раза ниже его среднего уровня в странах американского и европейского регионов; 4) в определенной степени низкий уровень государственного финансирования здравоохранения в России объясняется отличием структуры государственных расходов. Если в среднем по всем странам мира совокупные затраты государства на здравоохранение в общем объеме госрасходов достигли в 2007 году 15,4%, увеличившись за 7 лет на 0,9 п.п., то в России данный показатель вырос лишь на 0,6 п.п. и составил 10,2%, что примерно соответствует уровню африкацских стран, например, Эфиопии (10,2%). В 2009 году данный показатель понизился до уровня 8,54%, что свидетельствует об иных приоритетах в государственной бюджетной политике.

Достаточно высокий удельный вес частного финансирования здравоохранения в России (36%) в условиях всеобщего социального медицинского страхования является тревожным сигналом. Как правило, высокая доля частных расходов в совокупных расходах на охрану здоровья ассоциируется с более низким уровнем доступности населения к медицинской помощи, зависящим от возможности различных социальных слоев населения платить за необходимую помощь25. В свою очередь сокращение доступности медицинской помощи может трансформироваться, особенно в странах с низким уровнем социально-экономического развития, в ухудшение состояния здоровья населения, что собственно и произошло в России.

Еще одной причиной меньшего абсолютного и относительного размера государственных расходов на здравоохранение в России следует назвать от сутствие лекарственного обеспечения (страхования) в амбулаторно-поликлиническом звене, в связи с чем данные потребности населения обеспечиваются за счет частных расходов (программа дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) за счет бюджетных средств распространяется только на отдельные льготные категории - около 6 млн человек, а реально получают лекарства по этой программе около 4 % населения) и в статистике ВОЗ учитываются частично.

В большинстве же европейских стран, как со страховой моделью (Австрия, Бельгия, Германия, Нидерланды, Франция и др.), так и бюджетной (Дания, Испания, Италия, Соединенное Королевство, Швеция и др.) государство оплачивает значительную часть расходов на лекарства при амбулаторно-поликлиническом обслуживании (от 34% в Сербии до 85% в Соединенном Королевстве), и в абсолютном выражении эти суммы могут достигать 495 долл. в год на человека (Ирландия, 2009 год) . В целом доля затрат на медикаменты (исключая стационары) в общем объеме затрат на здравоохранение составляла в 2009 году от 7,3% в Норвегии до 32,6% в Венгрии.

Таким образом, одна из основных целей реформы системы финансирования здравоохранения в России в начале 90-х годов - увеличение объемов финансирования отрасли - не была достигнута, что неизбежно отразилось на показателях здоровья, в частности, продолжительности жизни россиян. Общеизвестны результаты исследований экспертов ВОЗ, в 80-х гг. прошлого столетия определивших ориентировочное соотношение факторов обеспечения здоровья современного человека: на 15-20% здоровье определяется генетическими факторами, на 50-55% - условиями и образом жизни, на 20-25% -состоянием окружающей среды. По их мнению, состояние медицины определяет здоровье населения не больше, чем на 15%.

Однако по последним данным, то состояние системы здравоохранения, о котором в значительной мере свидетельствует объемы его финансирования, намного более существенно влияет на продолжительность жизни. Это, в частности, подтверждают данные доклада Организации объединенных наций «О развитии потенциала человеческого развития в Российской федерации за 2008 год». На приведенном на рисунке 5 графике по левой оси ординат отложены затраты на здравоохранение в долларах США по паритету покупательной способности, а на правой шкале ординат - число лет превышения продолжительности жизни над пороговыми значениями 60 лет для мужчин и 70 лет для женщин. Кривые на графике отчетливо свидетельствуют: чем выше объемы финансирования здравоохранения, тем выше продолжительность жизни (особенно мужчин).

## Оценка состояния и результатов реформирования системы обязательного медицинского страхования в регионах

Центральным звеном региональной системы ОМС каждого субъекта РФ, выступает территориальный фонд ОМС - некоммерческая организация, созданная органами исполнительной власти региона для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования. Главная задача ТФОМС состоит в управлении региональной системой ОМС, обеспечении ее финансовой устойчивости, координации взаимодействия всех субъектов (застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций, медицинских учреждений).

Выполняя функции страховщика на территории субъекта РФ, ТФОМС аккумулирует все доходы системы в региональном страховом фонде ОМС, осуществляет его распределение и контролирует использование средств. До 2001 г. в функции ТФОМС входило также администрирование страховых взносов работодателей (до замены их единым социальным налогом), до 2010 года - регистрация страхователей- работодателей (функции перешли к Пенсионному фонду РФ).

Основные параметры социально-страхового обеспечения застрахованных в конкретном календарном году на территории каждого субъекта РФ определяются Территориальной программой ОМС (ТП ОМС), разработанной на основе базовой программы ОМС - составной части Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (1111) на календарный год. Эта программа разрабатывается в целях обеспечения единого стандарта медицинских услуг населению на всей территории России.

В территориальной программе ОМС фиксируются виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения (с учетом районных коэффициентов) на территории конкретного субъекта Федерации, которые не должны быть меньше установленных базовой программой ОМС. При формировании ТП ОМС нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

Помимо этого программа уточняет порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь (состав элементов тарифа, оплачиваемых по ОМС). Хронический недостаток ресурсов в системе ОМС привел к тому, что на протяжении многих лет в тарифы медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, включались только пять статей: заработная плата, начисления на заработную плату, оплата медикаментов, питание, расходные материалы, что иногда составляет не более 40% от полной суммы затрат. Иные затраты могут быть включены в состав тарифа, оплачиваемого по ОМС, только при условии выполнения установленных Программой финансовых нормативов.

На основе установленных нормативов медико-страхового обеспечения определяется стоимость территориальной программы ОМС, в т.ч. на 1 застрахованного. При наличии дополнительных источников финансирования региональные органы власти могут установить в ТП ОМС дополнительные гарантии медицинского обслуживания, сверх установленных в базовой программе ОМС. Таким образом, ТП ОМС создает основу финансового планирования в системе ОМС региона, определяя требуемый объем страхового фонда и источники его формирования.

Если на необходимый объем регионального страхового фонда прямо влияют показатели Территориальной программы ОМС, то фактором, определяющим его реальный размер, выступает состав закрепленных за ним источников финансирования. К ним относятся: страховые взносы страхователей, включая средства, передаваемые территориальными бюджетами на ОМС неработающего населения; инвестиционные доходы; безвозмездные поступления от ФФОМС (на финансовое обеспечение отдельных расходов, закрепленных за системой ОМС, и обеспечение выравнивания финансовых условий функционирования региональной системы ОМС), а также прочие поступления.

Основным доходным источником региональной системы ОМС являются страховые взносы страхователей. Страхователем работающего населения выступают организации; физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей; частные нотариусы, адвокаты; физические лица, заключившие договор с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются страховые взносы, подлежащие зачислению в фонды ОМС30. В период с 2001-2009 гг. страхователи уплачивали вместо страховых взносов единый социальный налог, часть которого была предназначена на ОМС. До 2005 года размер тарифа на ОМС был стабилен и составлял 3,6%), С 2005 года он уменьшился до 2,8% , а с 2006 года возрос до 3,1%. Последнее повышение состоялось в 2011 году, когда тариф был повышен до 5,1%). Изменение пропорций распределения страховых взносов между ФФОМС и ТФОМС за данный период отражает тенденцию усиления централизации доходных источников в условиях недостаточности ресурсов ФФОМС для осуществления выравнивания финансовой обеспеченности региональных систем ОМС

## Развитие конкурентной среды в сфере медицинского страхования

На основе этих стандартов регионы принимают медико-экономические стандарты, которые являются основой для оплаты медицинской помощи. Новая система меняет этот подход, поскольку содержательно стандарты должны быть одинаковыми по всей территории России. На основании этих стандартов формируются клинические протоколы для всех ЛПУ. В основу стандарта закладывается определённый набор медицинских услуг, который на сегодняшний день сформирован, по сути, на базе тех стандартов, которые имеются и которые предполагается вводить в течение ближайших двух лет.

Результатами реализации программ в каждом субъекте РФ должны стать: - внедрение полного тарифа оплаты медицинской помощи за счет средств системы ОМС с учетом внедряемых стандартов оказания медицинской помощи; - внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результаты деятельности; - введение персонифицированного учета медицинской помощи и ресурсов на ее оказание; - обеспечение принципа экстерриториальности, т.е. доступности медиг цинских услуг для всех граждан независимо от места жительства; - приведение сети ЛПУ в соответствие с потребностью населения в медицинской помощи с учетом сбалансированности ТШ Г по видам и условиям оказания медицинской помощи.

Эффективность реализации региональных программ модернизации здравоохранения и расходования средств системы ОМС будет оценена на основе достижения целевых значений показателей результативности (индикаторов), разделенных на 2 группы: показатели медицинской результативности (включая показатели смертности, удовлетворенности населения медицинской пог мощью) и показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения (включая показатели среднегодовой занятости койки, дефицита территориальной программы госгарантий, дефицита обеспеченности врачебными кадрами).

Проведем анализ целевых значений показателей РПМЗ63 по субъектам РФ. Фондовооруженость ЛПУ на начало 2011 года различалась по регионам от 141 тыс. руб. на 1 врача в Кабардино-Балкарии до 4547 тыс. руб. в Ненецком автономном округе. После реализации РПМЗ она так и останется самой низкой в Кабардино-Балкарии, но при этом возрастет на 82% до 257 тыс. руб. Самая высокая фондовооруженность так и останется в Ненецком автономном округе, повысившись за 2 года всего на 3,8%) до.4720 тыс. руб.

Загруженность коечного фонда на начало 2011 г. в регионах России колебалась от 295 дней в Чечне до 347 дней в Московской области. РПМЗ в большей части регионов предполагают рост данного показателя (на основе сокращения коечного фонда), в результате чего количество регионов с загруженностью койки не менее 330 дней увеличится до 57.

Важным критерием доступности медицинской помощи является обеспеченность врачами. На начало 2011 г. дефицит врачей в поликлиниках наблюдался во всех регионах, вплоть до 51% в Чечне. В результате реализации РПМЗ дефицит врачей уменьшится практически во всех регионах. Количество регионов с дефицитом врачей в поликлиниках более 30%) сократится до 27. Самое высокое значение показателя так и останется в Чечне (50%).

Оценим также ожидаемый эффект влияния на уровень информатизации регионального здравоохранения. Надо заметить, что на начало 2011 г. в 33 субъектах РФ уже частично велись электронные медицинские карты (от 1% в Приморском крае до 45% в Алтайском крае). Практически во всех регионах (кроме 3) запланировано создание ЭМК, но процент охвата пациентов останется сильно дифференцированным: от 0,05 во Владимирской области до

100% в Ленинградской области и Москве. Только в 30 регионах ЭМК будет охвачено как минимум 50% пациентов. На начало 2011 г. в 50 регионах ЛПУ с электронным документооборотом вообще отсутствовали, а 100-процентный их охват был выявлен только в Смоленской и Кемеровской областях. Благодаря реализации РПМЗ впервые появится электронный документооборот в ЛПУ 47 регионов, а в остальных процент охвата повысится вплоть до 100%). Только в 25 субъектах РФ доля ЛПУ, использующих электронный документооборот, не превысит 50%).

Далее рассмотрим финансовые показатели. Как уже было отмечено, сбалансированность доходов и расходов в системе ОМС во многом зависит от размера страховых платежей за неработающее население. В РПМЗ запланирован рост платежей за неработающее население во всех регионах, но темпы прироста очень разные, например, в Саратовской области прирост платежей составит всего 6,1%, они увеличатся до 2010 руб. в год на человека. А в Сахалинской области их прирост составит 838% , они возрастут с 516 руб. до 4839 руб. Разброс между регионами по этому показателю так и останется высоким: от 782 руб. в Забайкальском крае до 31082 руб. в ЧАО. В целом количество регионов с платежами менее 2 тыс. руб. сократится до 25.

Дефицит финансирования региональных программ ОМС в 2011 г. составлял от 7,4% в Тульской области до 65%) в Калужской области, отсутствуя только в 9 субъектах РФ. Практически во всех регионах в РПМЗ запланировано снижение дефицита, количество субъектов РФ, не имеющих дефицита, возрастет до 11, а регионов с дефицитом, превышающим 30%), сократится до 19.