

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет
«Экономика и управление»

Кафедра
«Государственное управление и
социология региона»

Направление подготовки

38.03.04
Государственное и муниципальное
управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему

**«Организация обязательного медицинского страхования в
Российской Федерации»**

Студент гр.133ЭГ52 _____ Т.А. Лошкарева

Руководитель
к.с.н., доцент _____ В.Н. Ретинская

Нормоконтролер
к.с.н., доцент _____ И.А. Мурзина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ №_____)

Заведующий кафедрой _____ С.И. Неделько

Работа защищена с оценкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ №_____)

Секретарь ГЭК _____ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2018

Содержание

Введение.....	3
1 Социально-экономическая природа медицинского страхования.....	7
1.1 Роль обязательного медицинского страхования в современных условиях....	7
1.2 Правовые основы медицинского страхования.....	19
2 Организация обязательного медицинского страхования в РФ.....	27
2.1 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: значение, полномочия и основные направления деятельности.....	27
2.2 Анализ деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.....	35
3 Рекомендации по совершенствованию организации обязательного медицинского страхования в РФ.....	43
3.1 Рекомендации по внедрению механизмов вознаграждения медицинских организаций.....	43
3.2 Предложения по формированию системы показателей оценки деятельности медицинских организаций в субъектах Российской Федерации с учетом региональных особенностей.....	49
Заключение.....	55
Список использованных источников.....	59
Приложения.....	66

Введение

Актуальность темы бакалаврской работы обусловлена тем, что система обязательного медицинского страхования выступает в качестве важной социальной составляющей.

Научная новизна состоит в комплексном и законченном характере исследования, который позволил сделать существенные выводы относительно механизма регулирования порядка осуществления обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и предложены механизмы вознаграждения медицинских организаций в субъектах Российской Федерации за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В процессе работы над бакалаврской работой применялись системный, институциональный и структурно-функциональный подходы, на основе которых проведен комплексный анализ обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

В качестве теоретической базы бакалаврской работы были использованы работы ведущих специалистов в сфере обязательного медицинского страхования. Также в процессе подготовки исследования были использованы нормы и принципы различных нормативно-правовых актов Российской Федерации, в числе которых: положения Конституции Российской Федерации, нормы Гражданского Кодекса Российской Федерации, положения Налогового Кодекса Российской Федерации, содержание федеральных законов Российской Федерации «О обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «Об основах обязательного социального страхования», «Российской Федерации», «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» и другие. Помимо федеральных законов использованы указы Президента РФ, постановления Правительства РФ и другие нормативно-правовые акты.

Переработаны и внимательно изучены публикации периодической печати, специализированных изданий, посвященные данной теме.

Авсентьев В.И., Андреева О., Архипов А.П., Резников А.А. и Кузнецов А.В. рассматривают законодательство в сфере обязательного медицинского страхования.

Бородин А.Ф., Гареева И.А., Гришин В.В. Стародубов В.И. и Савельева Е.Н. раскрывают понятие и место обязательного медицинского страхования.

Гура Г.М., Кадыров Ф.Н., Кузнецова Т.В., Рейхарт. Д.В., Шишкин С.В., Гудков А.А. и Попович Л.Д. говорят в своих работах о перспективах обязательного медицинского страхования.

Дрошнев В.В. в своей работе исследует этапы развития обязательного медицинского страхования в России: история и современность.

Захаров А.А., Решетников А.В., Алексеева В.М., Е.Б. Галкин раскрывают тему финансирования здравоохранения в современной России.

Карякин Н.Н. в своей работе пишет об оценке эффективности структуры управления территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

Комаров Ю.М. анализирует организацию медицинского страхования в России и за рубежом.

Кравченко Н. говорит в своей работе об обеспеченности населения средствами ОМС в регионах России.

Литовка П.И., Литовка А.Б., Чебоненко Н.В. пишут про добровольное медицинское страхование: правовой режим и перспективы развития.

Маршалова А.С., Уланова Н.К. свою работу посвящают раскрытию проблемы эффективного использования фондов обязательного медицинского страхования.

Мищенко Т.Е. раскрывает основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования.

Олишевская Т.Т., Савченко И.И. в своей работе исследуют систему медицинского страхования России и ее проблемы.

Панкратов В., Фёдорова Т.А. в своих работах пишут про медицинское страхование и защиту здоровья населения.

Финченко Е.А. исследует деятельность системы обязательного медицинского страхования.

Цель данной бакалаврской работы состоит в определении значения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, как одного из видов социального страхования, а также в изучении организационных и финансовых составляющих ОМС.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

- изучить социально-экономическую природу медицинского страхования;
- исследовать историю развития медицинского страхования в России;
- проанализировать правовые и финансовые основы медицинского страхования;
- рассмотреть Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: значение, полномочия и основные направления деятельности;
- проанализировать деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- разработать рекомендации в виде механизмов вознаграждения медицинских организаций в субъектах Российской Федерации за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- разработать рекомендации в виде методике формирования системы показателей оценки деятельности медицинских организаций в субъектах Российской Федерации с учетом региональных особенностей

Объектом исследования является обязательное медицинское страхование как одного из видов социального страхования в Российской Федерации.

В качестве предмета исследования выступает анализ организационных решений в сфере обязательного медицинского страхования.

Методологическую основу данной работы составили современные

общенаучные и специальные методы познания, в частности: анализ, синтез, системный, социологический, метод сравнительного правоведения, анализа документов и т.д.

Бакалаврская работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

1 Социально-экономическая природа медицинского страхования

1.1 Роль обязательного медицинского страхования в современных условиях

Каждому типу экономики и развития общества свойственны собственные особенности и специфические проблемы. Несмотря на множество положительных аспектов рыночной экономики, она также обладает рядом недостатков, в числе которых – повышенный уровень рисков, в особенности, для тех групп населения, которые обладают меньшим уровнем дохода и являются менее защищёнными по сравнению с более обеспеченными представителями общества. В этой связи обязательным элементом государственной политики становится система социального обеспечения, призванная нивелировать недостатки рыночной экономики. В качестве одного из обязательных элементов такой политики, в свою очередь, выступает социальное страхование, механизмы и инструменты которого дают возможность справедливого и эффективного аккумулирования и целенаправленного распределения финансовых ресурсов, обеспечения медицинской помощи и социальной защиты для граждан при наступлении определенных рисков. Уникальным характером в этой связи обладает система социального страхования, которая призвана выполнять непосредственные государственно-публичные функции обеспечения социальной защиты в современном обществе. Система социального страхования позитивно воздействует на формирование так называемого социально-рыночного поведения и менталитета населения, так как позволяет отчасти балансировать и снижать риски, свойственные рыночной экономике. Это обеспечивается за счет сочетания в данной системе на первый взгляд полярных и несовместимых позиций: персональной ответственности личности за собственное материальное

благополучие и коллективной (солидарной) взаимопомощи. Благодаря институту социального страхования формируются эффективные механизмы защиты работников и членов их семей, особенно востребованные и актуальные при наступлении определенных рисков. Одновременно преимущества и возможности социального страхования объединяют людей, не разобщая общества, так как позволяют человеку реализовать свою свободу и ответственность с учетом социальной справедливости. В рамках социального страхования выделяются различные виды страхования, важнейшее место в числе которых занимает медицинское страхование [48, с. 22].

Страхование здоровья выступает в качестве одного из важнейших направлений осуществления социальной защиты населения. Его основной задачей является финансовое обеспечение процессов оказания высококачественной медицинской помощи гражданам, нуждающимся в ней. Для того, чтобы четко понимать роль и значение системы медицинского страхования в современном обществе, необходимо кратко охарактеризовать основные этапы его развития.

Первое упоминание о принятии нормативно-правовых актов, посвящённых системе социального страхования, относится к середине XIX столетия. В соответствии с законом, принятым в 1861 году, был закреплён порядок создания при горных предприятиях так называемых вспомогательных касс, бюджет которых формировался за счёт взносов рабочих. Случае наступления определенных обстоятельств, в частности, болезни, работник, выступающий в качестве участника этого своеобразного фонда, получал пособие, сумма которого была фиксированной, но, тем не менее, имела прямое предназначение: облегчение материального положения работников на время их вынужденной нетрудоспособности. Чуть позже создание касс взаимопомощи стало популярным на основном количестве крупных предприятий. Часто они создавались даже без посредничества работодателей, что подтверждает их важность и социальную значимость. Однако показатели качества и доступности оказания медицинской помощи на тот момент времени были далеко не

удовлетворительными [43, с. 11].

При этом понимание важности обеспечения охраны здоровья сотрудников предприятий стала пониматься исследователями в различных сферах достаточно рано. Так, еще М.В. Ломоносов выступал числе первых исследователей, затронувших проблему гигиены и безопасности труда в России, важности сохранения здоровья работников. был М.В. Ломоносов. Еще в 1742 г. в работе «Первые основания металлургии и рудных дел» он проанализировал определенные проблемы, особенности организации, безопасности и гигиены относительно труда «горных людей», вопросы сохранения их здоровья и влияния производства на состояние здоровья, указал на необходимость принятия различных мер, которые способствовали бы сохранению и восстановлению здоровья трудящихся. Многие из вопросов охраны и безопасности, гигиены труда были позже также затронуты М.В. Ломоносовым, будучи острыми для развития русской промышленности. Им же были изобретены и собраны барометр и анемометр, а совместно с Г.В. Рихманов - сконструирован молниеотвод [43, с. 12].

Уже в 1847 году русским врачом А.Н. Никитиным выпускается в свет книга «Болезни рабочих с указанием предохранительных мер», в содержании которой были тщательным образом проанализированы условия труда и опасные факторы, негативно влияющие на состояние здоровья сотрудников в сфере 120 профессий.

Относительно новый период развития анализируемой сферы начинается с 1912 года, когда в российской империи формируется специально уполномоченный орган в сфере страхования - Совет по делам страхования. В результате его активной деятельности система страхования активно развивается, что подтверждается открытием по всей стране страховых товариществ и обществ. Одним из направлений их деятельности стала оплата лечения сотрудников при наступлении несчастных случаев и негативных последствий для работоспособности воздействия производственных факторов – то есть формируется система страхования при профессиональных

заболеваниях. Эти организации, принеся немалое значение в становление системы медицинского страхования, активно функционировали вплоть до революции, однако, в процессе становления нового советского государства и свойственной его государственной монополии в самых различных областях, в том числе, и в системе здравоохранения, - свою легитимность потеряли [42].

После прихода к власти советского правительства сам институт страхования был преобразован в институт социального обеспечения. Его действие распространялось на всех граждан государства и все случаи, результатом которых становилась временная потеря нетрудоспособности. Для финансирования данной сферы были сформированы специальные фонды, финансовые ресурсы которых формировались за счет уплаты предприятиями обязательных взносов, а также дотаций из государственного бюджета. В соответствии с бесплатной системой образования, необходимость в каких-либо дополнительных мерах и направлениях, механизмах страхования, отсутствовала. В целом сформированная таким образом система просуществовала до конца периода существования СССР.

После того, как Советский Союз распался, была восстановлена система непосредственного медицинского страхования. В 1991 году Правительством принимается закон № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ». Несмотря на факт принятия, его реальное действие начинается только с 1993 года, так как соответствующей организационной и структурной базы для функционирования обновленной системы страхования на тот момент сформировано не было. Одновременно было объявлено о формировании системы внебюджетных фондов, в том числе, и Фонда обязательного медицинского страхования, который должен был принять на себя часть функций по осуществлению контроля за качеством и эффективностью функционирования работы медицинских учреждений.

Однако в результате того, что как общественно-политическая, так и экономическая ситуация для восстановления системы медицинского страхования, а также формирования ее в соответствии с новыми реалиями,

оставалась довольно сложной, внедрение медицинского страхования на практике сопровождалось огромным количеством проблем. Четкая система разграничения полномочий между Фондом обязательного медицинского страхования и органами управления здравоохранения не была сформирована, что привело к возникновению массы разногласий, дублированию функций и реализуемых мероприятий, недостатку направлений государственного регулирования в одной сфере при избыточном его характере в другой [31].

Изначально поставленные в законе цели и механизм их реализации устаревали, не успевая за происходящими изменениями в законодательстве и экономике, поэтому медицинские работники, население в первые годы реализации закона не увидели ожидаемых изменений в системе здравоохранения, улучшения организации и качества медицинской помощи. Более того, в то время социальные ожидания настолько превысили достигнутые результаты, что породили сомнения в правильности сделанного выбора - перехода на принципы медицинского страхования.

Одной из причин отсутствия ожидаемых результатов с введением закона было резкое сокращение бюджетного финансирования системы здравоохранения. Другая причина – неспособность страховых медицинских организаций выполнять возложенные на них законом функции дополнительного источника финансирования и защиты прав пациентов. В первую очередь это было связано с выраженным дефицитом финансирования (страховые организации не могли приращивать финансовые средства путем размещения свободных финансовых ресурсов на банковских депозитах и в ценных бумагах), а также с несовершенством действующего законодательства, поэтому в последующем законодатель ввел в правовое поле новые субъекты страхования, - Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, - как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

Обязанности, связанные с организацией финансирования программ ОМС, были возложены на хозяйствующие субъекты и работодателей, которым вменялось отчисление в Фонд обязательного медицинского страхования в обязательном порядке 3,6% от размера фонда заработной платы как средства финансирования медицинского страхования сотрудников. Отчисления за неработающее начисление производились за счет органов исполнительной власти [24].

Внедрение ОМС проходило в условиях обострения экономического кризиса в стране, задержек в выплате заработной платы, снижения уровня жизни населения. На этом фоне формирования новых организационных структур (фондов, страховых медицинских организаций), которые располагали для своего развития иными, чем организации здравоохранения, финансовыми ресурсами, породило в среде работников здравоохранения чувство социальной несправедливости и как следствие этого неприятие самой системы ОМС.

Постепенно в процессе развития системы обязательного медицинского страхования, она получила распространение во всех регионах страны. Накопление опыта функционирования такой системы способствовало не только формированию организационных принципов и методологических основ, но и совершенствованию законодательной базы в данной сфере. На настоящий момент времени медицинское страхование выступает в качестве одного из элементов системы социального страхования. В качестве субъектов ОМС в государстве могут выступать: различные категории граждан, страховые организации, страхователи и система медицинских учреждений.

Согласно данным официальной статистики договорами обязательного медицинского страхования охвачено на сегодняшний день 131 миллиона населения, что составляет около 90% российских граждан, и около 10 тысяч различного рода медицинских учреждений, выступающих в качестве участников данной системы. С учетом этого в научной и исследовательской литературе высказывается мнение, что современная система медицинского страхования вступила, наконец, в завершающую фазу своего формирования,

будучи задуманной еще в 90-годы прошлого столетия. Однако говорить о том, что все основные элементы и механизмы ее в настоящее время являются окончательно сформированными и безупречно работающими, нельзя. В качестве одной из значимых проблем данной сферы выступает финансовая несбалансированность системы обязательного медицинского страхования, в том числе, в результате постоянного сокращения объемов государственного финансирования. Другой проблемой стала неэффективность государственного контроля над системой страхования вообще и институтом медицинского страхования в частности [29].

С 2011 года вступила в законную силу обновленная редакция закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» [3], в соответствии с которой был предусмотрен и постепенно реализован ряд необходимых структурных преобразований, направленных как на повышение качества страхования, так и совершенствование механизмов экономической заинтересованности совокупности субъектов данной системы, что в результате должно было оказать положительное влияние на качество и эффективность, доступность оказываемой медицинской помощи.

Согласно изменениям, внесенным в законодательство, граждане получили права выбора и смены один раз в течение года как страховой медицинской организации, так и медицинского учреждения, а также лечащего врача. В соответствии с изменениями нормативно-правовой базы также было закреплено право граждан на получение полиса единого образца, который действует на всей территории государства и не требует замены после смены страховщика. До этого выбор страховщика по системе обязательного медицинского страхования для работающего населения осуществлял работодатель, для неработающих граждан – орган исполнительной власти.

Полезными нововведениями также стали: определение понятия и основных элементов страхового риска, определение страхового случая и установление правового статуса и полномочий, характеризующих работу Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), а

также формирование перечня прав и обязанностей, пределов ответственности страхователей и застрахованных лиц. Не менее важным шагом стало установление алгоритмов и основных процедур по возмещению расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, необходимой в связи с причинением вреда здоровью на производстве.

Установлено право получения застрахованными лицами бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях и учреждениях, являющихся участниками системы обязательного медицинского страхования, на всей территории государства в соответствии с пределами базовой программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с внесенными изменениями в законодательстве также был закреплён заявительный порядок участия и вступления в систему обязательного медицинского страхования, были установлены равные условия участия в ней медицинских учреждений и организаций любой формы собственности и организационно-правовой формы, возможность участия для частнопрактикующих врачей. Также была предусмотрена возможность установления соплатежа в качестве средства компенсации стоимости медицинской услуги для отдельных категорий граждан (прежде всего, данные изменения коснулись финансирования медицинской помощи, оказываемой неработающим пенсионерам).

Предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета ФФОМС осуществляется в форме субвенций, направляемых в бюджеты территориальных фондов ОМС [3].

В рамках развития системы обязательного медицинского страхования были внесены изменения и в другие нормативно-правовые акты, в частности, в нормы федерального закона «О защите конкуренции», в соответствии с необходимостью установления того, что некоторых из его норм, регулирующих особенности и алгоритм отбора финансовых организаций, распространяться на страховые медицинские учреждения не будут.

В состав базовой программы обязательного медицинского страхования с

2013 года была включена скорая медицинская помощь, с 2015 года - высокотехнологичная медицинская помощь.

С 1 июля 2016 года в Российской Федерации стали функционировать страховые представители первого уровня, основной задачей которых стало информирование граждан об их праве на выбор врача и медицинского учреждения, а также консультирование по ряду вопросов, касающихся особенностей и процесса оказания медицинской помощи [39, с. 17].

Аналогичным образом, с 2016 года начинается масштабная работа по формированию новых механизмов контроля за деятельностью страховых медицинских организаций. За счет снижения практически в два раза суммы собственных средств, которые получают медицинские организации согласно результатам проведенных контрольных мероприятий, происходит формирование резервных средств, используемых впоследствии на приобретение и ремонт медицинского оборудования, обучение, повышение квалификации и переподготовку медицинских работников.

Также с 2016 года в регионах России была организована деятельность контакт-центров, одной из функций которых стала организация и контроль процессов рассмотрения обращений граждан со стороны страховых представителей первого уровня. Последними при этом ведется система электронного учета подобных обращений. Сотрудники контакт-центров в пределах своих полномочий и компетенции отвечают на поступающие вопросы граждан, информируют их об их правах, возможности бесплатной диспансеризации и участия в программе профилактических медицинских осмотров. Для постоянного поддержания качества работы системы в страховых медицинских организациях инициировано создание круглосуточных «горячих линий», дежурные сотрудники которых дают необходимые консультации по любым вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи [53].

С 2017 года начал свою работу институт страховых представителей второго уровня, основным направлением деятельности которых стала организация контроля, администрирования и работы с застрахованными

лицами в сфере необходимого информирования и сопровождения в процессе оказания медицинской помощи, в том числе, в процессе профилактических мероприятий. В качестве важнейшего направления деятельности провозглашена также защита прав и законных интересов участников системы обязательного медицинского страхования.

Полноценное функционирование системы страховых представителей началось в наступившем 2018 году, когда началась работа страховых представителей третьего уровня. Деятельность последних представляет собой, прежде всего, работу с письменными обращениями застрахованных лиц, в том числе, в сфере качества и эффективности полученной медицинской помощи. Одним из направлений работы выступает индивидуальное информирование и сопровождение застрахованного лица в процессе оказания медицинской помощи в соответствии с результатами пройденной диспансеризации. Для полноценного функционирования данного института на протяжении 2017 года была сформирована необходимая система нормативно-правового обеспечения, проведена серьезная работа по обучению специалистов, работающих в системе.

В соответствии с последними изменениями понятно, что происходит постепенно превращение страховых медицинских организаций в связующее звено между медицинскими учреждениями и застрахованным населением, в том числе, по вопросам информирования, получения квалифицированной и своевременной медицинской помощи, быстрого разрешения всех возникающих вопросов и потенциально возможных конфликтов. При этом безусловно положительным моментом является механизм финансирования работы страховых представителей, не требующий дополнительного финансирования со стороны застрахованных лиц, как и кадрового обеспечения, поскольку такая работа может быть организована за счет трудовых и финансовых ресурсов страховых медицинских организаций.

В связи с активным развитием информационных технологий и средств технической связи и поддержки, достижения научно-технического прогресса коснулись и системы обязательного страхования. В частности, в 2017 году был

запущен проект по индивидуальному информированию граждан в виде SMS-оповещения, напоминающего о необходимости или возможности принятия участия в диспансеризации, а также распространяющих сведения о режиме работы медицинских учреждений и специалистов медицинских организаций.

Одним из важнейших направлений деятельности стало формирование системы обязательного страхования, построенной на основных страховых принципах, в том числе, повышения роли страховых медицинских организаций и степени их ответственности, совершенствования механизмов и алгоритмов оплаты услуг медицинской сферы посредством использования средств системы обязательного медицинского страхования, повышение качества и доступности медицинских услуг [43].

Основой современного правового и организационного регулирования системы обязательного медицинского страхования становится организация его функционирования в рамках так называемой пациентоориентированной модели, основной целью которой является обеспечение прав граждан на получение квалифицированной и своевременной, качественной медицинской помощи и формирование эффективных механизмов защиты этого права и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования, привлечение населения к участию в диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах, формированию навыков контроля за состоянием своего здоровья, необходимого уровня грамотности в обозначенной сфере.

В этой связи особое внимание уделяется формированию и чёткому разделению основных уровней оказания медицинской помощи, контроль качества и равномерности финансирования в соответствии с потребностями всей системы и работой каждого отдельно взятого медицинского учреждения. Формируемая тарифная политика позволяет нивелировать последствия дифференциации между тарифами на оплату медицинской помощи в различных регионах страны, что способствует установлению и соблюдению принципов эффективного и справедливого использования средств в системе

медицинского страхования и сглаживанию существующих межрегиональных различий.

На основании направлений, реализуемых в рамках поддержки системы диспансеризации населения с 2018 года дополнительно реализуются программы, направленные на мотивацию населения к выполнению рекомендаций, сформулированными специалистами согласно результатам прохождения диспансеризации. Проводится также работа, направленная на повышение приверженности лечению у лиц, которые подлежат обязательному диспансерному наблюдению. Немалое внимание уделяется также предотвращению конфликтов между участниками системы обязательного страхования, разбору и урегулированию возникших проблем и спорных случаев, оказанию, в случае необходимости, консультативной, методической и правовой помощи. В соответствии с этим специалисты Фонда обязательного медицинского страхования говорят о создании новой системы страхового обеспечения в сфере медицинского страхования, которая в течение ближайшего года будет сбалансирована и качественным образом преобразована в сильную и эффективно работающую вертикальную структуру.

Таким образом, проведенное исследование основных направлений развития и формирования нормативно-правовых, организационных и методологических аспектов и элементов системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации свидетельствует о том, что в своем развитии она прошла непростой и довольно длительный путь. На протяжении этого пути были усовершенствованы и реализованы многочисленные изменения данной системы в различных направлениях. В результате современное состояние обязательного медицинского страхования является наиболее эффективным и работоспособным, несмотря на существование определенных проблем и недостатков. При этом важно учесть, что состояние системы социального страхования в целом и медицинского страхования в особенности выступает важнейшим элементом системы государственного управления в сфере здравоохранения, в связи с чем понятно ее значение в деле

обеспечения охраны здоровья нации, формировании ее трудового потенциала и обеспечения надлежащего качества и уровня жизни. Основой современного развития системы обязательного медицинского страхования выступает реализация пациентоориентированного подхода как основного принципа реформирования отечественной медицины, сохранения здоровья населения и повышения продолжительности жизни.

1.2 Правовые основы медицинского страхования

В современном государстве охрана здоровья граждан выступает в качестве одной из основных целей страны, которая не только формально признает право граждан на здоровье, но и формирует механизмы для его реализации. Здоровье населения выступает в качестве важнейшего фактора социального, культурного и экономического развития любой страны, который затрагивает в процессе своего функционирования совокупность всех сферы жизни общества любого государства. Здоровье населения выступает настолько важным ресурсом по ряду причин:

- прежде всего, от состояния здоровья и эффективности системы здравоохранения государства зависит продолжительность, уровень и качество жизни населения;
- во-вторых, от здоровья населения зависят уровень смертности и рождаемости, как важнейшие демографические характеристики государства;
- наконец, здоровье населения определяет качество трудовых ресурсов, которые естественным образом обеспечивают повышение уровня воспроизводства в экономической системе государства [24, с. 28].

В соответствии с этим от состояния системы здравоохранения зависит экономическое и социальное благополучие государства, качество выполнения соответствующих функций, возможности для осуществления политических,

научно-образовательных, экономических, лечебно-профилактических, управленческих и организационных мероприятий, которые направлены на реализацию прав граждан на сохранение и охрану здоровья.

В современном государстве никто не станет ставить под сомнения значение прав человека на здравоохранение и охрану здоровья, тем более, данное право имеет безусловный приоритет перед многими другими правами. В соответствии с этим определяющее значение в этой связи призвана играть система здравоохранения любого государства.

Сказанным определяется структура нормативно-правового обеспечения системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Прежде всего, основой правового регулирования системы обязательного медицинского страхования выступает Конституция РФ, закрепляющая право каждого человека на жизнь. Дополнительное социальное значение данного права определяется тем, что на его основе формируется совокупность прочих обязательных прав граждан - в том числе, среди них находится и право на охрану здоровья. Право граждан на здоровье (равно как и право на жизнь) выступает в качестве высшего неотчуждаемого блага для каждого человека и гражданина. В соответствии с этим в то же время оно не характеризуется только как личное благо гражданина, в соответствии с тем, что имеет еще и социальный характер, принадлежит людям, а для государства имеет также экономическое значение, как, впрочем, и для самой личности, которая в отсутствие здоровья, не имеет возможности заниматься трудовой деятельностью, а значит, получать основной доход. Таким образом, «право на здоровье» выступает в качестве составляющего элемента экономических, социальных, а также культурных прав человека. К числу данных прав также относится, например, право на образование или обеспечение достойных жилищных условий. Право на охрану здоровья и оказание качественной и грамотной медицинской помощи закреплено также в различных нормативно-правовых актах международного уровня, в частности, статьей 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах

1966 г. В соответствии с содержанием Декларации прав и свобод человека и гражданина установлено, что каждый обладает правом на получение квалифицированной медицинской помощи в рамках функционирования государственной системы здравоохранения, в связи с чем любое государство должно принимать необходимые меры для развития системы здравоохранения и обеспечения населения качественной и доступной медицинской помощью.

Конституцией Российской Федерации [1] гарантируется право граждан государства на охрану здоровья и медицинскую помощь. Статья 41 основного закона государства закрепляет и гарантирует данное право, одновременно указывая на способ его охраны и обеспечения: посредством оказания населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в соответствии с программами и перечнем бесплатных и обязательных медицинских услуг в рамках функционирования государственных и муниципальных учреждений за счет средств государственного бюджета, системы страховых взносов и прочих видов поступлений, которые предусмотрены законодательством [1]. В соответствии с практикой социального обеспечения такая медицинская помощь называется социальной, что способствует установлению ее правового статуса и содержания, а также отличия от различных видов платной медицинской помощи.

В соответствии с содержанием права на охрану здоровья понятно, что в данном праве наиболее отчетливо находит отражение реализация принципа взаимной свободы и взаимной ответственности между личностью и государством, согласование между собой их личных и общественных интересов. Особенность содержания данного права заключается в том, что оно, будучи закрепленным национальным и международным законодательством, принадлежит человеку еще до его рождения, т.е. уже на стадии эмбрионального развития [44, с. 25].

Будучи объемной категорией, данное право включает в себя ряд правомочий человека и, в соответствии с этим, обязанностей государственных (полномочных) органов, в том числе, соблюдение прав на охрану здоровья

населения Российской Федерации обеспечивается реализацией ряда направлений: охрана окружающей природной среды, создание благоприятных условий труда, создание благоприятных условий быта, формирование соответствующих условий отдыха, создание благоприятных условий воспитания и обучения граждан, производство и реализация доброкачественных продуктов питания, предоставление населению доступной медико-социальной помощи.

Обеспечение государством охраны здоровья гарантируется независимо от пола гражданина, его расы или национальности, не зависит от языка, его социального происхождения, особенностей должностного положения, места жительства, аспектов религиозных отношений или убеждений, а также любых иных обстоятельств. Государством гарантируется защита граждан от любых форм дискриминации, которая была бы обусловлена наличием у них определенных заболеваний.

В равной степени гарантируется право на охрану здоровья также и иностранным гражданам, которые находятся на территории России, что соответствует нормам международных договоров Российской Федерации. При этом правом на охрану здоровья пользуются и лица без гражданства, которые постоянно проживают на территории РФ, и беженцы – наравне с гражданами России, если иные нормы не предусмотрены международными договорами Российской Федерации.

В случае заболевания, утраты трудоспособности и в других случаях граждане страны имеют право на оказание медико-социальной помощи, включающей в себя, в соответствии с нормами законодательства, целый ряд аспектов, в том числе: профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая, зубопротезная помощь, а также совокупность мер социального характера, включающих уход за больными, нетрудоспособными и инвалидами, выплата пособий по временной нетрудоспособности по месту работы гражданина [44, с. 25].

Медико-социальная помощь должна быть оказана в рамках

профессиональной деятельности медицинских, социальных работников и иных специалистов в соответствии со сформированной системой учреждений систем здравоохранения и социальной защиты населения.

Все граждане Российской Федерации обладают правом на оказание бесплатной медицинской помощи в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Объем оказания бесплатной медицинской помощи гарантируется гражданам и обеспечивается на основании программ обязательного медицинского страхования. Граждане России обладают также правом на оказание дополнительных медицинских и иных услуг в соответствии с содержанием программ добровольного медицинского страхования, а также за счет финансовых ресурсов предприятий и организаций, учреждений, собственных денежных средств и других источников, которые не запрещены в законодательстве Российской Федерации.

Также в соответствии с содержанием данного права население государства имеет право получать регулярную и достоверную, своевременную информацию о факторах, которые способствуют сохранению здоровья или оказывают, напротив, на него вредное влияние, в том числе информацию, которая касается: санитарно-эпидемиологического благополучия района проживания, рациональных норм питания, продукции, работ, услуг, их соответствия санитарным нормам, техногенных аварий и катастроф других факторов.

Весь необходимый объем информации предоставляется государственными или муниципальными органами власти посредством средств массовой информации или предоставляет гражданам непосредственно по их запросам [43, с. 76].

При нарушении прав граждан в области охраны здоровья в результате недобросовестного выполнения медицинскими или фармацевтическими работниками их профессиональных обязанностей, что повлекло за собой причинение вреда здоровью гражданина или его смерть, ущерб в данном случае возмещается в том объеме и порядке, который установлен нормами

законодательства. При этом возмещение ущерба медицинскими и фармацевтическими работниками не освобождает от привлечения к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Следующим важным нормативно-правовым актом, способствующим формированию правовых аспектов охраны здоровья граждан и системы медицинского страхования, выступает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 №323-ФЗ [5]. В соответствии с нормами и принципами данного закона определяются особенности взаимоотношения государства и медицинских учреждений, страховых организаций, населения страны в системе здравоохранения и оказания медицинской помощи. В рамках названного закона определены основные принципы и направления обеспечения права граждан на получение медицинской помощи и охраны здоровья, обозначены особенности организационного и финансового обеспечения системы здравоохранения, правовой статус отдельных субъектов системы здравоохранения, их права и обязанности [5].

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ определяет основные понятия и принципы организации, социальное предназначение и экономическое (финансовое) обеспечение системы обязательного медицинского страхования, ее принципы и организационные основы. Также в рамках представленного закона определены основные субъекты системы обязательного медицинского страхования и их правовой статус [3].

Названные нормативно-правовые акты выступают основой формирования системы обязательного медицинского страхования на уровне федеральных нормативно-правовых актов. Не менее важными в этой связи являются Указы Президента Российской Федерации, направленные на формирование социальной политики государства и государственной политики страны в сфере здравоохранения: Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»

[10]; Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [11].

Немалая роль в системе регулирования системы медицинского страхования принадлежит также Постановлениям и распоряжениям Правительства РФ, направленным на регулирование определенных аспектов страхования и здравоохранения, в том числе: Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 года № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования», Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1226 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с тем, что исполнительным органом власти, регулирующим систему правоотношений в сфере здравоохранения, выступает Министерством здравоохранения Российской Федерации, важное место в системе правового регулирования медицинского страхования занимают и принятые им нормативно-правовые акты: в качестве примера можно привести приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 января 2011 года № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»; приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»; приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

В качестве нормативно-правовой основы системы финансового обеспечения медицинского страхования выступают ежегодно принимаемые законы о величине тарифов страховых взносов для различных категорий

сотрудников.

Таким образом, в соответствии со сказанным необходимо отметить, что в настоящее время в Российской Федерации сформирована качественная и достаточно детально проработанная система нормативно-правового обеспечения обязательного медицинского страхования, основанная на международно-правовых актах и Конституции Российской Федерации, закрепляющих право граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи, а также систем нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения и социального страхования.

2 Организация обязательного медицинского страхования в РФ

2.1 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: значение, полномочия и основные направления деятельности

Федеральный фонд ОМС был основан в 1991 г. с целью обеспечения оптимальных условий в сфере медицинского обслуживания населения РФ. Призван обеспечивать оказание бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и контролировать реализацию базовой программы ОМС. Кроме того, одной из главных функций фонда является распределение финансирования в территориальные фонды и медучреждения государства.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца. Также ФФОМС имеет свою структуру (Приложение

А).

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования является коллегиальным органом управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Состав Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования утверждается Правительством Российской Федерации. В состав Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования входят представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общественных организаций [54].

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд ОМС реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан на территории Российской Федерации и является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Стратегическим направлением деятельности Федерального фонда ОМС является обеспечение исполнения на территории России Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а также развитие и совершенствование нормативно-методической базы обязательного медицинского страхования.

Во исполнение установленных функций Федеральный фонд ОМС осуществляет аккумулирование финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) путем направления в ТФОМС финансовых средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС, финансовое обеспечение отдельных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по

улучшению демографической ситуации.

Система обязательного медицинского страхования имеет свою структуру, которая представлена на рисунке 1.

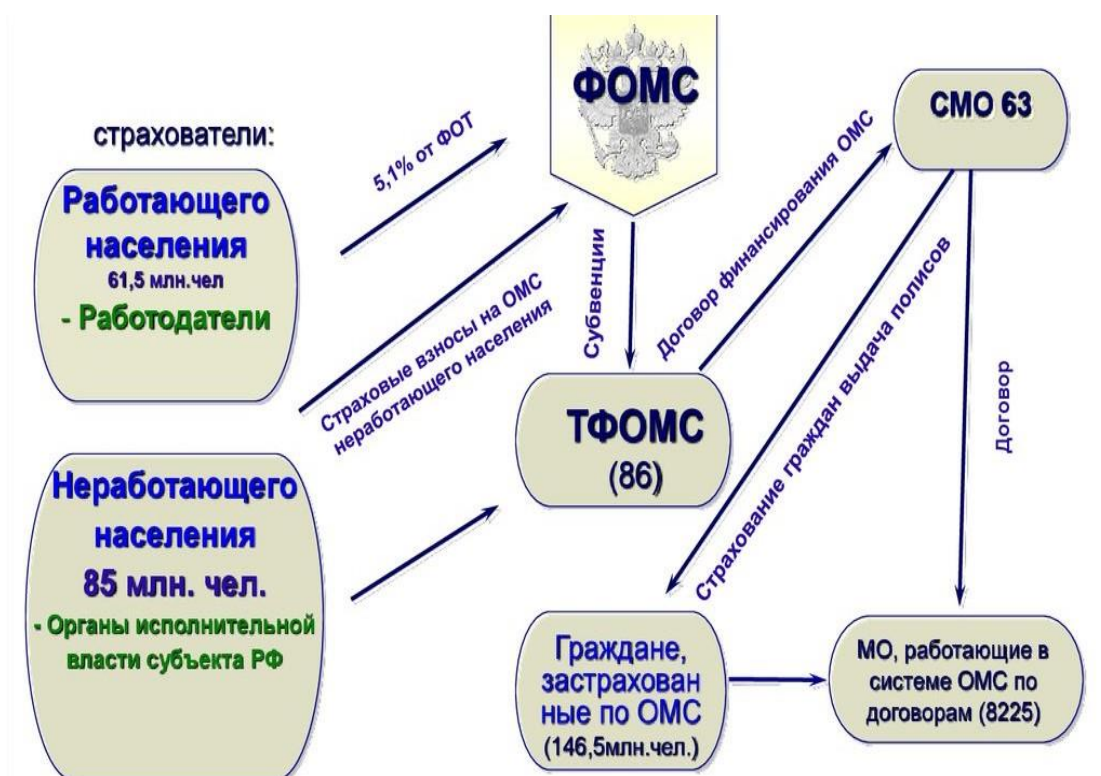


Рисунок 1 – Структура системы ОМС в РФ

В соответствии с действующим налоговым законодательством при выплате заработной платы работодатель обязан перечислить страховые взносы в три внебюджетных фонда, одним из них является ФФОМС — 5,1%.

Взносы в ФФОМС отчисляются с заработной платы работодателем и поступают в фонд каждый месяц. Выплаты в организацию обязательного медицинского страхования являются обязательными. Функционирование данной организации регламентировано рядом законодательных норм и актов, в том числе Бюджетным кодексом, законом «Об обязательном медстраховании граждан Российской Федерации» и внутрифондовым уставом.

Как государственная организация федеральный фонд обязательного медицинского страхования существует для реализации законодательных норм, регулирующих оказание бюджетных медицинских услуг. Иными словами, целью фонда является то, что каждый человек может претендовать на

бесплатную врачебную помощь и регулировать исполнение этого требования [42].

Расходование средств ФФОМС осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом. Успешная работа ФФОМС напрямую связана с бесперебойным пополнением бюджета, и в качестве источников финансирования ОМС используются следующие субъекты:

- юридические лица (компании, индивидуальные предприниматели), которые вносят страховые платежи за людей, числящихся в штате как сотрудники. Размер взноса составляет 3,6% от фонда по оплате, и из них 0,2% передается в федеральный ФОМС, а все остальное – в региональные подразделения. Из этого распределения можно увидеть, что большая часть выплачиваемых денег остается в региональных фондах;
- бюджеты, которые перечисляют взносы на граждан, официально не трудоустроенных (несовершеннолетние, граждане на пенсии, безработные);
- добровольные взносы, вносимые гражданами или организациями (спонсорская помощь, пожертвования и пр.);
- инвестиции ФФОМС, когда организация использует имеющиеся свободные средства для вложения с целью получения краткосрочной или долгосрочной прибыли.

Российское законодательство определяет перечень категорий, в рамках которых расходуется бюджет фонда. Основными статьями расходов (на них выделяется свыше 60% средств бюджета) считаются оплата медицинских услуг, предоставляемых гражданам на бесплатной основе, зарплата сотрудников, занятых в сфере ОМС, финансирование страховых компаний и здравоохранительных учреждений, содержание резервных (экстренных) фондов [37].

Основными задачами Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются:

– финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [3];

– обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

– аккумулирование финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Ядро финансовой системы фонда составляют ежемесячные налоговые отчисления юридических и физических лиц, которые условно можно разделить на следующие категории:

- страховые взносы организаций разного юридического статуса;
- взносы, полученные от реализации договорных программ в регионах РФ;
- страховые взносы на добровольной основе;
- доходы, получаемые от размещения свободных средств, находящихся в фонде ОМС.

Основной принцип финансовой политики руководства федерального фонда ОМС заключается в равномерном распределении имеющихся средств на медицинские нужды и реализацию целевых программ [25].

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд обязательного медицинского страхования:

- осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о

размере взносов на обязательное медицинское страхование;

- осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумуляцию финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

- осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

- осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;

- осуществляет в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

- вносит предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

- участвует в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан;

- осуществляет сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования, и представляет соответствующие материалы в Правительство РФ;

- организует подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов для системы обязательного медицинского

страхования;

- изучает и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

- обеспечивает организацию научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования;

- участвует в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования;

- ежегодно представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий год и о его исполнении [27].

Можно выделить также основные направления деятельности ФФОМС. Стратегическим направлением деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования является обеспечение исполнения на территории Российской Федерации Закона Российской Федерации №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также развитие и совершенствование нормативно-методической базы обязательного медицинского страхования.

Во исполнение установленных функций, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет аккумулирование финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, выравнивание финансовых условий деятельности территориальный фонд обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования путем направления территориальным фондам обязательного медицинского страхования финансовых средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется исключительно на цели, определенные

законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом.

На территории каждого субъекта РФ органами законодательной и исполнительной власти субъекта создаются территориальные фонды ОМС (ТФОМС), которые впоследствии им подотчетны. Также ТФОМС субъекта имеет свою структуру, отличающуюся от других субъектов РФ, которая представлена на рисунке 2.

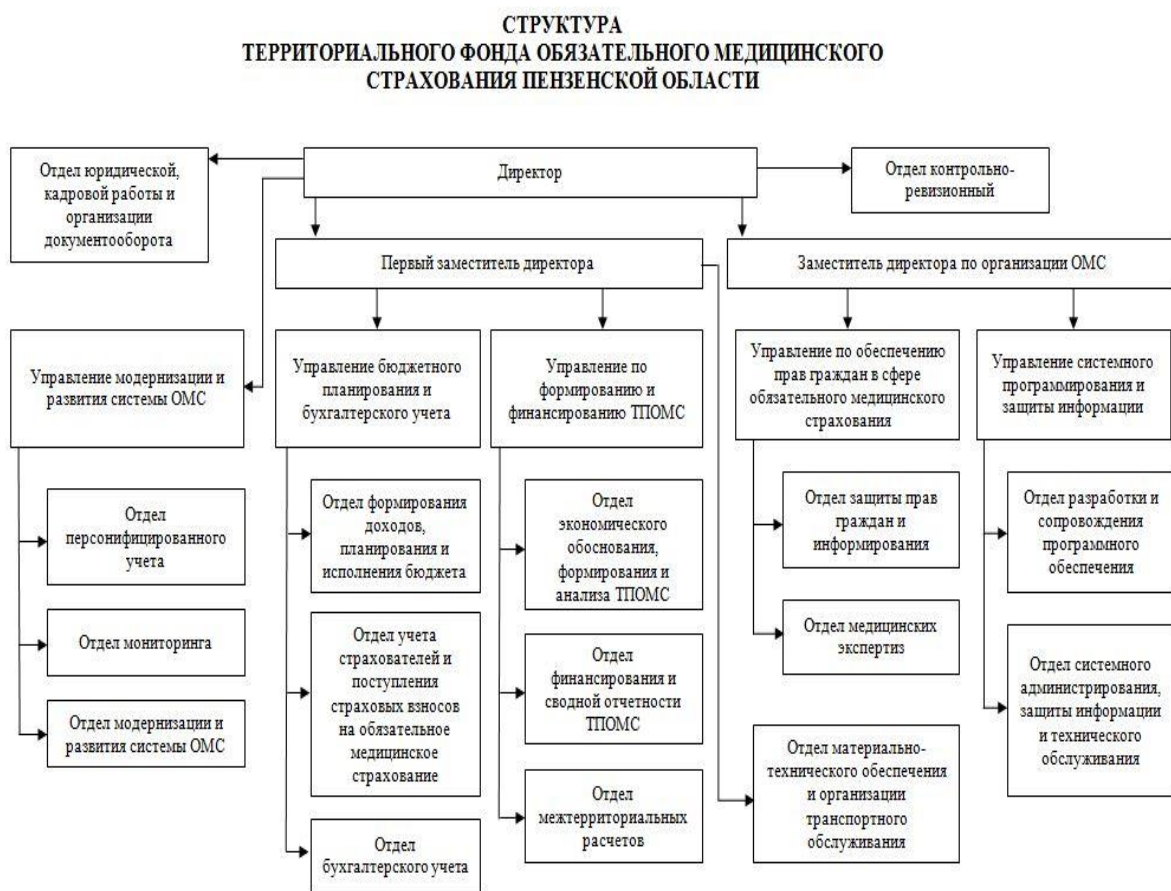


Рисунок 2 – Структура ТФОМС Пензенской области

На законодательной основе выделены основные задачи ТФОМС:

1. Обеспечение реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»;
2. Обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав в системе ОМС;
3. Обеспечение всеобщности ОМС граждан;
4. Достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в

системе ОМС;

5. Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

Можно определить основные функции ТФОМС:

1. Аккумуляция финансовых средств Территориального фонда на ОМС граждан;
2. Осуществление финансирования ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями;
3. Выравнивание финансовых ресурсов городов и районов, направляемых на проведение ОМС;
4. Предоставление кредитов страховщикам при обоснованной нехватке средств;
5. Разработка правил ОМС территории [30].

А также участвует в разработке территориальной программы ОМС и тарифов на медицинские услуги по ОМС, осуществляет контроль за рациональным использованием средств ОМС, выполняет другие функции, относящиеся к функционированию системы ОМС.

Руководство деятельностью территориальных фондов ОМС осуществляется правлением и его постоянно действующим исполнительным органом - исполнительной дирекцией, возглавляемой исполнительным директором.

2.2 Анализ деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Законодательно вводится обязательное общественное обсуждение при принятии решения о ликвидации медицинских учреждений в сельской местности с изучением мнения самого населения, получающего медицинскую помощь в конкретном районе. Для улучшения оказания экстренной

медицинской помощи жителям отдаленных районов запущен пилотный проект развития санитарной авиации, 34 субъектам РФ представлена субсидия из федерального бюджета на софинансирование оказания скорой специализированной медицинской помощи с применением санитарной авиации в размере 3,3 млрд рублей.

В ходе оптимизации созданы медицинские округа, в рамках которых идет строительство новых ФАПов и амбулаторий, определяется гарантированный перечень медицинских услуг на разных уровнях оказания медицинской помощи. При этом не была закрыта ни одна медицинская организация, в том числе в отдаленных районах с низкой концентрацией населения, коечный фонд не сокращался, а изменялись только профили или применялись стационарзамещающие технологии [35].

Профилактика и формирование здорового образа жизни – один из ведущих механизмов в решении демографических проблем, в том числе за счет снижения смертности населения.

С 2018 года вводится новый порядок диспансеризации, который будет нацелен, в том числе, на скрининг злокачественных новообразований – рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак. Новый порядок диспансеризации предполагает усиление роли страховых представителей, которые показали свою эффективную работу в текущем году. По итогам 2017 года, благодаря их работе количество обследованных граждан в рамках диспансеризации по сравнению с 2016 годом увеличилось на 5,2% и составило 21,3 млн человек.

Ведётся мониторинг хода строительства в регионах 32 перинатальных центров. На сегодняшний день 20 перинатальных центров уже введены в эксплуатацию, в них за период 2016-2017 года принято более 65 тысяч родов.

Финансирование медицинской помощи увеличивается год от года. В 2018 году расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение составят 3952 млрд рублей (4,1% от валового внутреннего продукта).

Повышается доступность высокотехнологичной медицинской помощи. В 2006 году объем такой помощи составлял 60 тыс. больных, в 2016 году пролечено более 962,6 тыс. больных. Количество медицинских организаций, оказывающих такую помощь, за этот период выросло в 11 раз (с 85 до 933). Это стало возможным благодаря поэтапному погружению методов высокотехнологичной помощи в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Удалось увеличить средства федерального бюджета на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи на 2018-2020 годы до размера 100,5 млрд рублей ежегодно (с увеличением на 3,9% к уровню 2017 года – 96,7 млрд рублей). Это обеспечит ежегодный прирост числа граждан, которым будет оказана такая помощь: 2017 год – 960 тыс. человек, 2018 год – 970 тыс. человек, 2019 год – 980 тыс. человек, 2020 год – 990 тыс. человек, 2021-2025 годы – 1 млн человек ежегодно, динамика которого представлена на рисунке 3 [51].

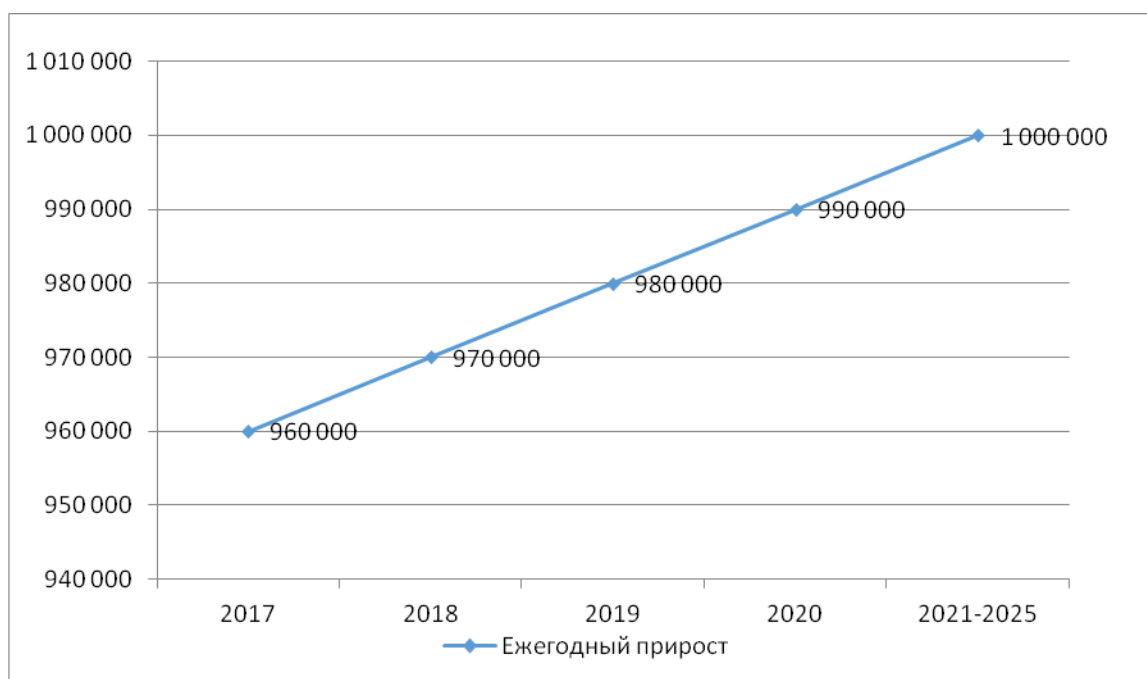


Рисунок 3 – Динамика ежегодного прироста числа граждан, которым будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь

В рамках повышения эффективности работы трехуровневой системы здравоохранения, было запланировано создание центров превосходства –

национальных медицинских центров. Эта задача была решена – сформирована сеть национальных медицинских исследовательских центров, в которую вошло 20 научных учреждений. На базе Центров оказывается высокотехнологичная медицинская помощь наиболее тяжелым пациентам, также они являются площадкой для разработки, апробации и внедрения новых диагностических и лечебных методов.

В целях правового обеспечения развития информационных технологий в сфере охраны здоровья принят федеральный закон. Телемедицинские технологии смогут применяться при взаимодействии врачей друг с другом, врачей и пациентов, документировании действий медработников и пациентов, проведении консилиумов и консультаций, дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов. Для обеспечения информационного обмена создается Единая государственная информационная система здравоохранения.

В федеральном бюджете на подключение к высокоскоростному Интернету всех медицинских организаций страны до конца 2018 года предусмотрено 5 млрд рублей, что позволит гражданам нашей страны, в том числе проживающим в отдалённых и труднодоступных местностях, получать качественную медицинскую помощь и консультации ведущих специалистов страны с применением телемедицинских технологий, снизить бремя бумажной работы врачей, перейти на электронные рецепты на лекарства и электронные больничные листы.

С 2018 года будет законодательно введено обязательное общественное обсуждение при принятии решения о ликвидации медицинских учреждений в сельской местности

Для повышения доступности медицинской помощи обеспечивается организация сети фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов на селе в зависимости от численности населения и удаленности от других медицинских организаций. За период с сентября 2016 года по настоящее время введено в строй 545 ФАПов/фельдшерских здравпунктов. Из них – 418 ФАПов и 55 офисов врачей общей практики. Проведен ремонт более

2600 медицинских объектов, из них – более 600 ФАПов и 80 офисов врачей общей практики [35].

С целью обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи для жителей малонаселенных пунктов с численностью менее 100 человек, а также труднодоступных районов расширяются выездные формы оказания медицинской помощи, для чего предполагается использовать, в том числе, мобильные медицинские комплексы, с периодичностью не реже 2 раз в год. Такая работа начата, приобретены 69 первых мобильных (передвижных) диагностических комплексов. За последние 5 лет в 3,8 раза (с 225 до 847) выросло число передвижных врачебных бригад, в 1,7 раза (с 32 до 54) – передвижных амбулаторий, в 3,7 раза (с 29 до 108) – передвижных ФАПов и ФП, в 2,2 раза (с 54 до 119) – передвижных маммографических установок, динамика которого представлена на рисунке 4.

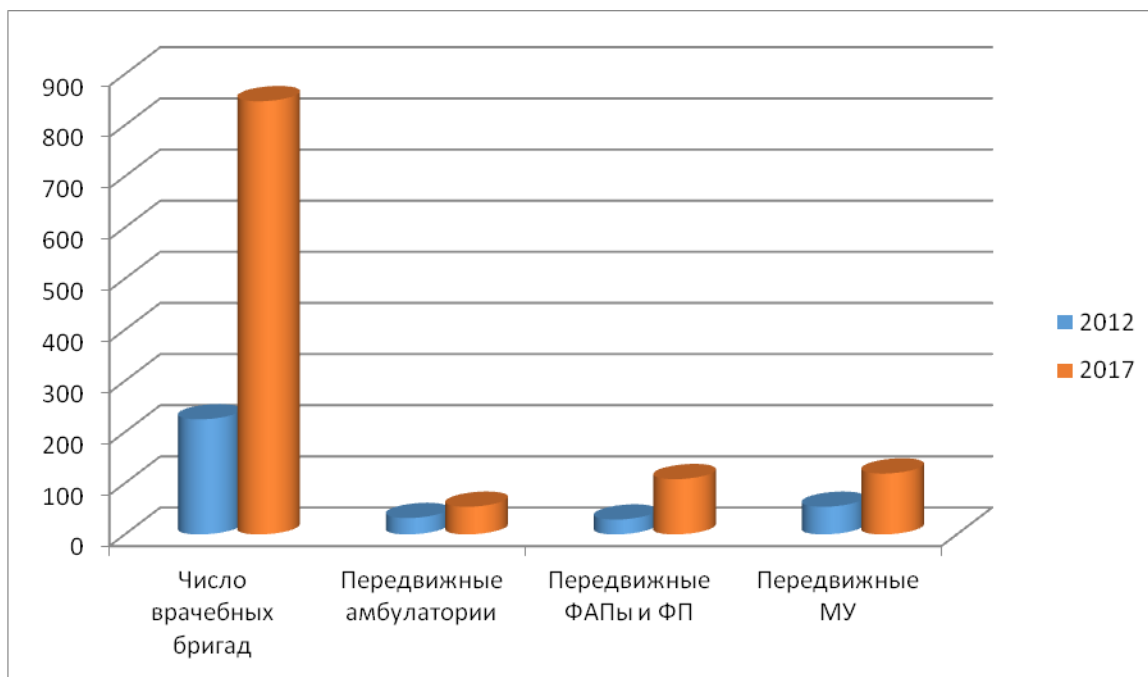


Рисунок 4 – Динамика роста мобильных медицинских комплексов

Для обеспечения своевременного оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах страны, предоставлена субсидия из федерального бюджета в сумме 3,3 млрд рублей 34 регионам на развитие санитарной авиации.

Обновление парка автомобилей скорой помощи, совершенствование

системы диспетчеризации являются важными задачами повсеместно, не только в удаленной местности. В 2016 году в субъекты Российской Федерации были направлены 2154 автомобиля скорой медицинской помощи, а также 113 реанимобилей. В 2017 году регионы получили еще 1434 автомобиля скорой медицинской помощи. Благодаря этому парк машин скорой помощи со сроком эксплуатации свыше 5 лет будет обновлен на 30%.

Парк машин скорой помощи со сроком эксплуатации свыше 5 лет обновлен на 30% Системой ГЛОНАСС оснащены 96% санитарного автопарка и 94% станций скорой помощи [38].

До конца 2018 года во всех регионах должна быть создана единая централизованная диспетчерская служба скорой помощи, которая на основе системы ГЛОНАСС позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время доставки пациента в стационар. В настоящее время системой ГЛОНАСС оснащены 96% санитарного автопарка и 94% станций скорой помощи.

Стартовал пилотный проект «Бережливая поликлиника». В проекте принимают участие 250 поликлиник из 40 субъектов Российской Федерации. В марте 2018 года включили в проект ещё 355 поликлиники.

Вопросы лекарственного обеспечения занимают важное место, поскольку касаются, без преувеличения, каждого жителя нашей страны. Граждане, получающие лекарства в больнице или приобретающие их в аптеке, должны быть уверены в том, что они получают современный, безопасный и эффективный препарат.

В связи с этим стоит задача усилить борьбу с присутствием на рынке контрафактных и фальсифицированных лекарственных средств, развивать интерактивные сервисы постоянной доступности, с помощью которых потребитель может быстро сообщить о применении фальсифицированного или контрафактного лекарственного средства.

На территории страны проводится эксперимент по маркировке контрольными знаками и мониторингу за оборотом отдельных видов

лекарственных препаратов для медицинского применения.

С целью создания условий для повышения доступности и качества медицинской помощи детям в 2017 году разработан и уже начал реализацию проект «Здоровье – детям», основным направлением которого является дальнейшее развитие системы амбулаторных и стационарных детских медицинских организаций.

В рамках проекта проводится мониторинг строительства в регионах 32 перинатальных центров. 20 таких центров введены в эксплуатацию, в них за период 2016-2017 года принято 65 717 родов. Всего в настоящее время действует 94 перинатальных центра. Завершение программы ввода в строй перинатальных центров ставит новые задачи реконструкции и строительства детских поликлиник и стационаров. Такое направление развития обозначил президент Российской Федерации, поручив обеспечить выделение по 10 млрд рублей на эти цели ежегодно в течение трех лет [29].

В 5 регионах (Республика Саха (Якутия), Ямало- Ненецкий автономный округ, Ростовская, Смоленская, Тамбовская области) реализуется пилотный проект «Школьная медицина» с целью создания современной эффективной модели здоровьесбережения учеников, предоставления квалифицированной медицинской помощи в любых ситуациях, максимально полной реабилитации детей-инвалидов. Аналогичный пилотный проект стартовал в Москве. В дальнейшем лучшие практики будут тиражироваться на территории Российской Федерации. Ведется подготовка бакалавров по специальности «Школьная медицина».

Диспансеризация населения является одним из важнейших механизмов сохранения здоровья и снижения смертности населения.

В 2016 году диспансеризацию прошли 22,45 млн граждан, из них 5,4 млн проживают в сельской местности. По состоянию на 1 октября 2017 года общее число работающих граждан, прошедших диспансеризацию, составило 9,5 млн человек, из них 4,3 млн сельских жителей.

Программа «Земский доктор» продлена до 2020 года. В программу

включены малые города с населением до 50 тысяч человек. Параллельно с реализацией программы «Земский доктор» ряд регионов по собственной инициативе уже несколько лет привлекает для работы на селе фельдшеров. Для более широкого распространения этой практики, а также для оказания финансовой поддержки тем субъектам, которые испытывают дефицит среднего и младшего медперсонала, также стоит задача о распространении опыта реализации программы «Земский фельдшер» («Земская медицинская сестра») на все субъекты Российской Федерации. В 2017 году в 30 субъектах Российской Федерации реализуются программы «Земский фельдшер», «Сельский фельдшер», «Земская медицинская сестра» [47].

3 Рекомендации по совершенствованию организации обязательного медицинского страхования в РФ

3.1 Рекомендации по внедрению механизмов вознаграждения медицинских организаций

Проведенное исследование системы обязательного медицинского страхования свидетельствует о необходимости разработки дополнительных направлений совершенствования и повышения эффективности ее функционирования. Одним из таких направлений выступает обеспечение максимальной заинтересованности медицинских учреждений и организаций в повышении качества и обеспечении доступности оказания профессиональной медицинской помощи, создания в государстве условий, необходимых для повышения доступности медицинской помощи, в том числе, на уровне субъектов Российской Федерации посредством внедрения механизмов вознаграждения медицинских учреждений, которые будут финансироваться за счет нормированных страховых запасов, аккумулированных в рамках работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В результате внедрения механизма вознаграждения медицинских учреждений и организаций будут решены следующие основные задачи повышения качества и эффективности, своевременности и доступности медицинской помощи:

- формирование эффективной системы постоянного контроля в рамках обеспечения доступности и качества медицинской помощи;
- стимулирование и мотивация заинтересованности медицинских учреждений и организаций в повышении эффективности и совершенствовании реальных результатов своей деятельности;

- обеспечение функционирования системы объективной оценки качества и эффективности работы медицинских учреждений и организаций;
- распространение максимально эффективных практик оказания медицинской помощи;
- обеспечение условий, необходимых для информированного и осознанного, грамотного выбора гражданами наиболее эффективных медицинских учреждений и организаций [51].

Для полноценного функционирования и обеспечения поставленных задач подобная система оценки и стимулирования качества работы медицинских организаций за счет вознаграждения должна быть основана на ряде следующих принципов:

- принцип объективности, в соответствии с этим размер вознаграждения для медицинской организации должен соответствовать ее достижениям и выступать в качестве результата проведения беспристрастной оценки параметров, результатов и показателей ее деятельности;
- принцип прозрачности, согласно которому основные методы оценки и определения размеров вознаграждения по результатам такой оценки должны быть известны и понятны, доступны и объективны для основных участников системы, с тем, чтобы медицинское учреждение обладало необходимой информацией и реальными резервами для повышения качества работы и получения более высокого результата при проведении следующей проверки;
- формирование пациентоориентированной модели, в соответствии с которой мнение пациентов как потребителей медицинских услуг должно быть учтено в процессе организации и проведения оценки, а ее система и результаты должны быть понятны и доступны общественности;
- принцип простоты проведения оценки, на основании которого для оценки качества и эффективности работы системы медицинских учреждений должны быть использованы целевые показатели, логика расчета которых проста и доступна, а вычисление на основе имеющихся данных не представляет никакой сложности;

– принцип справедливости, на основании которого совокупность используемых в системе оценки целевых показателей должна строиться на совокупности факторов, определяющих особенности функционирования системы здравоохранения в целом и ее региональных аспектах, что исключит любые аспекты неравного положения медицинских учреждений в регионах страны и позволит нивелировать существующие различия в рамках проведения оценки, не давая никаких преимуществ исключительно на основании территориального размещения [55].

В соответствии с принципами действующего законодательства и нормативами финансового обеспечения системы медицинского страхования территориальные фонды обязательного медицинского страхования обладают правом предусматривать в нормированном страховом запасе финансовые ресурсы, которые могут быть направлены на выплаты стимулирующего характера медицинским учреждениям и организациям за выполнение ими целевых параметров качества и доступности помощи, которые были предварительно установлены территориальным фондом, в размере, не превышающем 10 процентов от общей суммы средств нормированного страхового запаса.

Для того, чтобы данная система эффективно функционировала, работая с равной степенью справедливости и качества в различных субъектах страны, необходимо определить на уровне субъектов Российской Федерации следующие показатели:

– величину и реальное значение региональных наборов целевых показателей в соответствии с уровнем развития и состоянием региональной системы здравоохранения:

– основные направления, алгоритмы и механизмы сбора и обработки необходимой информации для проведения оценки и максимально качественного использования ее результатов.

В процессе формирования региональной системы оценки качества работы медицинских учреждений и формирования на ее основе принципов и системы

вознаграждения медицинских организаций дополнительно необходимо решить следующие задачи:

1. Формирование нормативной правовой базы в регионах Российской Федерации, необходимую для разработки, внедрения и полноценного использования максимально эффективных механизмов вознаграждения для медицинских организаций. В соответствии с важностью и объемным содержанием данной задачи в рамках ее решения могут быть выделены определенные подзадачи:

а) определение основных направлений повышения качества, эффективности и доступности оказываемой в региональных медицинских учреждениях медицинской помощи, которые необходимо дополнительно стимулировать в рамках формирования системы оценки и вознаграждения медицинских организаций и учреждений (в качестве ориентира для определения ключевых показателей и направлений может выступать в данном случае совокупность целей и задач функционирования региональной системы здравоохранения, закрепленная в основных стратегических и программных документах, динамика и структура заболеваемости, смертности, прочие показатели уровня и качества жизни, которые могут повышаться за счет системы здравоохранения);

б) определение параметров, механизмов проведения оценки и вознаграждения по результатам работы медицинских организаций на основании особенностей региональной структуры системы здравоохранения и социальной политики региона, стоящими задачами в анализируемой сфере;

в) разработка и обсуждение проекта типового Положения о порядке вознаграждения медицинских учреждений, выполнивших в полном объеме поставленные перед ним задачи и достигших установленных целевых значений и критериев качества и доступности медицинской помощи. В составе подобного положения необходимо, в частности, выделить:

– совокупность целевых показателей, в том числе, с учетом удельного веса отдельных показателей;

- методику и алгоритм расчета названных показателей;
- методику проведения комплексной оценки медицинских учреждений на предмет качества и эффективности работы, повышения качества деятельности и доступности медицинской помощи;
- механизмы и алгоритмы, которые будут использованы в процессе проведения сбора данных и обобщения полученной информации в качестве итогов оценки, в том числе, закрепление результатов оглашения и публикации результатов проведенной оценки.

В соответствии с необходимостью проведения комплексной работы, одним из важнейших направлений деятельности в этой связи должно стать согласование целевых показателей, оформленных в качестве ориентира для оценки качества и эффективности работы региональных медицинских учреждений и федеральных, региональных программ, действующих в системе здравоохранения, а также содержащихся в прочих нормативно-правовых актах, направленных на повышение качества и уровня доступности медицинской помощи.

В случае, если медицинская организация использует систему оплаты, основанную на подушевых нормативах финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи, которая включает в себя прочие виды и формы оказания медицинской помощи (стационарная, скорая медицинская помощь), правомерно исключить целевые показатели, ориентированные на оценку избыточных медицинских услуг (например, уровня госпитализации населения, прикрепленного к данному медицинскому учреждению, частоты вызова бригад скорой медицинской помощи и так далее), поскольку в рамках самого финансового механизма расширенного подушевого норматива осуществляется качественная работа, направленная на поощрение повышения объемов медицинской помощи и предоставляемых медицинских услуг, а значит дополнительное стимулирование за счет финансовых ресурсов нормированного страхового запаса было бы излишним [45].

2. Для формирования грамотной программы реализации предложенного

направления необходимо обсудить его с представителями медицинского сообщества, науки, практикующими специалистами и руководителями медицинских учреждений, привлекая также представителей государственных и региональных органов власти и общественность.

После реализации всех названных мероприятий может быть осуществлено окончательное принятие решение и оформление его в виде соответствующего нормативно-правового акта: Положения о порядке вознаграждения медицинских организаций за выполнение целевых показателей качества и доступности медицинской помощи. Для придания юридической силы и получения статуса нормативно-правового документа оно должно быть оформлено приказом или распоряжением территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Для обеспечения и повышения заинтересованности сотрудников оцениваемых медицинских учреждений в качественной работе и повышении показателей эффективности деятельности медицинской организации необходимо:

- представить и разъяснить сотрудникам новую систему оценки, ее содержание и принципы, преимущества и результаты использования;
- увязать достижение целевых показателей систем оценки деятельности медицинских учреждений с системой показателей, выступающих в качестве основания для назначения стимулирующих выплат сотрудника медицинских учреждений.

Для того, чтобы сформированная система эффективно функционировала на уровне российских регионов, необходимо предусмотреть и заранее разработать алгоритмы мониторинга и итоговой оценки выполнения установленных целевых показателей качества медицинской помощи и ее доступности медицинскими учреждениями. При необходимости может быть осуществлена доработка методического инструментария и программного обеспечения медицинской статистики. Величина премиального фонда будет определяться в соответствии с решением территориального фонда

обязательного медицинского страхования, в соответствии со сложившимися потребностями в ресурсах нормированного страхового запаса и на основании той модели вознаграждения медицинских организаций, которая предварительно была выбрана.

Таким образом, предложенное направление стимулирования эффективности работы медицинских учреждений и организаций, качества их деятельности, уровня медицинской помощи и ее доступности, выступает одним из потенциально эффективных направлений увеличения ресурсов и потенциала системы обязательного медицинского страхования.

3.2 Предложения по формированию системы показателей оценки деятельности медицинских организаций в субъектах Российской Федерации с учетом региональных особенностей

В соответствии с действующей на сегодняшний день нормативно-правовой базой регулирования системы обязательного медицинского страхования предусматривается два основных варианта стимулирования качества и эффективности работы медицинских учреждений и организаций, повышения ими качества медицинского обслуживания и доступности медицинской помощи. На основании этого система стимулирующих выплат может быть предусмотрена в рамках двух направлений государственного обеспечения системы обязательного медицинского страхования:

- подушевой норматив как основа финансового обеспечения и повышения качества амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за достигнутые показатели эффективности медицинской деятельности;
- формирование и использование ресурсов нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В качестве логического продолжение и своего рода оформления обозначенных систем поощрения на уровне конкретной медицинской организации выступает использование стимулирующих выплат, функционирующих в рамках отраслевой системы оплаты труда.

В соответствии с этим целесообразным было бы исключение одного из элементов системы поощрения для ликвидации возможности дублирования ими одних и тех же функций или четкое разграничение условий и параметров использования каждого из них при определенных случаях [48].

При этом система вознаграждения медицинских учреждений из средств нормированного страхового запаса в настоящее время выступает в качестве реального и эффективного инструмента регулирования системы социального медицинского страхования и повышения качества медицинской помощи и уровня медицинского обслуживания, поскольку реально стимулирует медицинские учреждения к повышению эффективности работы. Одновременно такие выплаты могут рассматриваться и в качестве эффективного социального инструмента поддержки здравоохранения, так как получаемые медицинскими организациями выплаты за достигнутые показатели являются залогом обеспечения определенного уровня качества и эффективности медицинской деятельности. доступности медицинской помощи для населения.

В силу этого нежелательным является применение в данной системе одновременно двух систем оценки, показатели которых во многом совпадают. Это искажает систему стимулов, затрудняет процессы оценки, способствует снижению объективности, прозрачности принятой системы оценки, что будет способствовать снижению лояльности по отношению к ней как руководителей и сотрудников медицинских учреждений, так и населения. Напротив же, система стимулирующих выплат, определяемых в рамках отраслевой системы оплаты труда, должна быть соответствующим образом согласована с показателями той системы поощрения и стимулирования, которая станет приоритетной. Это повысит уровень заинтересованности отдельных

сотрудников, став грамотным основанием мотивации для повышения качества и эффективности их работы в пределах своего рабочего места и в соответствии со своими должностными обязанностями.

Крайне нежелательно в этой связи и использование составных, объемных, сложных показателей оценки, которые, несмотря на все свои многочисленные элементы будут только косвенно связаны с качеством и доступностью медицинской помощи.

Для повышения эффективности работы медицинских организаций и совершенствования системы развития и контроля за обязательным медицинским страхованием важно сбалансировать основные типы существующих показателей результативности данной системы, в числе которых выделяются медицинские, социальные и экономические критерии оценки. В соответствии с социальным характером и высоким уровнем социальной значимости эффективно работающей системы здравоохранения, наибольшее значение имеют, прежде всего, социальные критерии, которые отражают комплексное воздействие системы здравоохранения и показателей работы конкретного медицинского учреждения на состояние здоровья населения, показатели рождаемости и смертности от различных заболеваний как важнейшие критерии уровня и качества жизни. В то же время, значительный перевес показателей здоровья прикрепленного населения как ведущих параметров проводимой оценки также является нежелательным, так как эти итоговые показатели определяются не только особенностями и эффективностью работы медицинского учреждения, но и массой внешних факторов – территориальных, природно-климатических, экологических, а также особенностями образа жизни, гендерными и возрастными характеристиками.

Значительный вес в числе показателей оценки экономических показателей может быть объяснен современной системой использования подушевого норматива финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, в особенности при ее сочетании с оплатой за достигнутые показатели

деятельности. Особенно проявляются эти характеристики при использовании подушевого норматива, включающего оплату иных видов медицинской помощи (стационарной, скорой медицинской помощи).

Если в рамках региональной системы здравоохранения и медицинского страхования переход к системе финансирования на основе подушевого норматива уже совершен, данная составляющая оценки при определении стимулирования медицинских учреждений за счет средств нормированного страхового запаса может быть частично или полностью исключена (в качестве оптимального варианта – существенное снижение роли данных показателей в структуре оценки, поскольку прямо или косвенно аналогичные или очень похожие показатели должны быть учтены при определении финансового результата медицинской организации [26].

Для повышения качества и объективности оценки допустимо использовать отдельные наборы целевых показателей в соответствии с профилем медицинской организации. Однако при разработке такой системы важно иметь в виду, что слишком большое количество показателей, определяемое на уровне различных сегментов здравоохранения, будет способствовать увеличению нагрузки на органы управления в сфере здравоохранения в процессе сбора и обработки необходимых данных.

В состав минимально необходимого набора показателей должны быть включены:

- показатели, используемые для проведения оценки деятельности амбулаторно-поликлинического звена, в т.ч. всех входящих в эту систему специализированных учреждений;
- показатели, используемые для определения качества и эффективности работы стационаров.

Каждый из наборов в отдельности должен включать в себя показатели, которые позволяют оценить:

- эффективность и качество организации медицинской помощи и ее непосредственного оказания;

- систему ранней диагностики заболеваний;
- организацию профилактики заболеваний;
- степень доступности медицинской помощи;
- существующие недостатки и дефекты, которые способствуют снижению качества работы и уменьшают сумму возможного вознаграждения.

На основании решения, принятого территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Представленный перечень показателей может быть расширен и дополнен в соответствии с состоянием и уровнем развития, структурой региональной системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Также территориальным фондом обязательного медицинского страхования принимается решение об использовании всеми учреждениями единой системы показателей или формировании особого набора для каждого из типов медицинских организаций. В процессе принятия такого решения, однако, необходимо помнить о том, что значительное расширение объема целевых показателей приводит к возникновению проблемы их внутреннего соотношения и корреляции. Во избежание неизбежного искажения итоговой оценки, которая вслед за этим последует, предлагается при использовании смежных показателей проводить проверку возможностей их корреляции по результатам статистического анализа.

В целях обеспечения информированности медицинских организаций о текущем положении в рейтинге территориальный фонд обязательного медицинского страхования вправе установить промежуточные сроки подведения результатов оценки в течение отчетного года. В этом случае для оценки рекомендуется использовать показатели, оцениваемые не реже чем раз в квартал, либо дополнить систему отчетности дополнительными промежуточными формами [48].

Одним из обязательных критериев оценки качества и эффективности работы медицинского учреждения остается общественное мнение. В этой связи следует обратить внимание на то, что показатель удовлетворенности

населения качеством и доступностью медицинской помощи может оцениваться двояко: по количеству обоснованных жалоб и путем проведения социологических опросов. По результатам проведения соцопросов может быть получена качественная и детальная информация об эффективности и доступности медицинского обеспечения и помощи, но их проведение одновременно сопряжено с некоторыми сложностями, в том числе:

- для качественной и грамотной разработки методических основ исследования, анкеты, сбора информации, ее обобщения необходимы определенные финансовые затраты;

- результаты соцопросов в значительной степени подвержены манипулированию как со стороны тех, кто их проводит, так и со стороны медицинских организаций;

- определенные трудности возникают и в связи с обеспечением анонимности при проведении опросов.

- существуют трудности в обеспечении анонимности.

В соответствии с этим в регионах, в которых ранее подобные соцопросы не осуществлялись, целесообразно использовать показатель количества обоснованных жалоб, не привлекая данные опросов населения.

Дефектные показатели следует рассматривать отдельно как основание для сокращения итоговой оценки. Допущение значимых дефектов в оказании медицинской помощи должно приводить к существенному сокращению (вплоть до обнуления) вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования даже при достижении благоприятных результатов по другим показателям оценки.

Выбранные целевые показатели должны присутствовать в действующих отчетных формах или рассчитываться на их основе [42].

Таким образом, сформированная на основе представленных принципов и параметров система показателей будет способствовать проведению качественной и объективной оценки работы медицинских учреждений.

Заключение

Проведенное исследование системы обязательного медицинского страхования как важнейшего элемента охраны и поддержания здоровья населения позволяет сделать следующие выводы.

Забота государства об обеспечении здоровья населения, создании эффективных предпосылок для охраны здоровья и обеспечения права на получение качественной и доступной медицинской помощи выступает в качестве одного из важнейших направлений современной социальной политики государства. Особую актуальность исследование вопросов организации и повышения эффективности функционирования здравоохранения приобрела в конце XX – начале XXI века. Система здравоохранения любого современного государства строится с учетом исторических тенденций, национальных особенностей, традиций, финансовых возможностей. Тем не менее, в качестве всеобщей и свойственной всем государствам выступает тенденция к включению здравоохранения в состав разнообразных национальных программ, которые охватывают все население, пропагандируя принцип равнодоступной помощи, вне зависимости от доходов и социального положения граждан. В особенности это актуально с учетом множества негативных факторов, оказывающих влияние на здоровье населения. Современный непростой ритм жизни, стрессы, экологические проблемы, а также развитие наркомании, алкоголизма и табакокурения – усугубляют проблемы со здоровьем граждан.

Кризисное состояние здоровья населения Российской Федерации в течение последних десятилетий было неоднократно отмечено в различных исследованиях. Это обусловлено воздействием многочисленных факторов, прежде всего, влиянием негативных последствий экономической депрессии, снижением уровня и качества жизни большинства населения (низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения, ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества и структуры питания и

др.), а также чрезмерным уровнем стрессовых нагрузок, понижением общего уровня культуры, что в равной степени касается также санитарно-гигиенической культуры. Снижение морально-нравственной культуры общества и распространение негативных социальных явлений и вредных привычек способствовало формированию негативных тенденций и нездорового образа жизни.

Не менее негативное воздействие на здоровье населения и эффективность здравоохранения оказал отход от принципов федерализма в формировании политики здравоохранения, в результате которой была разрушена сформированная годами вертикальная система управления здравоохранением, тогда как эффективных новых принципов предложено не было. А наличие постоянного дефицита денежных средств, направляемых на финансирование здравоохранения, привело к дальнейшему ухудшению состояния отрасли. Совокупность данных причин легла в основу формирования качественно новой системы здравоохранения, одним из необходимых элементов которой стала система обязательного медицинского страхования.

Проведенное исследование системы обязательного медицинского страхования свидетельствует о необходимости разработки дополнительных направлений совершенствования и повышения эффективности ее функционирования. Одним из таких направлений выступает обеспечение максимальной заинтересованности и медицинских учреждений и организаций в повышении качества и обеспечении доступности оказания профессиональной медицинской помощи, создания в государстве условий, необходимых для повышения доступности медицинской помощи, в том числе, на уровне субъектов Российской Федерации посредством внедрения механизмов вознаграждения медицинских учреждений, которые будут финансироваться за счет нормированных страховых запасов, аккумулированных в рамках работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В качестве правовых основ функционирования системы обязательного медицинского страхования выступают: международные нормативно-правовые

акты, Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «Закон об охране здоровья граждан» от 21.11.2011 №323-ФЗ, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ, который определяет основные понятия и принципы организации, социальное предназначение и экономическое (финансовое) обеспечение системы обязательного медицинского страхования, ее принципы и организационные основы. Также в рамках представленного закона определены основные субъекты системы обязательного медицинского страхования и их правовой статус. Не менее важна роль прочих нормативно-правовых актов, касающихся функционирования системы здравоохранения и социального страхования.

Органом управления финансовыми потоками и методическими аспектами системы обязательного медицинского страхования выступает Федеральный фонд обязательного медицинского обеспечения, особенности правового статуса которого и основные направления деятельности были проанализированы в процессе подготовки исследования. Одной из важнейших задач Фонда является реализация государственной политики РФ в сфере обязательного медицинского страхования граждан в качестве важнейшего элемента социального страхования и обеспечения.

По результатам исследования особенностей функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации предложены направления совершенствования данной системы, которые основаны на развитии механизмов финансового стимулирования и поощрения медицинских учреждений за оказание качественной медицинской помощи. Проведенное исследование системы обязательного медицинского страхования свидетельствует о необходимости разработки дополнительных направлений совершенствования и повышения эффективности ее функционирования. Одним из таких направлений выступает обеспечение максимальной заинтересованности и медицинских учреждений и организаций в повышении качества и обеспечении доступности оказания профессиональной медицинской

помощи, создания в государстве условий, необходимых для повышения доступности медицинской помощи, в том числе, на уровне субъектов Российской Федерации посредством внедрения механизмов вознаграждения медицинских учреждений, которые будут финансироваться за счет нормированных страховых запасов, аккумулированных в рамках работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Для того, чтобы данная система эффективно функционировала, работая с равной степенью справедливости и качества в различных субъектах страны, необходимо определить на уровне субъектов Российской Федерации следующие показатели: величину и реальное значение региональных наборов целевых показателей в соответствии с уровнем развития и состоянием региональной системы здравоохранения: основные направления, алгоритмы и механизмы сбора и обработки необходимой информации для проведения оценки и максимально качественного использования ее результатов.

Для формирования грамотной программы реализации предложенного направления необходимо обсудить его с представителями медицинского сообщества, науки, практикующими специалистами и руководителями медицинских учреждений, привлекая также представителей государственных и региональных органов власти и общественность.

Для обеспечения и повышения заинтересованности сотрудников оцениваемых медицинских учреждений в качественной работе и повышении показателей эффективности деятельности медицинской организации необходимо: представить и разъяснить сотрудникам новую систему оценки, ее содержание и принципы, преимущества и результаты использования; увязать достижение целевых показателей систем оценки деятельности медицинских учреждений с системой показателей, выступающих в качестве основания для назначения стимулирующих выплат сотрудника медицинских учреждений.

Совокупность предложенных направлений работы позволит оптимизировать современную систему социального страхования и обеспечить более эффективное ее функционирование в будущем.

Список использованных источников

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. // [Электронный ресурс] Дата обновления: 15.12.2015. Доступ из системы ГАРАНТ
2. Об основах обязательного социального страхования: федеральный закон Российской Федерации от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ
3. О обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации: федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ
4. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №313-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07. 2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.03.2018 г. Доступ из системы ГАРАНТ
6. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения: федеральный закон Российской Федерации от 30.11. 2011 г. №354-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ
7. О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 14 декабря 2015 г. №374-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 06.07.2016г. Доступ из системы ГАРАНТ

8. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов: федеральный закон Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. №418-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 19.12. 2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ

9. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов: федеральный закон от 5 декабря 2017 г. №368-ФЗ // [Электронный ресурс] Дата обновления: 10.04.2018 г. Доступ из системы ГАРАНТ

10. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.05. 2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ

11. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №598 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.05.2016г. Доступ из системы ГАРАНТ

12. О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. №670 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 31.12.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

13. Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. №1227 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.01. 2014 г. Доступ из системы ГАРАНТ

14. О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации:

постановление Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. №60 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 27.03.2018 г. Доступ из системы ГАРАНТ

15. О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования: постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. №462 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 06.12.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

16. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов: постановление Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 08.12.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

17. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования: приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. №158н // [Электронный ресурс] Дата обновления: 11.11.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

18. Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 сентября 2016 г. №654н // [Электронный ресурс] Дата обновления: 05.09.2016 г. Доступ из системы ГАРАНТ

19. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года №203н // [Электронный ресурс] Дата обновления: 10.05.2017 г. Доступ из

системы ГАРАНТ

20. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года №869н // [Электронный ресурс] Дата обновления: 26.10.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

21. Об утверждении доли заработной платы в структуре среднего норматива финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также формы представления органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей, информации о показателях объема высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, установленных для государственных учреждений в государственном задании, на год, предшествующий году, на который рассчитывается субсидия: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 декабря 2017 г. №1004н // [Электронный ресурс] Дата обновления: 14.12.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

22. Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования: приказ Росстата от 25 января 2017 года №36 // [Электронный ресурс] Дата обновления: 25.01.2017 г. Доступ из системы ГАРАНТ

23. Авсентьев В.И. Возможные пути развития законодательства в сфере медицинского страхования // Юридическая и правовая работа в страховании. – 2017. – №4. – С. 72-75.

24. Андреева О., Тэгай Н. Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов // Медицинский вестник. – 2017. - №34. – С. 28-31.

25. Архипов А.П., Гомелля В.Б. Страхование. – М.: Финансы и статистика, 2016. – 416 с.

26. Архипов А.П., Резников А.А. Трансформация рынка обязательного медицинского страхования // Финансы. – 2017. – №10. – С. 46-50.
27. Архипов А.П. Будущее медицинского страхования в России: больше ясности не становится // Финансы. – 2017. – №11. – С.54-58.
28. Бородин А.Ф. О медицинском страховании // Финансы. – 2017. – №12. – С. 58-60.
29. Галаганов В.П. Организация работы органов социального обеспечения. – М.: Медэксперт, 2017. – 240 с.
30. Гареева И.А. Обязательное медицинское страхование и здоровье населения // Пространственная экономика. – 2017. – № 2. – С. 155–158.
31. Гвозденко А.А. Страхование.–М.: Проспект, 2016. – 464 с.
32. Гришин В.В., Бутова В.Г., Резников А.А. Модели системы обязательного медицинского страхования // Финансы. – 2016. – №3. – С. 14-15.
33. Гришин В.В. Система ОМС работает без сбоев уже 15 лет // Медицинский вестник. – 2017. - №16. – С. 4-8.
34. Гура Г.М. Обязательное медицинское страхование: возможности и перспективы // Территория науки. – 2017. - №6. – С. 19-24.
35. Дрошнев В.В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страхование дело. – 2017. – №3. – С. 26-27.
36. Захаров А.А. К вопросу о состоятельности финансирования здравоохранения в современной России // European science. – 2017. - №5. – С. 37-39.
37. Кадыров Ф.Н. Анализ возможных последствий введения соплатежей неработающего населения в систему обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. – 2017. - №8. – С. 24-28.
38. Карякин Н.Н. Оценка эффективности структуры управления территориальными фондами обязательного медицинского страхования // Страхование дело. – 2016. – №11. – С. 55-59.
39. Комаров Ю.М. Организация медицинского страхования в России и за рубежом // Вестник государственного страхования. – 2017. – №9. – С. 16-21.

40. Кравченко Н. Обеспеченность населения средствами ОМС в регионах России // Экономика и жизнь. – 2017. – №14. – С. 54-59.
41. Кузнецов А.В. Реформа системы обязательного медицинского страхования на современном этапе // Современные аспекты экономики. – 2017. – №8. – С. 33-36.
42. Кузнецова Т.В. Проблемы и перспективы развития систем обязательного и добровольного медицинского страхования в России // Страхование. – 2018. – №1. – С. 40-44.
43. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 2015. – 185 с.
44. Литовка П.И., Литовка А.Б., Чебоненко Н.В. Добровольное медицинское страхование: правовой режим и перспективы развития // Экология человека. – 2017. – №4. – С. 25-26.
45. Маршалова А.С., Уланова Н.К. Проблемы эффективного использования фондов обязательного медицинского страхования // Регион. – 2016. – №2. – С. 107-118.
46. Мищенко Т.Е: Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования // Финансовый Эксперт. – 2017. - №7. – С. 54-57.
47. Мухамадиева Д.Н. Здоровье нации: обязательное медицинское страхование как общественное благо // Страховое дело. – 2017. – №8. – С.15-19.
48. Олишевская Т.Т., И.И. Савченко. Система медицинского страхования России и ее проблемы // Вестник ТГЭУ. – 2017. – № 2. – С. 22–31.
49. Панкратов В. Обязательное медицинское страхование: от понятийного аппарата к правовой регламентации // Российская юстиция. – 2017. – №10. – С. 8-9.
50. Рейхарт. Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития // Экономика здравоохранения 2017. – № 10. – С. 10-14.

51. Решетников А.В., Алексеева В.М., Е.Б. Галкин и др. Экономика здравоохранения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 271 с.
52. Стародубов В.И., Савельева Е.Н. Особенности медицинского страхования в современной России // Российский медицинский журнал. – 2017. – №1. – С. 8-11.
53. Фёдорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы. – 2018. – №1. – С. 48-51.
54. Финченко Е.А. Деятельность системы обязательного медицинского страхования в 2014 - 2017 годах // Российское предпринимательство. – 2017. – №5. – С. 10 - 15.
55. Шишкин С.В., Гудков А.А., Попович Л.Д. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. – М.: МГУ, 2015. – 85 с.

Приложения

Приложение А

Структура Федерального фонда обязательного медицинского страхования

