

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

© 2009 Л.А. Сосунова, П.С. Блинов*

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская помощь, медицинское страхование граждан, модель бюджетной медицины, обязательное медицинское страхование, ОМС, федеральный фонд ОМС, территориальный фонд ОМС, реформирование здравоохранения, концепция развития здравоохранения.

Рассмотрен процесс формирования системы медицинского страхования в России. Определены системообразующие факторы эффективного функционирования системы здравоохранения. Выявлены основные проблемы реализации государственных гарантий в области здравоохранения. Предложены рекомендации по модернизации системы обязательного медицинского страхования.

За годы советской власти в СССР сформировалась государственная система здравоохранения, которую на Западе называют «моделью Семашко». Ее суть состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. Платными являлись только лекарства, и то, получаемые вне больниц.

Советским медикам удалось добиться серьезных успехов в борьбе со многими инфекционными заболеваниями. Среди первых в мире у нас было введено гигиеническое нормирование вредных воздействий окружающей среды и условий труда на организм человека. Диспансеризацией было охвачено порядка трети населения. В целом средняя продолжительность жизни увеличилась за период с 1926 по 1972 гг. на 26 лет. В стране развивалась целостная сеть санаториев и профилакториев.

Вместе с этим в системе здравоохранения существовал ряд недостатков и проблем, которые требовали реформирования всей системы здравоохранения.

Реформирование системы здравоохранения начиналось в рамках общего процесса перестройки советской экономики. Была предложена новая модель бюджетной медицины (новый хозяйственный механизм в здравоохранении). Модель предусматривала обеспечение стабильности бюджетного финансирования отрасли и при этом расширение возможностей медицинских чиновников распоряжаться государственными средствами. Руководители учреждений здравоохранения

приобретали, таким образом, право использовать государственное имущество для осуществления коммерческой деятельности.

На рубеже 90-х годов бюджетные возможности государства стали сокращаться и чтобы защитить свои интересы органы управления здравоохранением начали выступать за более кардинальное реформирование системы финансирования здравоохранения. Выбор был сделан в пользу введения медицинского страхования, которое являлось наиболее адекватной рыночной экономике системой и стало средством создания рыночной среды для работы медицинских учреждений, улучшения качества медицинских услуг, роста эффективности использования ресурсов.

В июне 1991 года был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Изменения, касающиеся финансирования здравоохранения, состояли в следующем:

- ♦ организации перечисляют страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающих (взносы носят налоговый характер);

- ♦ страховые взносы на страхование неработающего населения производятся органами государственного управления за счет бюджетных средств;

- ♦ объем и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС) определяются базовой программой ОМС, утвержденной Правительством, и тер-

* Сосунова Лильяна Алексеевна, доктор экономических наук, профессор, зав. кафедрой коммерции и логистики Самарского государственного экономического университета; Блинов Петр Сергеевич, аспирант Самарского государственного экономического университета. E-mail: bps83@mail.ru.

риториальными программами, которые принимаются на основе базовой программы местными органами власти;

♦ размеры страховых взносов устанавливаются в соответствии с утвержденными программами ОМС;

♦ помимо обязательного может осуществляться и добровольное страхование (за счет средств организаций и личных средств граждан).

Схема функционирования системы обязательного медицинского страхования представлена на рисунке.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование является, таким образом, формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Обязатель-

ное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

В настоящее время в Российской Федерации созданы как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения - Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и 87 территориальных фондов обязательного медицинского страхования для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования. Помимо 87 территориальных фондов структура

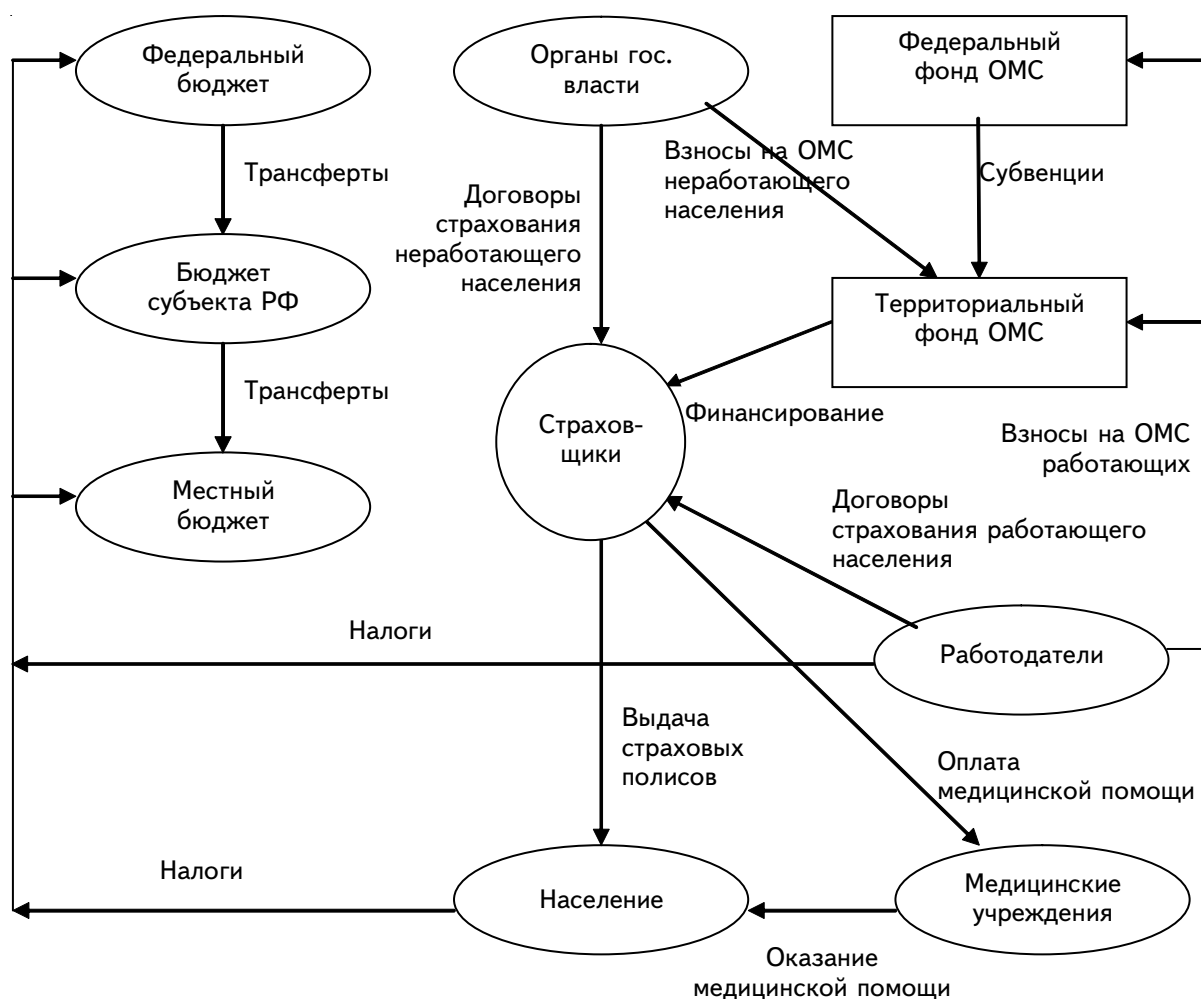


Рис. Модель системы обязательного медицинского страхования РФ (разработана авторами)

системы ОМС представлена 120 страховыми медицинскими организациями (СМО) и 262 филиалами СМО¹.

Численность граждан, застрахованных согласно спискам к договорам ОМС, составляет 143 065 тыс. человек; численность граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС - 139 346 тыс. человек, в том числе: работающих - 57 217,5 тыс. человек, неработающих - 82 128,5 тыс. человек.

На 01.01.2008 года в ТФОМС зарегистрировано 8 000 620 страхователей, из них 87 страхователей неработающего населения - органов исполнительной власти.

Основными источниками доходов бюджетов ТФОМС являются налоги, в том числе единый социальный налог в части, зачисляемой на счета ТФОМС, и страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, которые в структуре поступлений финансовых средств соответственно составляют 45,4% и 51,4% (данное соотношение различно в разные годы). Так, в 2007 году на счета ТФОМС поступило средств единого социального налога в сумме 125 093,5 млн. рублей (на 25% больше, чем в 2006 году), а страховых взносов на ОМС неработающего населения — 141 541,2 млн. рублей (на 25,7% больше, чем в 2006 году). Таким образом, в 2007 году в части формирования доходов по ОМС, достигнуты позитивные результаты, о чем свидетельствует возросший уровень финансового обеспечения населения субъектов Российской Федерации средствами ОМС.

На 1 января 2008 года работу по организации и проведению вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляли 12108 специалистов, участвующих в деятельности по защите прав застрахованных граждан, в том числе 1412 штатных специалистов ТФОМС, 3253 штатных специалистов СМО, 7443 внештатных медицинских экспертов, включенных в территориальный регистр.

Взаимоотношения между страхователем и страховой медицинской организацией реализуется через страховые взносы. По обязательному медицинскому страхованию они устанавливаются как ставки платежей в размерах, покрывающих затраты на выполнение программ ОМС и обеспечивающих рентабельную деятельность страховых медицинских организаций (СМО).

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

- ◆ совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий);

- ◆ развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

- ◆ наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

Однако в настоящее время система ОМС сталкивается с большим числом проблем. Основными проблемами реализации государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации являются:

- ◆ недостаточное финансовое обеспечение прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь, сильная дифференциация среди субъектов Российской Федерации в части реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

- ◆ раздробленность источников финансирования медицинской помощи, не позволяющая внедрить в полном объеме систему обязательного медицинского страхования.

Поскольку целью модернизации системы ОМС является создание устойчивой финансовой основы для оказания населению бесплатной медицинской помощи, то для достижения поставленной цели, по нашему мнению, необходимо последовательно решить следующие задачи:

- ◆ обеспечение сбалансированности доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;

- ◆ обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы ОМС;

- ◆ приведение в соответствие основных положений Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» с принятыми позже Гражданским, Налоговым, Бюджетным кодексами Российской Федерации, а также с иными федеральными законами и совершенствование законодательства в сфере ОМС для завершения перехода к страховому принципу оплаты медицинской помощи.

Качественное изменение системы обязательного медицинского страхования возможно при разработке и внедрении конкретной системы мер, разработке программы действий, учитывающей все выявленные за период функционирования системы ОМС несоответствия в построении системы. Таким документом может стать Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г., в случае ее принятия с учетом замечаний экспертов (по состоянию на II квартал 2009 года на специально созданную экспертную площадку открытого обсуждения концепции поступило 584 предложения и 2268 комментариев к ним²). Основными целями реализации концепции заявлены улучшение демографических показателей, в частности сокращение к 2011 г. убыли населения РФ и доведение его численности до 145 млн. человек к 2020 г., формирование здорового образа жизни граждан и повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению РФ. Согласно концепции основными шагами по модернизации системы обязательного медицинского страхования станет увеличение страховых взносов работодателей до 5,1% от фонда оплаты труда, при этом будет установлено предельное значение годового фонда оплаты труда, сверх которого уплата страховых взносов производиться не будет. Указанное предельное значение в 2010 году составит 415 000 рублей, и оно будет подлежать ежегодному увеличению в соответствии с прогнозируемым темпом роста заработной платы. Страховые взносы работодателей будут распределяться в пропорции: 4% - в бюджеты территориальных фондов ОМС и 1,1% - в бюджет Федерального фонда ОМС. Субъекты Российской Федерации будут уплачивать взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в зависимости от платежей работодателей на работающее население с учетом коэффициентов удорожания/удешевления медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры неработающего населения на территории конкретного субъекта Российской Федерации. При этом порядок расчета взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения будет определен федеральным законом и являться единым для всех субъектов Российской Федерации.

Планируемые доходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования от страховых взносов работодателей составят в 2010 году 495 млрд. рублей³. Платежи субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование не-

работающего населения при применении указанного способа расчета в 2010 году должны будут составить 715 млрд. рублей. Повышение размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование как работающего, так и неработающего населения будет сопровождаться переходом на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи через систему ОМС. С учетом увеличения размера страховых взносов, минимальный подушевой норматив финансового обеспечения программы государственных гарантий может быть обеспечен в объеме около 9 400 рублей на человека в год в 2010 году, и 30 400 рублей в 2020 году (в ценах соответствующих лет).

Указанное увеличение позволит:

- ◆ повысить средний уровень заработной платы медицинского персонала не менее чем до среднего уровня заработной платы по Российской Федерации;

- ◆ увеличить расходы на медикаменты и перевязочные средства в круглосуточных стационарах в 2-10 раз, в зависимости от заболевания;

- ◆ увеличить расходы на медикаменты и перевязочные средства более чем в 10 раз при оказании скорой медицинской помощи;

- ◆ увеличить расходы на питание больных в круглосуточных стационарах более чем в 2 раза;

- ◆ увеличить траты на расходные материалы при оказании медицинской помощи в 3-5 раз.

Таким образом, проведенная в России реформа здравоохранения, введение обязательного медицинского страхования и проводимая модернизация системы здравоохранения в комплексе должны обеспечить органичную инвестиционную перестройку отрасли, направленную на повышение экономической и клинической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинской помощи и обеспечение конституционных прав населения РФ на гарантированный государством объем и качество медицинской помощи.

¹ Здесь и далее - по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования // <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about>.

² Экспертная площадка открытого обсуждения Концепции развития здравоохранения до 2020 года // <http://www.zdravo2020.ru>.

³ Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. // <http://www.zdravo2020.ru/concept>.