

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОСНОВНЫЕ ПОЗИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

О.В.Обухова

Заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Москва, Россия

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» охарактеризованы ключевые фигуры страховой деятельности – субъекты (страховщик в лице Федерального фонда обязательного медицинского страхования; страхователи работающего и неработающего населения; застрахованные лица) и участники (территориальные фонды обязательного медицинского страхования; страховые медицинские организации; медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь застрахованным гражданам при наступлении страхового случая) обязательного медицинского страхования. Подчеркнуто, что центральным элементом системы обязательного медицинского страхования (ОМС) является застрахованный гражданин, поэтому идеологическая основа Федерального закона №326-ФЗ – обеспечение прав застрахованных при получении медицинской помощи. Закон устанавливает категории лиц, которые могут участвовать в системе ОМС в качестве застрахованных; определяет права, обязанности и ответственность всех субъектов и участников ОМС; устанавливает требования к содержанию базовой и территориальных программ ОМС, которые являются составной частью программы государственных гарантий; позволяет медицинской организации любой организационно-правовой формы после подачи соответствующего заявления в территориальный фонд ОМС участвовать в реализации территориальной программы ОМС, то есть открывает поле деятельности для частных медицинских организаций. Отмечено, что правовые взаимоотношения между страховщиком, страхователем и застрахованными лицами регулируются законом, в чем и заключается главное отличие от добровольного медицинского страхования, где отношения между страховщиком и страхователем, который может представлять интересы застрахованных лиц, регулируются посредством заключаемого договора страхования. Представлена схема взаимодействия субъектов и участников системы ОМС в Российской Федерации.

Проблема поиска дополнительных средств для полноценного обеспечения конституционных гарантий государства по предоставлению медицинской помощи волнует многие страны. Одним из возможных вариантов является внедрение обязательного медицинского страхования (ОМС), основанного на принципе солидарного участия всех граждан государства в обеспечении медицинской помощи.

Данный материал посвящен рассмотрению опыта Российской Федерации по внедрению обязательного медицинского страхования.

На текущий момент средства системы ОМС в общих государственных расходах на российскую программу государственных гарантий бесплатно оказания гражданам медицинской помощи составляют порядка 73%. Этот факт позволяет утверждать, что в здравоохранении России реализована преимущественно страховая модель финансирования.

Для того, чтобы понять нюансы условий реализации страховой медицины, необходимо задаться вопросом, чем отличается страховая медицина от бюджетной? Главное отличие бюджетной системы финансирования, основанной на возмещении затрат медицинской организации по смете, кроется в направленности расходуемых средств. Так, при бюджетно-сметном механизме финансируется функционирование медицинского учреждения независимо от результатов его деятельности. При страховой же модели производится оплата реализованной медицинской организацией деятельности, которая может быть выражена либо в медицинских услугах, либо в пролеченных пациентах. Основой принцип страховой медицины – деньги следуют за пациентом, в связи с чем актуальной становится задача выбора наиболее эффективного, ориентированного на результат деятельности медицинской организации, способа оплаты оказываемой медицинской помощи.

Законодательно переход на принципы обязательного медицинского страхования начал осуществляться в России 22 года назад после принятия закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон одновременно регулировал как обязательное, так и добровольное медицинское страхование, причем и то, и другое регулировал недостаточно, и во многом носил декларативный характер. Ряд важных положений системы ОМС регулировался не законом, а подзаконными актами. За период, прошедший со времени принятия закона 28 июня 1991 г., все его статьи претерпели изменения, а многие просто утратили силу.

Все это явилось предпосылкой для принятия нового законодательства. 29 ноября 2010 г. был принят Федеральный закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (326-ФЗ). В связи с принятием нового федерального закона, добровольное медицинское страхование с 01.01.2011 г. осуществляется в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Российской Федерации и Закона Российской Федерации от 27.11.1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Следует отметить, что вновь принятый закон имеет значительные преимущества перед предыдущей версией. Так, 326-ФЗ имеет структуру и понятийный аппарат, соответствующий изложенным в Федеральном законе от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования». Основными понятиями являются определения непосредственно самого обязательного медицинского страхования как вида обязательного социального страхования, представляющего собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС. Четкое определение получили и такие понятия, как объект, страховой риск, страховой случай, страховое обеспечение, страховые взносы.

Ключевые фигуры страховой деятельности — это субъекты и участники обязательного медицинского страхования. К субъектам, согласно закону, отнесен страховщик в лице Федерального фонда обязательного медицинского страхования, страхователи работающего и неработающего населения и, соответственно, застрахованные лица. К участникам отнесены территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, а также непосредственно медицинские организации, оказывающие ме-

дицинскую помощь застрахованным гражданам при наступлении страхового случая.

Центральным элементом системы обязательного медицинского страхования является застрахованный гражданин, поэтому идеологическая основа вновь принятого закона — обеспечение прав застрахованных при получении медицинской помощи. Закон устанавливает категории лиц, которые могут участвовать в системе обязательного медицинского страхования в качестве застрахованных.

Законодательством установлены права, обязанности и ответственность всех субъектов и участников ОМС.

Относительно прав граждан в данной области, то, согласно 326-ФЗ, застрахованное лицо имеет право тройного выбора: страховой медицинской организации, медицинской организации и непосредственно врача. Все это создает предпосылки для создания конкурентной среды между участниками системы ОМС и борьбы за каждого застрахованного гражданина. На сегодняшний день у пациента нет ограничений и привязки к территории постоянного проживания при получении медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Застрахованный гражданин имеет право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации, на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также на защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Правовые взаимоотношения между страховщиком, страхователем и застрахованными лицами происходят в силу закона. В этом и есть главное отличие от добровольного медицинского страхования, где отношения между страховщиком и страхователем, который может представлять интересы застрахованных лиц, регулируются посредством заключаемого договора страхования.

Есть в законе и свои коллизии. Так, страховая медицинская организация в системе обязательного медицинского страхования — единственный участник, который должен иметь лицензию на осуществление страховой деятельности. При этом, страховщик ОМС — Федеральный фонд — не обязан иметь такую лицензию.

Если рассматривать договорные взаимоотношения между ключевыми фигурами системы ОМС, то также следует отметить ведущую роль страховых медицинских организаций. Так, договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования заключается между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией. Последняя же является и одной из сторон договора на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого с медицинской организацией. Страховая медицинская организация получает 1–2% распределяемых ей средств на оплату оказанной прикрепленным застрахованным гражданам медицинской помощи, несет ответственность своим имуществом.

В общем виде схема взаимодействия субъектов и участников системы ОМС в Российской Федерации выглядит следующим образом (рис.).

Все страховые взносы, которые делают страхователями, носят обезличенный характер. Вполне вероятно, что такая ситуация объясняет низкую заинтересованность населения в несении ответственности за свое здоровье. Этому также есть объяснение. Существующая система здравоохранения Российской Федерации не претерпевала резких коренных изменений в связи с распадом СССР и до сих пор во многом является наследницей советской системы здравоохранения. Ре-

ализация принципов ОМС была обусловлена необходимостью изыскания дополнительных финансовых средств в дополнение к бюджетному финансированию. Население страны и после внедрения принципов ОМС продолжало воспринимать получение медицинской помощи как обязательство государства, причем реально закрепленное Конституцией Российской Федерации, без взаимных обязательств по сохранению своего здоровья. Как известно, страховая деятельность подразумевает выполнение превентивных мероприятий, позволяющих минимизировать наступление страхового случая.

Страховые взносы на работающее население с 2012 года составляют 5,1%. На неработающее население Федеральным законом установлен тариф страхового взноса в размере 18864,6 руб. (порядка 550 долларов США)

Законом установлены требования к содержанию базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования, которые являются составной частью программы государственных гарантий. При этом территориальная программа ОМС расширяет перечень видов медицинской помощи, включенных статей расходов, условий предоставления медицинской помощи, указанных в базовой программе ОМС. Территориальная программа обязательного медицинского страхования принимается в каждом из вось-

мидесяти трех субъектов Российской Федерации и в Байконуре.

Необходимо отметить и еще одно важно нововведение для российской системы здравоохранения. Вновь принятое законодательство открыло поле деятельности для частных медицинских организаций. Теперь медицинская организация любой организационно-правовой формы после подачи соответствующего заявления в территориальный фонд ОМС может участвовать в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Основная цель таких реформ – улучшить доступ населения к получению качественной медицинской помощи через увеличение предложе-

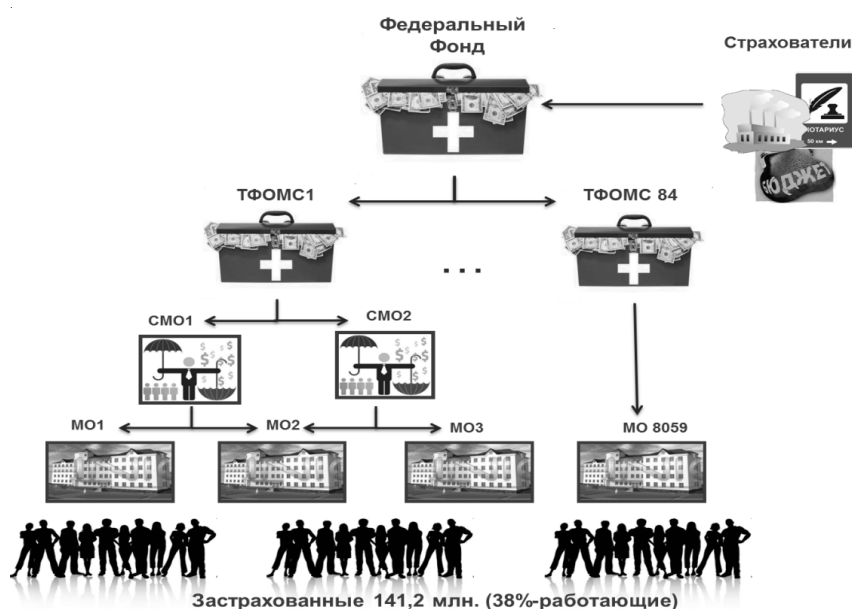


Рис. Схема взаимодействия субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации
ТФОМС – территориальный фонд ОМС (в каждом из 83 субъектов Российской Федерации и в Байконуре); СМО – страховые медицинские организации; МО – медицинские организации, участвующие в системе обязательного медицинского страхования (в 2012 г. – 8059 МО)

ний по оказанию тех или иных медицинских услуг и повышения конкуренции между медицинскими организациями любой формы собственности. Для частных медицинских организаций, даже при имеющемся дефиците размера тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС, участие в программе ОМС является одним из возможных каналов постоянного дохода и пополнения клиентской базы.

Осуществляемые реформы дают надежду и на минимизацию дефицита программ ОМС. Так, большая часть медицинской помощи передана в систему ОМС, за счет средств ОМС покрываются практически все расходные статьи. Конечно, это не означает, что «финансовый котел» системы ОМС безграничен по отношению к вновь принимаемым финансовым обязательствам. Основным источником пополнения средств являются бюджеты субъектов Российской Федерации на неработающее население, а также на передаваемые вместе с обязательствами по финансированию тех или иных видов медицинской помощи (например, с 2013 года в систему ОМС переданы функции по финансированию скорой медицинской помощи, с 2014 года часть высокотехнологичной медицинской помощи переведена (из-за широкого тиражирования) в ранг специализированной медицинской помощи и включена в систему ОМС, в частности, такие операции, как эндопротезирование тазобедренного сустава, коронарное шунтирование, считаются уже достаточно доступными для выполнения соответствующими специалистами регионального уровня).

Новое законодательство позволило унифицировать подходы к созданию и ведению персонализированного учета застрахованных лиц, что создает условия для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ обязательного медицинского страхования, для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования, а также позволяет определять потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний день все нормативно-законодательное поле системы ОМС постепенно приобретает цивилизованный вид, соотносясь с реалиями состояния системы здравоохранения России. Конечно, не все происходит гладко, однако, не ошибается лишь тот, кто ничего не делает. Поэтому хочется надеяться, что все реформы, происходящие в Российской Федерации в этой области,

будут способствовать достижению основной цели, ради которой они осуществляются, – полноценному обеспечению гарантий качественной и доступной медицинской помощи всем гражданам страны.

COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION: BASIC POSITIONS AND PROSPECTS

O.V.Obukhova

Head of the Department of Economics and Health Resource Assurance

FSBI “Central Research Institute for Health Care Organization and Informatization”, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

In accordance with Federal Law No.326-FZ of November 29, 2010 “On Compulsory Health Insurance in the Russian Federation” key figures of the insurance activity, i.e. subjects (an insurer in the person of the Federal Fund of Compulsory Health Insurance; insurants of the labouring and non-labouring population, and the insured persons) and participants of the compulsory health insurance (territorial compulsory health insurance funds, health insurance institutions, healthcare institutions providing medical care to the insured citizens in case of insured event) have been characterized. It has been emphasized that the central element of the compulsory health insurance (CHI) system is an insured citizen that is why the ideological basis of Federal Law No.326-FZ is to ensure rights of the insured in getting medical care. The law establishes categories of the persons who may participate in the CHI system as the insured; defines rights, liabilities and responsibilities of all the subjects and participants of the CHI; determines requirements for the content of the basic and territorial CHI programmes that are part of the Government Guarantee Programme; enables healthcare institution of any legal-organizational form to participate in realization of the territorial CHI programme after submission of a certain application, i.e. opens the sphere of activity for private healthcare institutions. It has been noted that the legal relationship between the insurer, the insurant and the insured persons is regulated by the law. This is the main difference from the voluntary health insurance, where the relationship between the insurer and the insurant, representing interests of the insured persons, is regulated by an insurance contract. A scheme of the subjects – participants interaction in the CHI system of the Russian Federation has been presented.