

УДК 364.32(57)
ББК 65.272.5(2Рос)

О.И. Русакова

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В БАЙКАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Рассмотрены основные проблемы обязательного медицинского страхования в России в целом и Байкальском регионе в частности, которые вытекают, в том числе, из несовершенства теоретических основ этого вида страхования, а так же законодательства в этой сфере. Исследование проведено на основе современных тенденций развития обязательного медицинского страхования и опубликованного проекта ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, система обязательного медицинского страхования, тарифы страховых взносов, страховые медицинские организации.

O.I. Rusakova

MODERNIZATION OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE SYSTEM IN BAIKAL REGION

The article deals with basic problems of compulsory medical insurance in Russia and in Irkutsk region which occur, inter alia, due to imperfection of legislation in this sphere and poor theoretical bases of this kind of insurance. The research has been carried out with the up-to-date lines of compulsory medical insurance development and the published project of the federal law «On medical insurance» taken into account.

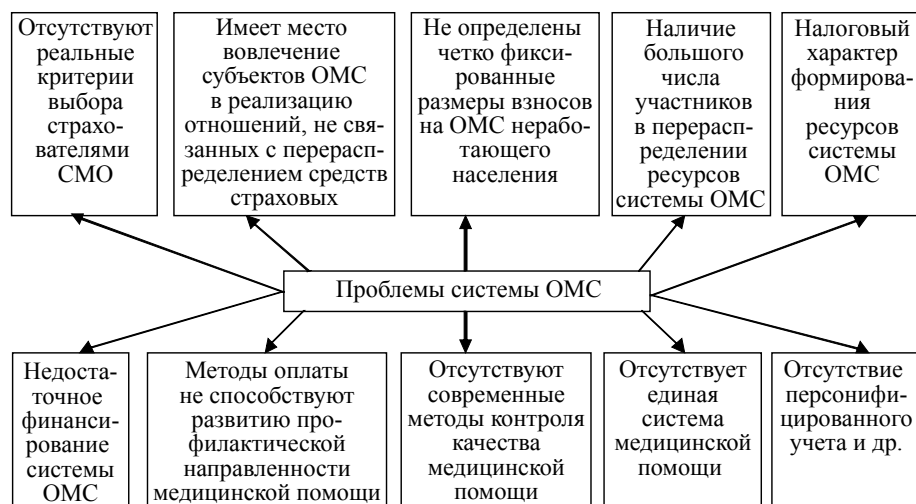
Keywords: compulsory medical insurance, compulsory medical insurance system, tariffs of insurance contributions, insurance medical organizations.

Для того чтобы обоснованно вести речь о дальнейшем развитии медицинского страхования в регионе, необходимо четко представлять те проблемы, которые на сегодняшний день присущи данного рода отношениям в России.

В результате почти двадцатилетнего функционирования системы ОМС в России сложилась не единая модель ОМС, а несколько региональных моделей ОМС, что препятствует использованию страховых принципов для управления рисками, хотя модель финансирования и называется бюджетно-страховой. В Иркутской области, например, используется «законодательная» модель ОМС.

В настоящее время в системе ОМС существует ряд проблем — это недостаточное финансирование; отсутствие единой системы стандартов и контроля качества оказания медицинской помощи; отсутствие персонифицированного учета; не определены четко фиксированные размеры взносов на ОМС неработающего населения; отсутствуют реальные критерии выбора страхователями страховой медицинской организации, не реализуются принципы конкуренции, заложенные в механизме ОМС; имеет место вовлечение субъектов ОМС в реализацию отношений, не связанных с перераспределением средств страховых фондов, наряду с использованием средств ОМС не по прямому назначению; наличие большого числа участников в

перераспределении ресурсов системы ОМС; налоговый характер формирования ресурсов системы ОМС и другие (рис.) [3, с. 13–14].



Проблемы системы обязательного медицинского страхования

По разным оценкам объемы недофинансирования составляют до половины от имеющихся на сегодняшний день ресурсов [1].

Однако проблему недофинансирования необходимо рассматривать комплексно. Так, на наш взгляд, необходимо изменить некоторые положения ФЗ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Прежде всего, должен измениться объект медицинского страхования. Действующий закон не определяет объект ОМС, и приравнивает его к объекту ДМС. Таким образом в экономической литературе объектом считаются затраты на оказание медицинской помощи, затраты, связанные с заболеванием. Для усиления страховых принципов медицинского страхования следует признать объектом, имущественные интересы, связанные со здоровьем, а так же сделать акцент на усиление действия превентивной функции медицинского страхования (профилактика заболеваний). В этом случае можно избежать увеличения объемов финансирования.

К следствиям проблемы недофинансирования здравоохранения можно отнести:

- фактическую декларативность конституционных гарантий бесплатной медицинской помощи в связи с несбалансированностью государственных обязательств и финансовых возможностей по их реализации;
- значительную долю легальной и теневой оплаты медицинских услуг населением, составляющую по разным оценкам 25–50% совокупных расходов государства и населения на здравоохранение;
- нивелирование увеличения затрат на здравоохранение ростом стоимости медицинских услуг, что обостряет проблему экономической эффективности использования ресурсов в здравоохранении;
- низкую эффективность использования имеющихся в здравоохранении ресурсов;
- крайне высокую изношенность, имеющегося в лечебно-профилактических учреждениях медицинского оборудования;
- слабые стимулы к труду медицинских работников и др.

Проблемы системы ОМС вытекают из того, что ОМС осуществляется на основе принципа финансирования, а не на основе принципов рискового страхования.

Еще одной проблемой является налоговый характер формирования ресурсов системы ОМС. Замена единого социального налога на страховой взнос с 2010 г. и установление нового порядка администрирования страховых взносов во внебюджетные фонды не изменили экономической сущности этого платежа. В нем по-прежнему отсутствует рисковая составляющая. Администрирование взносов на обязательное медицинское страхование будут осуществлять органы Пенсионного фонда РФ.

Тарифные ставки для страховых взносов на ОМС, зачисляемые в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования можно посмотреть в таблице.

Тарифы страховых взносов в 2010–2015 гг., %

Категория плательщиков	2010		2011–2015	
	ФОМС	ТФОМС	ФОМС	ТФОМС
Основная	1,1	2,0	2,1	3,0

Источник: О порядке уплаты платежей в фонды ОМС с 2010 г.: информация ФОМС от 27 янв. 2010 г.

Как видно из таблицы для достижения принципа предоставления медицинской помощи определенного уровня и объема, обеспеченной конкретным целевым источником финансирования государство пошло по пути увеличения тарифа на ОМС с 3,1% до 5,1%.

За время существования системы ОМС остается неразрешенной проблема перечисления взносов на ОМС неработающего населения субъектами РФ.

Финансовой системе ОМС будут обеспечены «автономность и устойчивость», прежде всего за счет ввода обязательных платежей субъектов федерации за неработающее население. По проекту нового закона тариф страхового взноса на ОМС за неработающее население будет устанавливаться ежегодно на три года с учетом инфляции.

Вопросы совершенствования и доступности медицинской помощи населению приобрели в последнее время особое значение. Назрела необходимость модернизации обязательного медицинского страхования, требуется принятие неотложных мер по обеспечению населения Российской Федерации равнодоступной и качественной медицинской помощью.

Сложно считать равными права граждан на медицинскую помощь. Анализ финансовой устойчивости территориальных программ государственных гарантий показывает, что сохраняются резкие различия в уровне фактического среднелетового финансирования в различных субъектах Российской Федерации. По данным, приведенным в проекте концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 г., фактические значения подушевых нормативов финансирования территориальных программ государственных гарантий колеблются от 1 723 р. в Республике Ингушетия до 26 918 р. в Чукотском автономном округе при среднем в 2007–2008 гг. нормативе по России в 5 150 р. Субвенции Федерального фонда ОМС сглаживают эти различия, но лишь частично, с 15 до 3–4 раз. В условиях кризиса это может привести к разбалансировке финансового обеспечения системы здравоохранения [2].

Декларативный характер носит право страхователя выбора СМО, особенно по категории неработающего населения. По-прежнему каждый год объявляется тендер, который выигрывает новая компания, что вызывает необходимость смены полиса и недовольство застрахованных. Так в Иркутской области СМО «Росгострах-Медицина» сменила СМО «Росно-МС», а ту, в свою очередь, в 2010 г. СМО «Согаз-мед».

Минздрав опубликовал проект нового закона об обязательном медицинском страховании. Рабочая версия схемы работы системы ОМС и плана реформы здравоохранения предполагает лишь некоторые территориальные ограничения на общероссийскую применимость полиса ОМС, уравнивает в правах на деньги ОМС частную и государственную медицину, делает страховые компании лишь посредниками в работе фонда ОМС. Проект также декларирует объединение всех услуг здравоохранения в страховой системе к 2015 г., но гарантий сбалансированности системы ОМС не содержит.

Российский и международный опыт подтверждает, что введение страховых механизмов обязательного медицинского страхования должно обеспечить изменение принципов организации финансирования здравоохранения.

Список использованной литературы

1. Акчурина Р.С. Недофинансирование здравоохранения — удел слабо развитого государства / Р.С. Акчурина, Г.Э. Улумбеков. — URL: [http:// www.ethnocide.netda.ru](http://www.ethnocide.netda.ru).
2. Архипов А.П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования / А.П. Архипов // Финансы. — 2009. — № 9.
3. Кучеренко В.З. Риск-менеджмент медицинского страхования / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. — 2008. — № 1.

Bibliography (transliterated)

1. Akchurin R.S. Nedofinansirovanie zdravookhraneniya — udel slaborazvito go gosudarstva / R.S. Akchurin, G.E. Ulumbekov. — URL: [http:// www.ethnocide.netda.ru](http://www.ethnocide.netda.ru).
2. Arkhipov A.P. O sovershenstvovanii sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya / A.P. Arkhipov // Finansy. — 2009. — № 9.
3. Kucherenko V.Z. Risk-menedzhment meditsinskogo strakhovaniya / V.Z. Kucherenko // Ekonomika zdravookhraneniya. — 2008. — № 1.

Информация об авторе

Русакова Оксана Игоревна — кандидат экономических наук, доцент, кафедра страхования и управления рисками, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, e-mail: rusakova@isea.ru.

Author

Rusakova Oksana Igorevna — PhD in Economics, Associate Professor, Chair of Insurance and Risk Management, Baikal National University of Economics and Law, Irkutsk, e-mail: rusakova@isea.ru.