

УДК 336.13

DOI: 10.34670/AR.2019.89.3.043

К вопросу о функционировании системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Зубарев Николай Юрьевич

Старший преподаватель,
кафедра экономической теории и мировой экономики,
Пермский государственный аграрно-технологический университет,
614045, Российская Федерация, ул. Пермь, Петропавловская, 23;
e-mail: nu_zubarev@mail.ru

Аннотация

В статье затронуты вопросы функционирования системы обязательного медицинского страхования в современной России. Проанализированы нормативно-правовые акты, регулирующие функционирование системы обязательного медицинского страхования, а также выявлены особенности формирования средств, поступающих в систему. Кроме того, проанализированы механизмы перераспределения средств в системе обязательного медицинского страхования между федеральным фондом и территориальными отделениями. В заключении статьи обобщены основные проблемы, связанные с функционированием системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Система обязательного медицинского страхования является неотъемлемой частью современной эффективной системы здравоохранения. Тем не менее, сегодня в Российской Федерации система обязательного медицинского страхования имеет свои проблемы. В первую очередь, проблемы связаны с механизмом перераспределения средств внутри системы. Во-вторых, проблемы с определением перечня медицинских и иных услуг, которые покрываются страховым полисом. В-третьих, демографические проблемы, связанные с дисбалансом трудовых ресурсов в стране.

Для цитирования в научных исследованиях

Зубарев Н.Ю. К вопросу о функционировании системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2019. Том 9. № 3А. С. 399-406. DOI: 10.34670/AR.2019.89.3.043

Ключевые слова

ОМС, медицинское страхование, финансирование системы здравоохранения, здравоохранение, экономика.

Введение

Действующая в Российской Федерации система обязательного медицинского страхования сегодня стала неотъемлемой частью социально-экономической системы страны [Богдан, 2013]. Основным нормативно-правовым актом является Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Сама система предоставления медицинской помощи гражданам в Российской Федерации, на сегодняшний день, является бесплатной для населения, данное положение закреплено в статье 41 Конституции Российской Федерации. Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации, является многоканальной (четыре основных источника финансирования и шесть источников поступления денежных средств – два из них система обязательного медицинского страхования и бюджетные ассигнования) [Шамшурина, 2014, 23].

Основная часть

Система обязательного медицинского страхования обеспечивает гражданам РФ (застрахованным лицам) доступ к бесплатной помощи.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов определяет: виды медицинской помощи, объемы, мероприятия, условия оказания медицинской помощи, непосредственно критерии качества проводимых работ, и общедоступность получения медицинской помощи населению страны бесплатно. Финансирование происходит из средств ОМС в полном объеме с территориальной «Программой обязательного медицинского страхования». Финансирование также поступает со всех уровней бюджетной системы Российской Федерации в рамках программы ОМС [Банин, 2013, 165].

Территориальная программа финансируется за счет бюджетных ассигнований. Средства, полученные от ОМС, направляются на финансирование медицинской помощи работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей (промышленности) с особо опасными условиями труда, населению закрытых административно-территориальных образований РФ, территорий с опасными для здоровья человека химическими, физическими и биологическими факторами, оказываемой федеральными государственными учреждениями страны в целом [Калашников, 2014, 30].

Финансирование осуществляется из средств бюджета по ряду важных направлений, связанных, в основном, с обеспечением населения различными видами медицинских услуг и препаратами.

На сегодняшний день финансирование здравоохранения рассматривает три основных типа (бюджетная система, страховое здравоохранение, система платной медицины). Классическим типом считается страховое здравоохранение, данный тип не встречается не в одной стране. Система здравоохранения в каждой стране индивидуальная, модель формируется из сочетания элементов разных типов.

Законодательные акты устанавливают порядок проведения процедуры обязательного медицинского страхования. Поступившие страховые средства распределяются в соответствии с принципом подушевого финансирования по нормативу [Чилилов, 2014, 24].

«Обязательное медицинское страхование (ОМС) – вид обязательного (медицинского) социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение (при наступлении страхового случая) гарантий бесплатного оказания застрахованным гражданам медицинской помощи из средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС».

Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации является общедоступным. Тем самым оно обеспечивает всем гражданам абсолютно равные условия для получения квалифицированной медицинской помощи (профилактической и иной) [Мохов, 2015, 370].

Законодательство в сфере обязательного медицинского страхования опирается на Конституцию РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 16 июля 1999 года №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» и другие федеральные законы, а также законы субъектов Российской Федерации.

Форма социальной защиты интересов населения, охрана здоровья (гарантия получения медицинской помощи при наступлении страхового случая), финансирование профилактических мероприятий – все это медицинское страхование. Главная цель – обеспечение сохранения здоровья граждан, а основная задача системы обязательного медицинского страхования – аккумулярование средств. Второстепенная задачей будет являться сохранение средств, страховых взносов (собранных в федеральных и территориальных внебюджетных фондах). Данный механизм создает ресурсное обеспечение системы обязательного медицинского страхования.

Медицинское учреждение, страхователь, гражданин, страховая медицинская организация, все это субъекты системы ОМС. Органы местного самоуправления и органы исполнительной власти субъектов РФ выступают в качестве страхователей неработающих граждан РФ. Соответственно для работающих граждан страхователем выступает работодатель (организации, физические лица, предприятия, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, учреждения).

Непосредственно самим страховщиком по ОМС является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы ОМС. Федеральный фонд ОМС – это организация некоммерческого типа, созданная РФ в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере ОМС. Перечень страхователей для работающих граждан включает все виды работодателей, а для неработающих граждан – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Больничные учреждения, медицинские центры, поликлиники – лечебно-профилактические учреждения в системе ОМС, а также научно-исследовательские медицинские институты. Индивидуальные предприниматели – это еще одна категория медицинских учреждений, получившие соответствующие документы (лицензии и сертификаты на оказание медицинской помощи по программе ОМС), прошедшие соответствующую аккредитацию. Договор, заключенный между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией, будет являться финансовым бременем страховой компании. Медицинские учреждения получают оплату непосредственно за оказание гражданам медицинской помощи, в рамках ОМС и иных услуг, застрахованным лицам.

Сами медицинские учреждения, с любой формой собственности, имеют полное право оказывать медицинскую помощь населению в рамках медицинского страхования. Их статус – самостоятельно хозяйствующий субъект, страховые медицинские организации работают с ними на основе договоров.

Выполнение программы медицинского страхования, любым медицинским учреждением, дает возможность оказания медицинской помощи населению, вне рамок системы медицинского страхования.

Федеральный закон №326 установил, что оказанная медицинская помощь (в системе обязательного медицинского страхования) предоставляется только при заключении договора об оказании лечебно-профилактических услуг гражданам. В данном договоре, медицинское учреждение предоставляет застрахованным гражданам медицинскую помощь, в рамках программы медицинского страхования (объем помощи, качество помощи, конкретные сроки помощи).

Тарифы устанавливаются органами государственной власти различных уровней. Утвержденные тарифы создают обеспечение финансово-хозяйственной деятельности медицинских учреждений, в каждом отдельно взятом регионе свои тарифы, что привело к существенным различиям в цене.

Физические лица, с которыми заключен договор об обязательном медицинском страховании, автоматически считаются застрахованными лицами.

Страховой медицинский полис вправе получить каждый гражданин РФ при наличии заключенного договора медицинского страхования. Данный договор заключается самостоятельно гражданами, и выдается страховой медицинский полис. Правительство Российской Федерации утверждает форму медицинского полиса и вводит его в законное действие. На сегодняшний день внешний вид полиса имеет два варианта: бумажный (более привычный) и в виде пластиковой карты. Бумажный полис ОМС содержит: Фамилию, Имя, Отчество, паспортные данные, код страхования, срок действия.

Полис-карточка содержит: Фамилию, Имя, Отчество застрахованного лица, сведения о страхователе, личные данные застрахованного человека, дату окончания срока действия, пол, образец подписи, фотографию застрахованного лица (не на всех картах), номер индивидуального счета гражданина.

Наличие страхового медицинского полиса у гражданина Российской Федерации дает ему основание для получения бесплатной медицинской помощи на территории страны, в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В субъектах Российской Федерации ФОМС имеет свои территориальные отделения. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования созданы с целью реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Основной задачей фондов является сбор и распределение финансов, поступающих от страхователей. Фонды разрабатывают правила обязательного медицинского страхования и многие другие функции и задачи касательно системы обязательного медицинского страхования.

Система ОМС получает средства по дифференцированным подушевым нормативам и формирует денежные поступления территориальных фондов.

Средства, полученные от ТФОМС, несут нагрузку принятых обязательств по оплате медицинской помощи в рамках территориальной программы. Все страховые компании пользуются едиными нормативами финансовых резервов, в процентах к финансовым средствам, установленными ТФОМС (табл. 1).

Таблица 1 – Структура формирования средств ТФОМС

Финансовые средства ТФОМС	Ограничения страховых компаний
Страховые компании	Средства, сформированные для запасного резерва, не могут превышать суммы средств, предназначенные для медицинской помощи гражданам, территориальной программы в размере одного месяца.
	Средства, сформированные для финансирования предупредительных мероприятий на оплату медицинской помощи в пределах территориально программы медицинского страхования не могут превышать двухнедельного запаса.

Источник: составлено автором.

Использование финансовых резервов страховых организаций ограничено рядом условий (табл. 2).

Таблица 2 – Условия использования финансовых резервов страховых организаций

Выделенные средства страховой организации для оплаты медицинских услуг, так же средства для резервов оплаты оказанных медицинских услуг, из фонда ТФОМС:	Должны по истечении 10 дней быть возвращены в ТФОМС при условии полного прекращения договора со страховой организацией. (Исключением считается: пролонгированные договора или заключенный новый договор с прежней компанией).
	Страховые медицинские организации, дают полный и конкретизированный отчет ТФОМС, за рациональное и целевое использование средств ОМС
	На основании договора между, медицинским учреждением и страховой медицинской организацией, поступившие средства идут на оплату медицинской помощи застрахованных граждан.
	Выбор тарифа, на оплату оказания медицинской помощи населению, происходит в рамках тарифного соглашения по ОМС на отдельно выбранной территории субъекта федерации.
	Медицинские учреждения, получившие средства на отдельные мероприятия (связанные с системой здравоохранения) от территориального фонда, реализуются исключительно в рамках утвержденных целевых программ.

Источник: составлено автором.

Ежемесячно лечебные учреждения, оказывающие медицинские услуги, направляет реестр проведенных медицинских услуг застрахованному лицу, конкретной страховой медицинской организацией, прилагая счет за оказанные медицинские услуги. Уплата страховой компанией счета от медицинского учреждения является расчетом. Оказанная медицинская помощь, на территории другого субъекта, будет действовать взаиморасчет между ТФОМС данных регионов. Полная организация межтерриториального расчета находится во власти ТФОМС (любая медицинская организация, выставляет счет за оказание медицинской помощи застрахованного лица, той страховой медицинской компании, которая находится в другом субъекте федерации). Данные о проделанной работе, подкрепляются реестром оказанных застрахованному лицу предоставленных услуг в ТФОМС.

Территориальная программа ОМС получает финансирование из средств ОМС. Каждому застрахованному лицу, предоставляется медицинская помощь только в строгих рамках ТФОМС (амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стационарозамещающая медицинская

помощь). Территориальная программа государственных гарантий, описывает перечень медицинской помощи, а также заболеваний, которые оплачиваются ТПОМС. Структура тарифа на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования, работают только пять статей затрат (в большинстве регионов России). Тут следует подчеркнуть, тариф представляет собой, цена оказанной услуги, оплата которой происходит за счет средств обязательного медицинского страхования, не покрывает все статьи и затрат понесенным учреждением при ее оказании. Бюджетные средства, отнесены на иные статьи расходов при оказании медицинской помощи в объеме ТФОМС.

Таким образом, для полного финансового обеспечения здравоохранения, была введена система обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации. Система ОМС страдает от недостаточного финансирования, наравне функционирует система бюджетного финансирования, она является ведущей в данном процессе.

Система ОМС распространяется на строго определенный перечень оказываемых услуг застрахованным гражданам:

- профилактическая помощь;
- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации).

Система ОМС оплачивает страховые случаи по всем основным классам причин заболеваемости.

Амбулаторные условия: в рамках Программы ОМС осуществляется:

- наблюдение в условиях стационара несовершеннолетних граждан, также граждан с хроническими заболеваниями, женщин в период беременности;
- при вакцинации населения края (Национальный календарь прививок), прививки носящий характер профилактические (по эпидемическим показаниям) за исключением стоимости бактериологических препаратов;
- лица, желающие взять под попечительство (опеку) в патронатную или приемную семью детей, оставшихся без попечения родителей, желающих удочерить (усыновить); проведение диагностических исследований, осмотр врачами с целью медицинского освидетельствования;
- в соответствии с законодательством Российской Федерации производится диспансеризация отдельных категорий граждан;
- профилактические, периодические, предварительные медицинские осмотры,
- все виды медицинских осмотров;
- граждане в амбулаторных условиях могут получить полное обследование, оформление соответствующей документации, для направления санаторно-курортного лечения по медицинским показаниям;
- специалисты со средним медицинским образованием могут оказывать медицинскую помощь, на самостоятельном приеме;

Дневной стационар работает по принципу наблюдения и лечения других заболеваний и состояний, непосредственно только в дневное время, когда больному не нужно круглосуточное медицинское наблюдение. Геронтологическое отделение, стационары, центры (отделения) восстановительной медицины и реабилитации; условия оказания медицинской помощи следующие:

- госпитализация при отравлениях, травмах, острых заболеваниях, обострениях хронических болезней, срочно требующих как интенсивной терапии, так и круглосуточного медицинского наблюдения;

- госпитализация больного для проведения соответствующего лечения, все виды обезболивания и реабилитации;
- курс лечения и диагностики больного с использованием эндоскопического метода.

Заключение

Система обязательного медицинского страхования является неотъемлемой частью современной эффективной системы здравоохранения. Тем не менее, сегодня в Российской Федерации система обязательного медицинского страхования имеет свои проблемы [Хасанов, 2013, 139]. В первую очередь, проблемы связаны с механизмом перераспределения средств внутри системы. Во-вторых, проблемы с определением перечня медицинских и иных услуг, которые покрываются страховым полисом. В-третьих, демографические проблемы, связанные с дисбалансом трудовых ресурсов в стране.

Библиография

1. Банин С.А. Базовая теория формирования финансово-экономических основ современного здравоохранения России. Томск, 2013. С. 164-176.
2. Богдан И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России // Труды Центра проблемного анализа и государственного управления проектирования. 2013. Вып. 29. С. 39.
3. Калашников К.Н. Результативность программы модернизации здравоохранения: оценки пациентов и врачей // Здравоохранение. 2014. №2. С. 28-38.
4. Конституция Российской Федерации от 25.12.1993 г.
5. Мохов А.А. Основы медицинского права Российской Федерации: Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации. М.: Проспект, 2015. С. 370-371.
6. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. №326-ФЗ.
7. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/>
8. Хасанов Ф.З. Современная государственная политика России в области здравоохранения. Уфа, 2013. С. 126-142.
9. Чилилов А.М. Нормативы ресурсного обеспечения здравоохранения. Теория и практика // Главврач. 2014. №2. С. 22-31.
10. Шамшурина Н.Г. Финансирование медицинской помощи по программе государственных гарантий: повышение эффективности // Здравоохранение. 2014. №5. С. 20-27.

On the issue of the functioning of the compulsory health insurance system in the Russian Federation

Nikolai Yu. Zubarev

Senior Lecturer,
Department of Economic theory and the world economy,
Perm State Agrarian and Technological University,
614045, 23, Petropavlovskaya st., Perm, Russian Federation;
e-mail: nu_zubarev@mail.ru

Abstract

The scientific research presented in this article touches upon the functioning of the compulsory health insurance system in modern Russia. The author of the research has analyzed regulatory legal

acts regulating the functioning of the system of compulsory medical insurance, as well as the features of the formation of funds entering the system. In addition, the mechanisms for the redistribution of funds in the system of compulsory health insurance between the federal fund and regional offices were analyzed in the paper. In conclusion, the research presented in the article summarizes the main problems associated with the functioning of the compulsory health insurance system in the Russian Federation. The compulsory health insurance system is an integral part of a modern, efficient healthcare system in Russian Federation. Nevertheless, today in the Russian Federation the system of compulsory medical insurance has its own problems, states the author of the research. First of all, these problems are connected with the mechanism of redistribution of funds within the system. Secondly, there are problems with the definition of the list of medical and other services that are covered by the insurance policy. Thirdly, there are some demographic problems associated with the imbalance of labor resources in the country.

For citation

Zubarev N.Yu. (2019) K voprosu o funktsionirovanii sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v Rossiiskoi Federatsii [On the issue of the functioning of the compulsory health insurance system in the Russian Federation]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: Yesterday, Today and Tomorrow], 9 (3A), pp. 399-406. DOI: 10.34670/AR.2019.89.3.043

Keywords

CMI, health insurance, healthcare financing, healthcare, economics.

References

1. Banin S.A. (2013) *Bazovaya teoriya formirovaniya finansovo-ekonomicheskikh osnov sovremennogo zdravookhraneniya Rossii* [The basic theory of the formation of financial and economic foundations of modern health care in Russia]. Tomsk.
2. Bogdan I.V. (2013) Nekotorye aspekty reformy zdravookhraneniya v Rossii [Some aspects of healthcare reform in Russia]. *Trudy Tsentra problemnogo analiza i gosudarstvennogo upravleniya proektirovaniya* [Proceedings of the Center for Problem Analysis and Public Administration Design], 29, p. 39.
3. Chililov A.M. (2014) Normativy resursnogo obespecheniya zdravookhraneniya. Teoriya i praktika [Standards for resource provision of health care. Theory and Practice]. *Glavvrach* [Chief Physician], 2, pp. 22-31.
4. *Federal'nyi fond obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya* [Federal Fund for Mandatory Medical Insurance]. Available at: <http://www.ffoms.ru/> [Accessed 12/12/2018]
5. *Federal'nyi zakon «Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiiskoi Federatsii» ot 29.11.2010 g. №326-FZ* [Federal Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" of 29.11.2010, No. 326-ФЗ].
6. Kalashnikov K.N. (2014) Rezul'tativnost' programmy modernizatsii zdravookhraneniya: otsenki patsientov i vrachei [The effectiveness of the health care modernization program: assessments of patients and doctors]. *Zdravookhranenie* [Healthcare], 2, pp. 28-38.
7. Khasanov F.Z. (2013) *Sovremennaya gosudarstvennaya politika Rossii v oblasti zdravookhraneniya* [Modern Russian state policy in the field of public health]. Ufa.
8. *Konstitutsiya Rossiiskoi Federatsii ot 25.12.1993 g.* [The Constitution of the Russian Federation of 12/25/1993].
9. Mokhov A.A. (2015) *Osnovy meditsinskogo prava Rossiiskoi Federatsii: Pravovye osnovy meditsinskoi i farmatsevticheskoi deyatel'nosti v Rossiiskoi Federatsii* [Fundamentals of Medical Law of the Russian Federation: Legal Basics of Medical and Pharmaceutical Activities in the Russian Federation]. Moscow: Prospekt Publ.
10. Shamshurina N.G. (2014) Finansirovanie meditsinskoi pomoshchi po programme gosudarstvennykh garantii: povyshenie effektivnosti [Financing of medical care under the program of state guarantees: improving efficiency]. *Zdravookhranenie* [Healthcare], 5, pp. 20-27.