

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.01.001

Абубакиров А.С.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

БУ Сургутская городская клиническая поликлиника №4,
г. Сургут, Россия

Abubakirov A.S.

**ORGANIZATIONAL-ECONOMIC MECHANISM OF COMPULSORY
MEDICAL INSURANCE**

BU Surgut city clinical polyclinic №4, Surgut, Russia

Контактная информация:

Абубакиров Андрей Султангалеевич – хирург-проктолог
Сургутской городской клинической поликлиники №4. Адрес: г.Сургут,
ул. Игоря Киртбая, 12; E-mail: a.s.abubakirov@mail.ru

Резюме. В статье рассматриваются вопросы функционирования механизма обязательного медицинского страхования. Основой для оказания медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования является Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, на цели которой и должны расходоваться средства фондов обязательного медицинского страхования. Отмечено, что в России механизм ОМС имеет характерные особенности, отличающие его от общей системы обязательного медицинского страхования и от сектора добровольного медицинского страхования специализированными фондами ОМС, которые аккумулируют взносы работодателей.

Ключевые слова: медицинское страхование, ОМС, организационно-экономический механизм

Abstract. The article deals with the functioning of the mechanism of compulsory health insurance. The basis for the provision of medical services under the system of compulsory medical insurance is the Program of state guarantees of providing citizens of the Russian Federation with free medical care, for the purpose of which funds of compulsory medical insurance should be spent. It is noted that in Russia the mechanism of CHI has characteristic features that distinguish it from the General system of compulsory health

insurance and from the sector of voluntary health insurance by specialized funds of CHI, which accumulate contributions from employers.

Key words: medical insurance, CHI, organizational and economic mechanism

Организационно - экономический механизм обязательного медицинского страхования построен на том, что территориальные фонды ОМС и их филиалы финансируют страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования. В соответствии с нормативно-правовыми актами, задачами страховых медицинских организаций являются:

- осуществление обязательного медицинского страхования путём заключения договоров;
- выдача страховых полисов;
- формирование списка застрахованных;
- оплата медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами ОМС;
- осуществление контроля за объёмами, качеством и сроками предоставления медицинских услуг.

Финансирование страховых медицинских организаций территориальными фондами обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами по числу застрахованных лиц. Финансово-кредитная деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования в этой системе направлена на выравнивание условий деятельности территориальных фондов.

Если у страховой медицинской организации недостаточно средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, то она, в соответствии с договором о финансировании ОМС, обращается в фонд за субвенциями. СМО обязана предоставлять фонду информацию о численности и составе застрахованных, объёме и стоимости оплаченных медицинских услуг; о размерах штрафных санкций, предъявленных ими к медицинским учреждениям; о расходах на ведение дела и формировании и расходовании резервов и фондов.

Направляемые территориальными фондами в размере дифференцированных подушевых нормативов средства в страховых медицинских организациях покрывают оплату медицинских услуг, идут на формирование резервов и расходуются на оплату труда работников, которые заняты в системе обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды устанавливают для страховых медицинских организаций единые нормативы финансовых фондов и

резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым им на проведение обязательного медицинского страхования. При этом под резервом оплаты медицинских услуг понимаются финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным. Средства резерва оплаты медицинских услуг предназначены для оплаты в течение действия договоров страхования медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в объёме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования.

По окончании календарного года определяются финансовые результаты проведения обязательного медицинского страхования, и в случае превышения доходов над расходами сумма превышения направляется на пополнение резервов и дохода страховой медицинской организации.

Основой для оказания медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования является, как уже упоминалось выше, Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, на цели которой и должны расходоваться средства фондов обязательного медицинского страхования. Она определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, включает в себя базовую программу обязательного медицинского страхования, объёмы медицинской помощи, подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий предоставление гарантированных объёмов медицинской помощи. Эта программа финансируется, главным образом, за счёт средств обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней. Финансирование медицинской помощи гражданам Российской Федерации на всей территории России осуществляется за счёт бюджетов следующим образом:

1) из федерального бюджета происходит оплата медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Минздравом России;

2) средствами бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований покрывается скорая медицинская помощь, которую оказывают станции скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах.

Средства бюджетов всех уровней направляются на возмещение расходов по диспансерному наблюдению здоровых детей, льготному

лекарственному обеспечению и протезированию, а также на финансирование медицинского обслуживания, оказываемого фельдшерско-акушерскими пунктами, больницами, центрами и др.

Что касается базовой программы обязательного медицинского страхования, то она осуществляется исключительно за счёт средств ОМС, то есть за счёт средств, аккумулированных в фондах ОМС. В рамках этой базовой программы предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях.

На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объёмов и видов медицинской помощи за счёт средств субъектов РФ (при этом объём медицинской помощи, предоставляемой по территориальным программам не может быть меньше объёма, установленного базовой программой). Финансирование территориальной программы ОМС осуществляет соответствующий территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Программа разрабатывается, исходя из нормативов объёмов медицинской помощи, являющихся основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов ОМС и подлежит ежегодному пересмотру.

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчёте на одного человека. Они формируются органами исполнительной власти субъектов РФ по определённым ими показателями стоимости медицинской помощи в разрезе её видов и именно на их основе и осуществляется финансирование предоставления медицинских услуг гражданам в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Организационная структура системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и источники формирования финансового обеспечения механизма системы обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 1.

В качестве страхователей в системе ОМС по отношению к работающим гражданам выступают¹:

- организации;
- индивидуальные предприниматели;
- физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- нотариусы, адвокаты.

Для неработающих граждан страхователями являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, которые уплачивают страховые взносы установленного размера на обязательное медицинское страхование за неработающее население, к которым относятся:

- а) дети до 18 лет;
- б) неработающие пенсионеры;
- в) обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- г) безработные граждане, которые стоят на учете в соответствии с законодательством о занятости;
- д) один из родителей или опекун, если осуществляет присмотр за ребенком до трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет.

¹ Ст. 11 Федерального Закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 07.03.2019).

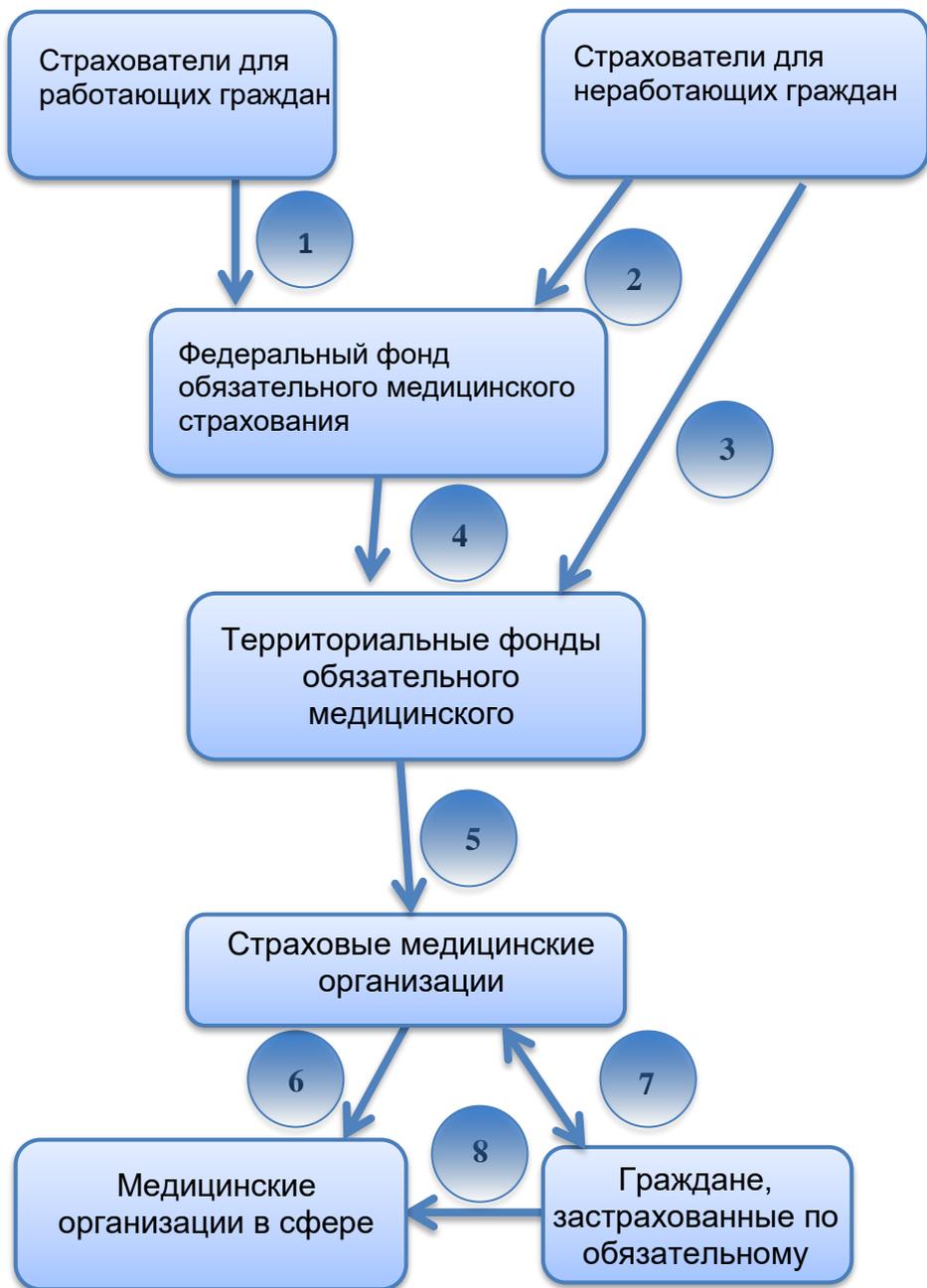


Рисунок 1. Организационная структура системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Источник: Журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» № 4-2014.

[Электронный ресурс] URL:

<http://www.ffoms.ru/upload/iblock/ca9/ca9aaf15557cd8b7cbd7bcee190cb85b.pdf>. (дата обращения 07.03.2019).

Пояснения к рисунку:

1. Отчисление страховых взносов на ОМС работающего населения.
2. Отчисление страховых взносов в систему ОМС за неработающее население.
3. Платежи из бюджетов субъектов РФ, направляемые в качестве дополнительного финансового обеспечения для реализации мер, содержащихся в территориальной программе ОМС в рамках базовой программы ОМС на финансирование дополнительных видов и условий медицинского обеспечения, которые не установлены в рамках базовой программы ОМС.
4. Выделение субвенций для осуществления переданных в ведение органов государственной власти субъектов РФ полномочий в системе ОМС.
5. Возмещение страховой медицинской организации расходов в рамках договора о финансовом обеспечении ОМС.
6. Покрытие медицинского обеспечения по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; осуществление контроля за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинских услуг в медицинских организациях, которые включены в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС.
7. Выдача гражданам полисов ОМС на основании заявления застрахованных лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации.
8. Обращение граждан за оказанием бесплатной медицинской помощи по территориальной программе ОМС при страховом случае.

Сумма страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения рассчитывается с учетом финансового обеспечения медицинской помощи, виды и условия медицинских услуг устанавливаются базовой программой обязательного медицинского страхования и в субъектах РФ рассчитывается по формуле:

$$C = T \times k_d \times k_y; \quad (1)$$

где T – тариф, установленный Федеральным законом от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ (ред. от 28.11.2018 г.) «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (18 864,60 руб.), k_d – коэффициент дифференциации (например, для Краснодарского края он равен 0,3333), k_y – коэффициент, зависящий от стоимости медицинских услуг и ежегодно устанавливаемый федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на определенный финансовый год и плановый период (на 2019 год установлен 1,119, на 2020 год – 1,162, на 2021 год – 1,208²).

Страховые взносы на ОМС, уплачиваемые регионами за неработающих граждан, в среднем ниже сумм, которые уплачивают работодатели за работающее население.

В России механизм ОМС имеет характерные особенности, отличающие его от общей системы обязательного медицинского страхования и от сектора добровольного медицинского страхования специализированными фондами ОМС, которые аккумулируют взносы работодателей.

В качестве страховщика по обязательному медицинскому страхованию выступает Федеральный фонд, являющийся некоммерческой организацией, созданной Российской Федерацией в соответствии с законодательством с целью реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, который реализует базовую программу обязательного медицинского страхования, конкретизируемую местными органами власти каждого региона.

Контроль использования средств обязательного медицинского страхования осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере и Счетной палатой Российской Федерации.

Доходы бюджета Федерального фонда формируются из следующих поступлений:

²Федеральный закон от 28.11.2018 N 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312087/#dst0. (дата обращения 06.03.2019).

- 1) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам и налоговым платежам;
- 3) начисленных пеней и штрафов;
- 4) средств федерального бюджета;
- 5) доходов от размещения временно свободных средств;
- 6) иных источников, предусмотренных российским законодательством.

Расходы, осуществляемые из бюджета Федерального фонда для финансового обеспечения, направлены для:

- предоставления субвенций территориальным фондам для осуществления переданных полномочий;
- исполнения расходных обязательств в сфере охраны здоровья граждан;
- выполнения функций органа управления Федерального фонда.

Стоит отметить, что практика показывает: полноценный механизм взаимодействия между субъектами и участниками системы медицинского страхования не сформирован. Страховые компании выступают в качестве посредников между клиниками и пациентами, выполняя роль кассиров, которые только переводят денежные средства поликлиникам и больницам, не следя за качеством оказываемых медицинских услуг.

Рассмотрев организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации, можно заключить, что он работает следующим образом:

1) страхователи работающего и неработающего населения производят отчисления страховых взносов на ОМС;

2) из бюджетов субъектов РФ поступают платежи и субвенции для реализации мер территориальных программ ОМС;

3) возмещение страховой медицинской организации расходов в рамках договора о финансовом обеспечении ОМС; осуществление контроля за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинских услуг в медицинских организациях, которые включены в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС;

4) выдача гражданам полисов ОМС на основании заявления застрахованных лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации;

5) обращение граждан за оказанием бесплатной медицинской помощи по территориальной программе ОМС при страховом случае.

Таким образом, обязательное медицинское страхование граждан в Российской Федерации осуществляется в размерах, устанавливаемых государственными программами обязательного медицинского

страхования и является бесплатным при наступлении страхового случая. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования граждан реализуется в соответствии с нормативно-правовыми актами, путём заключения договоров, выдачи страховых полисов, формирования списка застрахованных лиц, оплаты медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами ОМС, осуществления контроля за объёмом, качеством и сроками предоставления медицинских услуг.

Литература

1. Ст. 11 Федерального Закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (дата обращения 07.03.2019).

2. Федеральный закон от 28.11.2018 N 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312087/#dst0. (дата обращения 06.03.2019).

3/ Закон РФ от 02.04.1993 N 4741-1 (ред. от 24.07.2009) «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (утратил силу). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1817/. (дата обращения: 09.03.2019).

4. Официальный сайт Федерального Фонда ОМС РФ. [Электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/>. (дата обращения: 09.03.2019).

5. Аналитический обзор РБК «Обзор платных медицинских услуг и здорового образа жизни, 2015». [Электронный ресурс] URL: http://marketing.rbc.ru/reviews//medicine2013/chapter_1_1.shtml. (дата обращения: 10.03.2019).