

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ – ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ



ДИРЕКТОР ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Андрей Михайлович Таранов

В июне 1991 года Верховный Совет РСФСР принял Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР» (далее – Закон). Он явился исходным моментом поэтапного перехода к системе обязательного медицинского страхования (ОМС) Российской Федерации, призванным укрепить финансовую базу здравоохранения и повысить роль экономических регуляторов деятельности медицинских учреждений граждан Российской Федерации.

Актуальность этого Закона была в том, что в сложных условиях перехода к новым экономическим отношениям, приводящим к сокращению государственного бюджета и снижению уровня жизни граждан, обеспечить доступность бесплатной медицинской помощи было бы невозможно без дополнительного источника и изменения механизма финансирования медицинской помощи.

Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР» явился формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий.

В 1993 году были внесены существенные поправки в Закон 1991 года. Поправки касались в основном организационной структуры системы ОМС. Были введены территориальные фонды ОМС во главе с Федеральным фондом ОМС как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, наделенные функциями сбора, аккумуляции средств и финансирования (оплаты) медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями.

Другая важнейшая поправка относилась к статусу финансовых средств ОМС согласно ст. 12 Закона: «Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов других фондов и изъятию не подлежат». Тем самым финансовые средства ОМС были направлены в русло публично-правового регулирования, что обеспечивало их

подконтрольность и подотчетность органам исполнительной власти субъектов и Правительству Российской Федерации. Эти основополагающие, фундаментальные положения позволили внедрить медицинское страхование граждан во всех регионах страны и прошли проверку временем.

Сама идея обязательного медицинского страхования успешно развивается в Российской Федерации и нашла успешное отражение в странах ближнего зарубежья. Прошедшее десятилетие введения Закона показало, что это было единственно правильным своевременным политическим и экономическим решением, позволившим сохранить здравоохранение как отрасль.

Медицинское страхование в Российской Федерации осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования.

Сегодня ОМС стало реально действующим социально-экономическим механизмом управления финансирования медицинской помощи во всех регионах страны. С 1993 года была создана новая работоспособная, многокомпонентная инфраструктура системы ОМС. У же к концу первого года реализации Закона система ОМС насчитывала 79 территориальных фондов ОМС (ТФОМС), 587 филиалов ТФОМС, из которых 92 выполняли функции страховщиков, и 164 страховые медицинские организации. По состоянию на начало 2005 года система ОМС выросла до 90 территориальных фондов, 832 филиалов территориальных фондов, 276 страховых медицинских организаций, имеющих статус юридического лица, и 90 филиалов страховых медицинских организаций (СМО).

К 2005 году в системе ОМС застраховано 138,6 млн. человек, из них 55,7 млн. (40,2%) составляют работающее население и 82,9 млн. (59,8%) – неработающее население. Охват населения Российской Федерации обязательным медицинским страхованием к началу 2005 года составил 96,5%.

Система ОМС оплачивает медицинскую помощь 8,5 тыс. самостоятельным лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ), из них свыше 60% – стационары и 40% – амбулатории и поликлиники (рис.1).

За период с 1993 по 2004 год в систему ОМС поступило денежных средств более 778,3 млрд. рублей, в том числе около 33 млрд. рублей – непосредственно в Федеральный фонд ОМС, из которых 95% были направлены в территориальные фонды в виде субвенций и дотаций на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Так, на рисунке 2 представлена динамика поступления средств в систему обязательного медицинского страхования.

Одним из основных источников поступления средств в фонды ОМС являются средства работодателей, что составило за период с 1993 по 2004 год 62,8%, или 497,2 млрд. рублей.

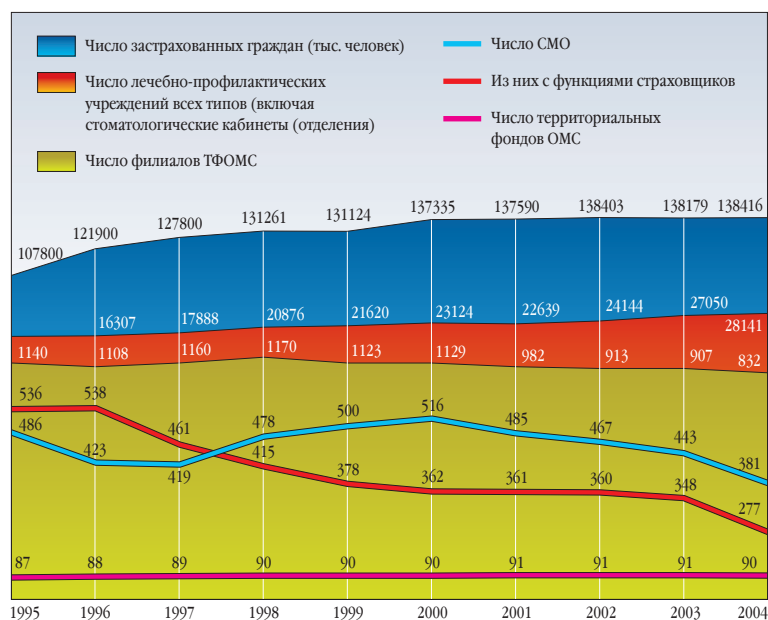
Вторым источником поступлений являются страховые взносы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации на страхование неработающих граждан. Эти поступления к 2004 году увеличились по сравнению с 1993 годом почти в 2,3 раза и составили суммарно за 12 лет 232,6 млрд. рублей, или 29,4% от общей суммы поступлений. За последние три года темпы поступления этих средств возросли, хотя объем этих средств недостаточен. Проблемой по-прежнему является несвоевременное и неполное перечисление этих страховых взносов для финансового обеспечения медицинской помощи более чем 82 млн. неработающих граждан Российской Федерации. Так, к началу 2005 года в 30 субъектах Российской Федерации фактические поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения были ниже сумм, утвержденных в бюджетах территориальных фондов ОМС (ТФОМС) на 2004 год, при этом в 8 субъектах Российской Федерации – менее 70% годовых сумм, утвержденных в бюджетах ТФОМС.

Общая задолженность по выплатам страховых взносов на ОМС неработающего населения, постепенно возрастая, достигла к 01.01.2004 года максимума и составила 46,9 млрд. рублей (рис. 3).

Организационные мероприятия, проведенные Федеральным фондом совместно с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, привели к значительному увеличению поступлений средств на ОМС неработающего населения. Это было обусловлено погашением плательщиками задолженности прошлых лет, а также значительным улучшением ситуации по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения.



1



ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Следует особо подчеркнуть, что в 2004–2005 годах отмечена тенденция не только к снижению темпов роста задолженности плательщиков страховых взносов на ОМС неработающего населения перед территориальными фондами ОМС, но и уменьшению суммы имеющейся задолженности. Так, по состоянию на 01.01.2006 года сумма указанной за долженности уменьшилась на 41% по отношению к началу 2005 года и составила в целом по Российской Федерации 25,5 млрд. рублей, в том числе недоимка – 12 млрд. рублей, пени и штрафы – 13,5 млрд. рублей.

Результатом проделанной работы стало дополнительное поступление средств в систему ОМС в счет погашаемой за долженности и выполнение текущих обязательств. За последние 7 лет (1998–2004 годы) отмечен семикратный рост страховых взносов на ОМС неработающих граждан, что составило 66,4 млрд. рублей в 2004 году по сравнению с 7,0 млрд. рублей в 1998 году. Однако доля этих средств в составе консолидированных бюджетов здравоохранения субъектов Российской Федерации, по данным за 2004 год, остается еще низкой и составляет 21,1%.

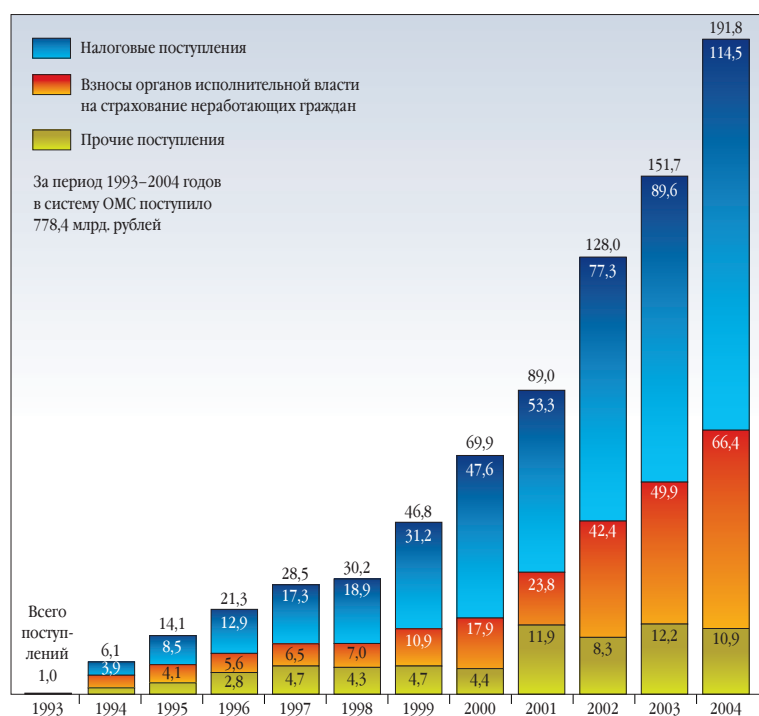
Фондами ОМС за период 1993–2004 годов на финансирование территориальных программ ОМС израсходовано 97,2% всех поступивших средств, финансирование мероприятий по здравоохранению и совершенствование системы ОМС – 2%, а лишь 0,8% израсходовано на содержание структуры ОМС. Из средств, израсходованных на территориальные программы ОМС: 62,5% средств использовано лечебно-профилактическими учреждениями на оплату труда (с начислениями), 20,8% – на медикаменты, 5,4% – на питание больных, 0,9% – на приобретение мягкого инвентаря и 4,4% – на приобретение медицинского оборудования и 6% – на прочие расходы.

Начиная с 1998 года ежегодно утверждается соответствующим постановлением Правительства Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, составной частью которой является базовая программа обязательного медицинского страхования, что обеспечивает конституционные права граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Анализ формирования и реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования показал, что во многих субъектах Российской Федерации проводится большая работа по оптимизации и реструктуризации объемов медицинской помощи: сокращены объемы стационарной помощи, внедряются стационарозамещающие технологии, уделяется много внимания развитию амбулаторно-поликлинического звена. Несмотря на это, в значительной части



2



ДИНАМИКА ПОСТУПЛЕНИЙ СРЕДСТВ В СИСТЕМУ ФОНДОВ ОМС
В 1993–2004 ГОДАХ (В МЛРД. РУБЛЕЙ)

субъектов Российской Федерации территориальные программы государственных гарантий не соответствуют постановлению Правительства Российской Федерации.

В 2004 году на выполнение территориальных программ госгарантий в целом по России было направлено 435,2 млрд. руб. лей, в том числе на выполнение территориальных программ ОМС – 186,4 млрд. рублей (рис. 4).

На финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в рамках территориальных программ ОМС было направлено 102,7 млрд. рублей (25,4%), на стационарную помощь – 203,0 млрд. руб. лей (50,3%), на финансирование объемов медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, – 8,8 млрд. руб. лей (2,2 %) и на скорую медицинскую помощь – 21,1 млрд. рублей (5,2%).

Дефицит финансовых средств на выполнение территориальных программ госгарантий в целом по России составил 48,1 млрд. рублей (10,0%).

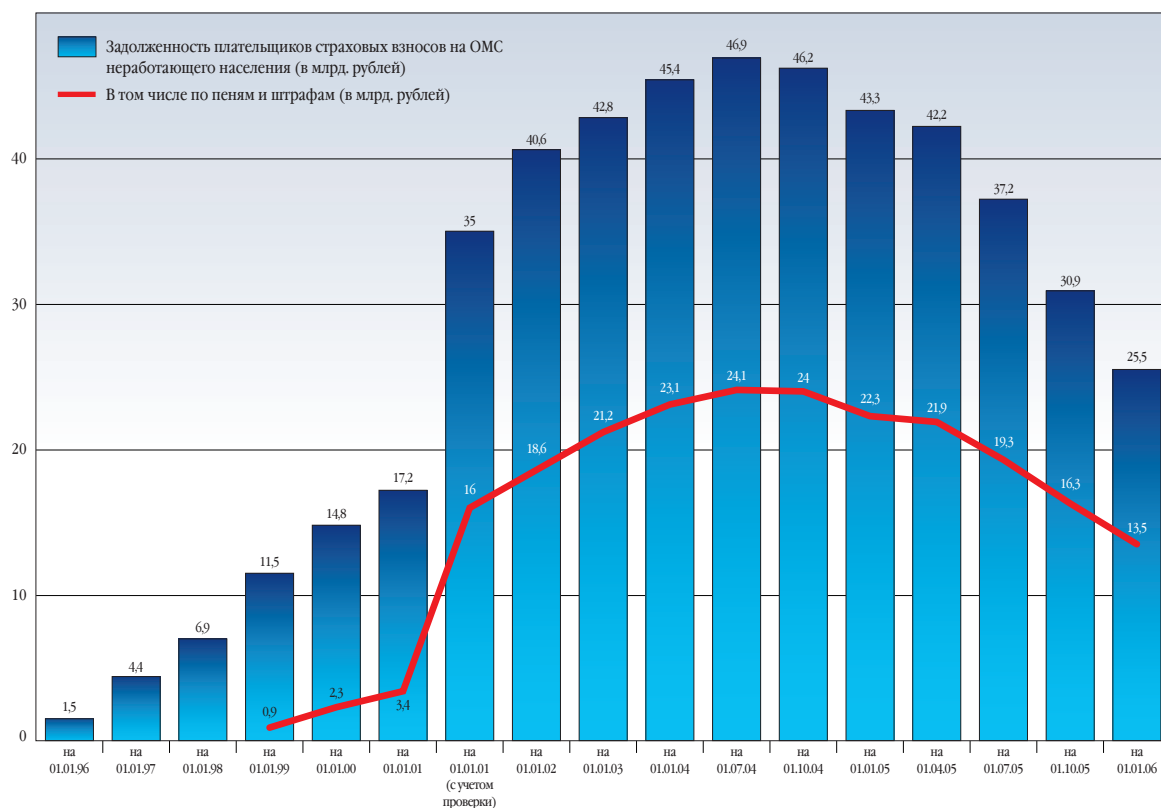
К 2004 году территориальные программы государственных гарантий были полностью обеспечены финансовыми средствами только в 12 субъектах Российской Федерации. В 78 субъектах Российской Федерации территориальные программы ОМС были реализованы с дефицитом финансовых средств. В результате низкая стоимость единицы объема медицинской помощи по всем видам не покрывает реальных затрат учреждений здравоохранения по всем статьям расходов за оказанную медицинскую помощь, что отрицательно сказывается на качестве оказанной медицинской помощи и доступности ее для населения.

В 48 субъектах Российской Федерации дефицит финансовых средств на выполнение территориальных программ госгарантий, и в том числе территориальных программ ОМС превышал 20%. Например, в Республике Дагестан за 2004 год дефицит финансовых средств территориальной программы ОМС составил 1969,3 млн. рублей (50,7%), в Приморском крае – 1899,8 млн. рублей (38,4%), в Рязанской области – 890,2 млн. рублей (43,3%).

Кроме планирования высоких объемов стационарной помощи, основной причиной дефицита финансовых средств территориальных программ ОМС является низкий уровень обеспечения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации перечислений страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.



3



ДИНАМИКА ЗАДОЛЖЕННОСТИ ПЛАТЕЛЬЩИКОВ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ (В МЛРД. РУБЛЕЙ)

Фактическое подушевое обеспечение территориальных программ госгарантий в среднем по России за 2004 год составило 2800,4 рубля в расчете на жителя, в том числе по территориальным программам ОМС – 1753,1 рубля.

Показатель фактического подушевого обеспечения по территориальным программам госгарантий в субъектах Российской Федерации варьируется более чем в 17 раз, от 1186,6 рубля в расчете на одного жителя в год в Республике Дагестан до 20 513,8 рубля в расчете на одного жителя в год в Чукотском автономном округе.

Фактический показатель подушевого финансирования территориальных программ ОМС за счет страховых взносов на ОМС неработающего населения в расчете на одного жителя составил в среднем по Российской Федерации 471,5 рубля.

Разброс значения этого показателя составил от 7108,0 рубля в Чукотском автономном округе, 996,5 руб ля в Оренбургской области, до 10,3 рубля в Саратовской области и до 53,0 руб ля в Ярославской области.

Переход к новым экономическим отношениям в здравоохранении благодаря медицинскому страхованию дал основу для внедрения страховых принципов оплаты лечебной помощи и создания системы защиты прав граждан в обеспечении качественной медицинской помощью.

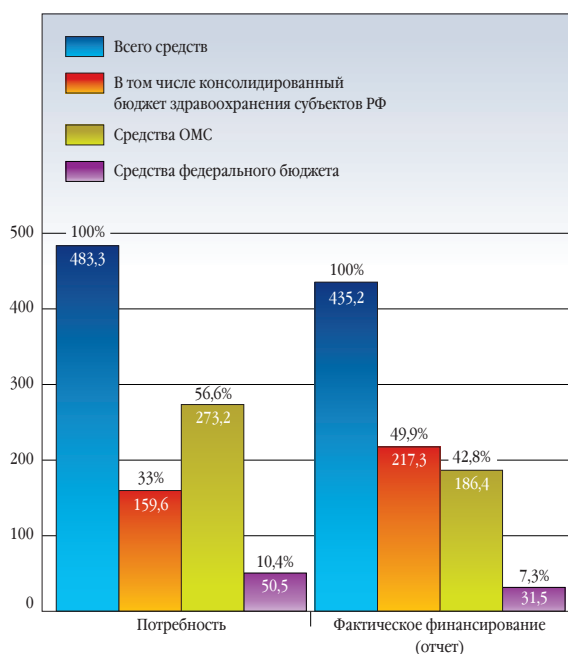
В 2004 году в территориальные фонды ОМС от граждан поступило 1 474 875 обращений, из них более 70% составили обращения по поводу консультации по организации ОМС. По поводу нарушения прав застрахованных граждан поступило 437 499 обращений, из которых только 33% были признаны обоснованными.

Из 145 067 обоснованных обращений, разрешенных в досудебном порядке, 62,4% случаев рассмотрены СМО и 37,6% территориальными фондами ОМС, при этом удовлетворено 95,8%, в том числе в 16% с материальным возмещением.

Сумма возмещения ущерба составила 30 441 668 рублей, или в среднем 1266,5 руб ля на один случай.



4



СООТНОШЕНИЕ СРЕДСТВ БЮДЖЕТОВ ВСЕХ УРОВНЕЙ И СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2004 ГОДУ (в млрд. рублей)

Особенности работы системы ОМС в 2005 году состояла в том, что на Федеральный фонд была возложена задача по реализации Федерального закона №122-ФЗ от 22.08.2005 года в части организации и финансирования лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

В связи с чем из федерального бюджета в бюджет Федерального фонда ОМС поступило 50,8 млрд. рублей, которые направлялись в территориальные фонды ОМС в соответствии с требованиями Федерального закона от 17.07.1993 №178-ФЗ и постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2004 №864 «О порядке финансирования расходов по предоставлению гражданам государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и установления платы за предоставление государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг лицам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и приравненным к ним категориям граждан».

Эти меры предусматривали значительное повышение доступности жизненно важных лекарственных средств льготным категориям граждан.

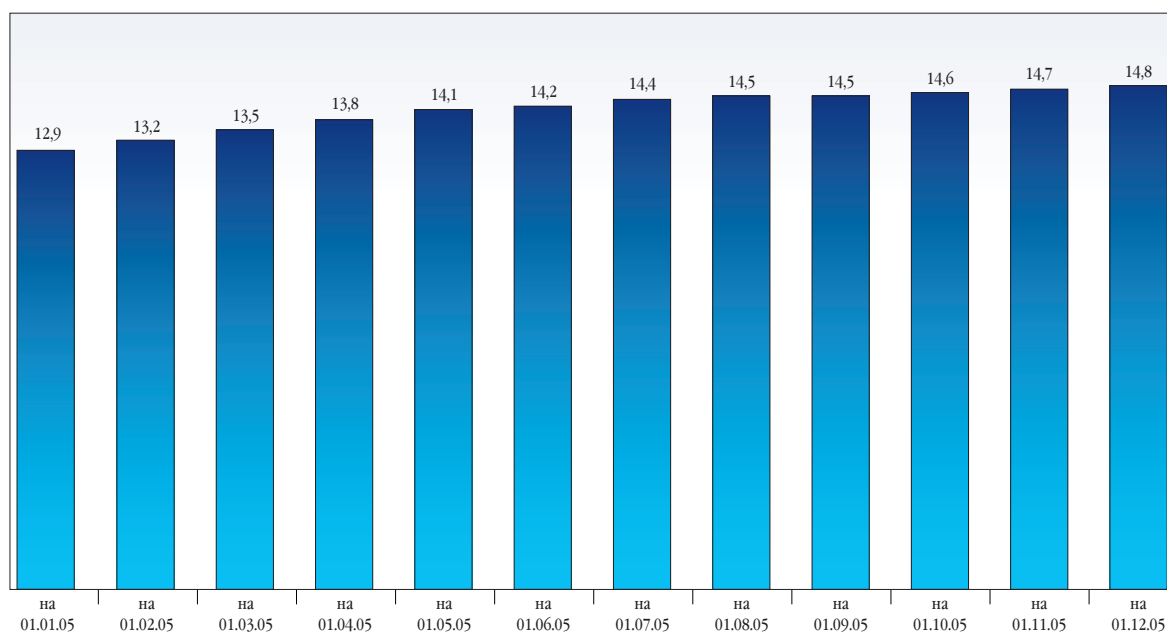
Количество лиц, имеющих право на государственную социальную помощь, в 2005 году составило 14,8 млн. человек (рис. 5).

Численность лиц, воспользовавшихся правом на обеспечение необходимыми лекарственными средствами, на конец 2005 года составила 10,3 млн. человек, или 69,4% к числу лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг. Количество оплаченных рецептов – 126 232,6 тыс. на общую сумму 33,014 млрд. рублей. Средняя стоимость одного оплаченного рецепта составила 261,5 рубля.

Большую часть (74,2%) из числа лиц, воспользовавшихся правом на обеспечение необходимыми лекарственными средствами, составили инвалиды (рис.6). Количество оплаченных рецептов данной категории граждан составило – 105 721,3 тыс. Второе место по частоте обращений за льготными лекарственными средствами занимают инвалиды войны – 6,5%, им оплачено – 8694,0 тыс. рецептов, затем идут члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий – соответственно 5,5% – 5118,6 тыс. рецептов.



5



КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ДИНАМИКА ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА ЛИЦ,
ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (В МЛН. ЧЕЛОВЕК)

Эта важная социальная инновация успешно реализована в течение года благодаря эффективной работе всех участников программы дополнительной бесплатной медицинской помощи, предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными средствами граждан, имеющих право на государственную социальную помощь, на федеральном и региональном уровнях.

ФОМС в сжатые сроки удалось разработать более 70 нормативных правовых документов, регламентирующих лекарственное обеспечение, подготовить кадры, провести конкурс среди фармацевтических организаций на право поставки и отпуска лекарственных средств, создать программное обеспечение, проинформировать население.

Впервые в список препаратов включены самые современные лекарственные средства, что позволило льготным категориям граждан уже в этом году получить медикаментозное лечение, отвечающее последним достижениям фармацевтической науки.

С начала 2005 года в Налоговый кодекс Российской Федерации были внесены изменения, предусматривающие снижение базовой ставки ЕСН, направляемой в фонды ОМС, с 3,6% до 2,8%, что привело к росту дефицита доходной части бюджета Федерального и территориальных фондов.

Это могло угрожать сокращению объемов оказания бесплатной медицинской помощи населению, ростом доли платных услуг, а также дисбалансом гарантированных объемов медицинской помощи и финансовых средств.

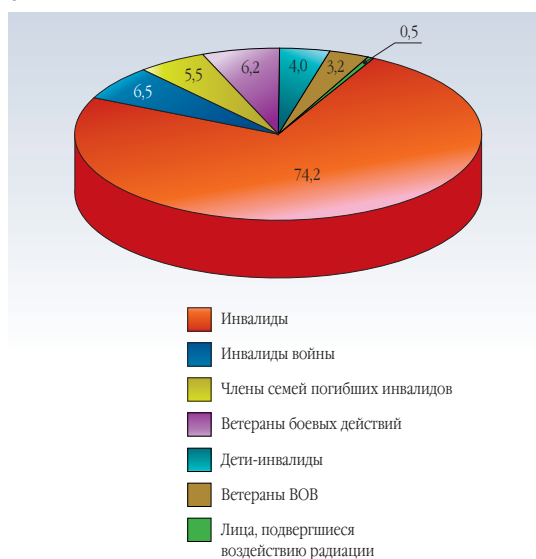
Для нейтрализации негативных последствий снижения доли ЕСН в бюджетах ТФОМС было проведено перераспределение ее по уровням, то есть в территориальные фонды ставка ЕСН была снижена с 3,4 до 2,0%, а в Федеральный фонд увеличена с 0,2 до 0,8%. Такое решение было обусловлено необходимостью создания более эффективного механизма финансирования и относительного выравнивания территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации.

Особенно это важно для дотационных регионов – перераспределение налоговых поступлений в Федеральный фонд происходит в их пользу (принцип выравнивания условий финансирования территориальных программ).

В условиях резких социально-экономических различий регионов система ОМС смогла выработать механизм выравнивания финансирования здравоохранения населения этих районов.



6



СТРУКТУРНЫЙ СОСТАВ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ВИДЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, В ЦЕЛОМ ПО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ) (ПО ДАННЫМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ ЗА 2005 ГОД)

Создание обязательного медицинского страхования позволило найти пути к решению проблемы сбалансированного финансирования программы государственных гарантий по всему объему медицинской помощи.

Инновации в налоговом законодательстве повлекли за собой и изменение принципов формирования и исполнения бюджета Федерального фонда.

Впервые среди расходных статей бюджета 2005 года появилось 27,6 млрд. рублей – дотации территориальным фондам на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы, предназначенные для частичной компенсации потерь от снижения ставки ЕСН, направляемой в территориальные фонды ОМС.

Также впервые в бюджете Фонда на 2005 год были предусмотрены поступления средств федерального бюджета на ОМС неработающего населения (детей) в сумме 3,0 млрд. рублей.

В 2006 году сделаны новые шаги по повышению доступности и качества медицинской помощи населению. Система ОМС будет в полной мере задействована в реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье».

Принятый в 2005 году по инициативе Президента Российской Федерации В.В. Путина национальный проект был направлен на реализацию основной стратегической цели здравоохранения – повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи.

Задачи национального проекта в сфере здравоохранения актуальны, и его приоритеты направлены на:

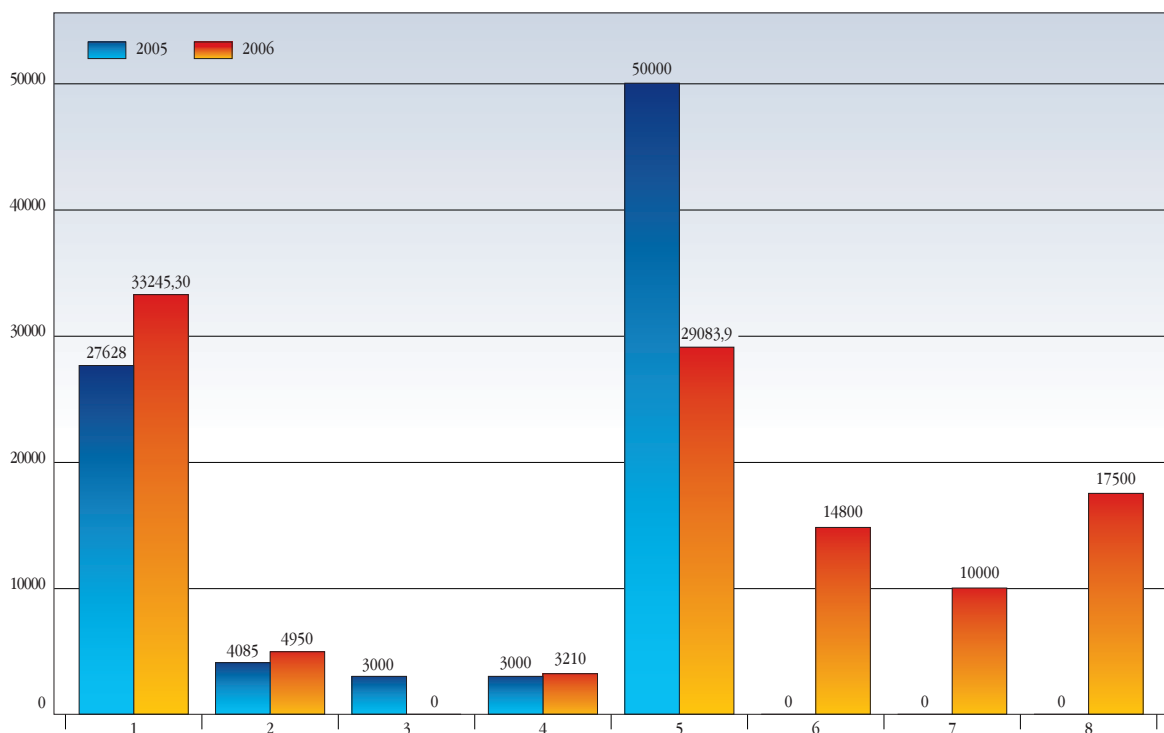
- развитие первичной медико-санитарной помощи;
- профилактические мероприятия;
- обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Решение этих задач потребует разработки ряда нормативных правовых актов, регулирующих реализацию мероприятий проекта в сфере здравоохранения. В первую очередь это относится к нормативным правовым актам, регуливающим механизмы финансирования, в том числе оплату труда медицинских работников, проведение диспансеризации, закупку оборудования, вакцин, строительства новых центров высоких медицинских технологий.

Все это нашло отражение в Федеральном законе «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год» (рис. 7).



7



- 1 – Дотации на выполнение территориальных программ ОМС в рамках Базовой программы ОМС
 2 – Субвенции за счет средств нормированного страхового запаса ФОМС
 3 – Субсидии на ОМС неработающего населения (детей) за счет средств ФОМС
 4 – Субсидии на ОМС неработающего населения (детей) за счет средств федерального бюджета

- 5 – ДЛО
 6 – Национальный проект «Здоровье»: субвенции ТФОМС на финансирование дополнительной медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами, участковыми педиатрами, ВОП и соответствующими медицинскими сестрами (12 800,0 млн. рублей); субсидии ТФОМС на диспансеризацию работающих граждан в бюджетной сфере (2000,0 млн. рублей)

- 7 – Дотации федерального бюджета на неработающих пенсионеров: субсидии на оплату амбулаторно-поликлинической помощи (6400 млн. рублей); дотации ТФОМС в рамках территориальной программы ОМС (3600 млн. рублей)
 8 – Диспансеризация работающих граждан и оплата медицинской помощи беременным и в родах

ОБЪЕМЫ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФОМС И ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОМС И НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2005–2006 ГОДАХ (в млн. рублей)

В 2006 году сохраняется бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения. Доходы Федерального фонда за счет налоговых поступлений составят 56 286 520 тыс. рублей:

- на единый социальный налог, зачисляемый в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, – 55 684 992,0 тыс. рублей;
- задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам – 61 450,0 тыс. рублей;
- единый налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения, – 296 208,0 тыс. рублей;
- единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности – 242 470,0 тыс. рублей.

Средства, перечисляемые из Федерального бюджета в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, составят 570 939 471 тыс. рублей. Из них:

- на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами – 29 083 947,1 тыс. рублей;
- дотации на реализацию социальной программы поддержки неработающих пенсионеров – 10 000 000,0 тыс. рублей;
- дотации на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей) – 3 210 000,0 тыс. рублей;



- дотации бюджету на денежные выплаты участковым терапевтам, педиатрам, врачам общей (семейной) практики, медицинским сестрам соответствующих врачей, подлежащим включению в Федеральный регистр медицинских работников, – 12 800 000,0 тыс. рублей;
- дотации на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан – 2 000 000,0 тыс. рублей.

Весь бюджет Федерального фонда ОМС в 2004 году составлял немногим более 6 млрд. рублей, а в 2006 году – свыше 113 млрд. рублей, которые предназначены для улучшения медицинского обслуживания населения регионов. Это показывает, что в последние годы происходят значительные позитивные изменения в отношении государства к проблеме здоровья нации.

Система обязательного медицинского страхования существенно укрепила финансовый стержень здравоохранения Российской Федерации и ее стабильность в сложных условиях перехода страны к рыночной экономике.