

# НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
Андрей Владимирович Юрин

## Задачи и структура системы ОМС

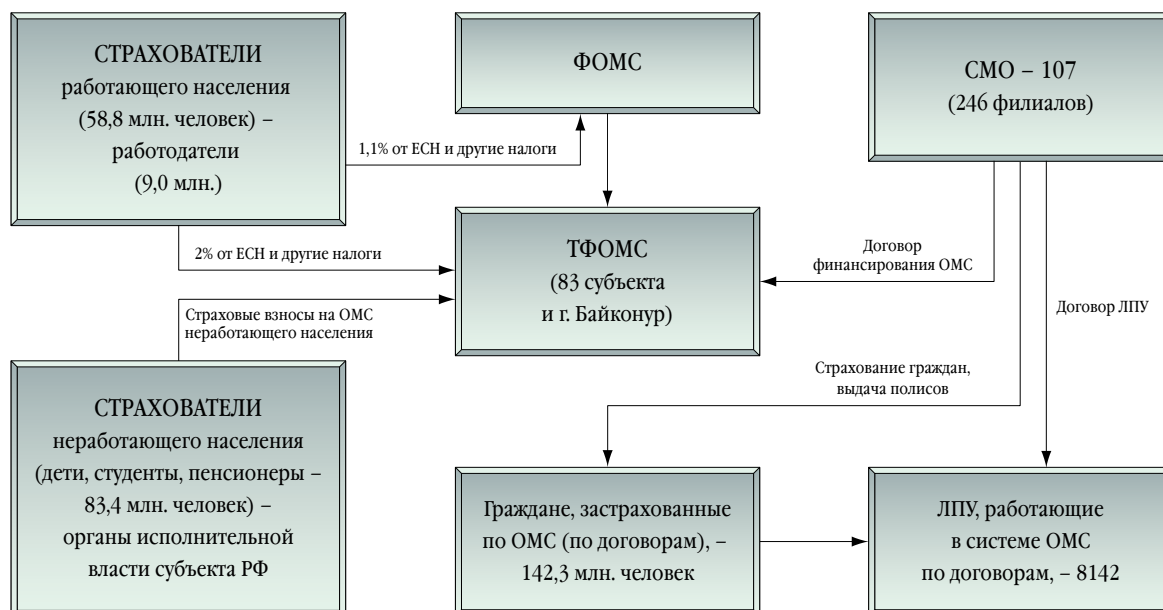
Более 15 лет назад началось реформирование системы здравоохранения, ориентированное на усовершенствование модели финансирования отрасли и улучшение качества медицинского обслуживания пациентов. В соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» введено обязательное медицинское страхование. Система ОМС создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации, и является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Обязательное медицинское страхование – составная часть государственного социального страхования, обеспечивающая всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд ОМС реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан на территории Российской Федерации и является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Стратегическим направлением деятельности Федерального фонда ОМС является обеспечение исполнения на территории России Закона Российской Федерации «О медицинском страхо-

1



СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС В 2009 ГОДУ

вании граждан в Российской Федерации», а также развитие и совершенствование нормативно-методической базы обязательного медицинского страхования.

Во исполнение установленных функций Федеральный фонд ОМС осуществляет аккумуляцию финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) путем направления в ТФОМС финансовых средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС, финансовое обеспечение отдельных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий по улучшению демографической ситуации.

Расходование средств Федерального фонда ОМС осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом.

В настоящее время (по состоянию на 1 января 2010 года) структура системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации представлена Федеральным фондом ОМС, 84 ТФОМС в субъектах Российской Федерации, 107 страховыми медицинскими организациями. Медицинская помощь по обязательному медицинскому страхованию предоставляется застрахованным гражданам в 8142 медицинских учреждениях. Численность застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан составляет 142,3 млн. человек.

## Финансовая деятельность в 2009 году

Финансовые средства системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование, включая уплачиваемые налогоплательщиками (работодателями) суммы единого социального налога и органами исполнительной власти – страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Финансовая деятельность Федерального фонда ОМС осуществлялась в 2009 году в соответствии с Федеральным законом от 25 ноября 2008 года №215-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов».



Доходы бюджета Федерального фонда ОМС на 2009 год утверждены в сумме 119 070,2 млн. рублей, расходы – в сумме 114 070,2 млн. рублей с расчетным профицитом бюджета 5 млрд. рублей.

В целом на выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2009 году направлено 91 643,4 млн. рублей, в том числе, в соответствии с Законом о бюджете Федерального фонда ОМС на 2009 год, на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС предусмотрено 85 687 млн. рублей, которые направлены в полном объеме субъектам Российской Федерации. Также на увеличение дотаций направлены бюджетные ассигнования нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 28 января 2009 года №69, в объеме 5956,3 млн. рублей.

На обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей) в бюджеты ТФОМС направлены субсидии федерального бюджета в сумме 3822,6 млн. рублей, или 100% к годовым назначениям (2,9% в общей сумме расходов Федерального фонда ОМС за 2009 год).

На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни согласно заявкам, представленным Фондом социального страхования Российской Федерации, в 2009 году перечислены средства в размере 17 тыс. млрд. рублей, или 100% к годовым назначениям (13,1% в общей сумме расходов Федерального фонда ОМС за 2009 год).

Финансирование мероприятий в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения за счет средств федерального бюджета осуществлялось следующим образом:

- на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан направлено 3788,9 млн. рублей, или 93,5% к годовым назначениям (2,9% в общей сумме расходов Федерального фонда ОМС за 2009 год);
- на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, направлены субвенции в сумме 823,6 млн. рублей, или 88,9% к годовым назначениям (0,6% в общей сумме расходов Федерального фонда ОМС за 2009 год).

В 2009 году в бюджеты ТФОМС поступило 551,5 млрд. рублей, что на 14,5 млрд. рублей (2,7%) больше, чем в 2008 году. Расходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования за 2009 год составили 550,8 млрд. рублей, или 98,6% от суммы расходов, утвержденных в бюджетах ТФОМС. В структуре расходов территориальных фондов 94,4% составляют расходы на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования (2008 год – 84%).

В 2009 году в целом по стране расходы на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования составили 520 117,98 млн. рублей, или 78,8% от потребности, что обеспечивает возможность оказания гражданам России доступной медицинской помощи.

В субъектах Российской Федерации размер дефицита фактического исполнения территориальных программ ОМС колеблется от 48,93% в Республике Мордовия до 0,89% во Владимирской области. Профицит финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования по фактическому исполнению отмечается в Чукотском автономном округе (93,54%), г. Москве (44,27%), Тюменской (28,98%) и Ленинградской (25,93%) областях.

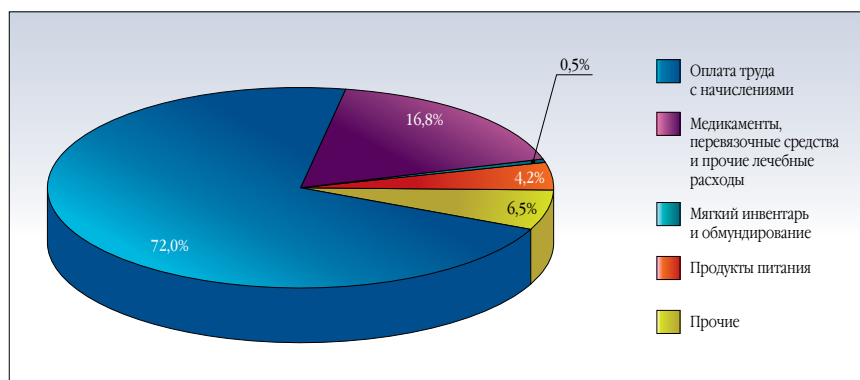
Доля средств ОМС в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации составляет 50,8% и варьируется от 90,8% в Калининградской области до 20,3% в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре.

Страховые медицинские организации осуществляли обязательное медицинское страхование в 82 субъектах Российской Федерации и г. Байконуре. В Чукотском автономном округе страховые медицинские организации не работают.

Из общей численности застрахованных страховыми медицинскими организациями на 14% наиболее крупных организаций приходится свыше 72% застрахованных, из которых страховой компанией ЗАО «МАКС-М» застраховано 21,1 млн. человек, или 15,2% от общей численности застрахованных, ОАО «РОСНО-МС» – 15,7 млн. человек (11,2%), ОАО «СК СОГАЗ-МЕД» – 11,4 млн. человек (8,2%).



2



СТРУКТУРА РАСХОДОВ СРЕДСТВ ОМС НА ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2009 ГОДУ

В структуре поступлений средств основную долю составляют страховые платежи – 457,3 млрд. рублей, или 98%. Из них на ведение дела поступило 7,6 млрд. рублей, или 1,6%.

В общей сумме расходов страховых медицинских организаций 451,6 млрд. рублей (97%) израсходовано на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Расходы на ведение дела составили 7,97 млрд. рублей, что на 0,9 млрд. рублей больше, чем в 2008 году. При росте расходов средств на ведение дела в абсолютном выражении их доля в структуре расходов осталась на уровне 2008 года и составила 1,7%.

На конец 2009 года в системе ОМС оказывали медицинскую помощь по программе обязательного медицинского страхования 8142 медицинские организации (на 52 больше, чем в 2008 году), в том числе:

- 4914 больничных учреждений, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара;
- 2144 амбулаторно-поликлинических учреждения;
- 884 стоматологические поликлиники;
- 22 прочих учреждения.

Кроме того, в системе ОМС работало 17 326 дневных стационаров всех типов, из них 3818 – при больничных учреждениях, 6297 – при амбулаторно-поликлинических и 7211 – на дому.

В системе обязательного медицинского страхования осуществляли деятельность 514 (6,3%) ведомственных медицинских учреждений, в том числе 260 (3,2%) подведомственных ОАО «РЖД»; 91 медицинская организация (1,1%) ФМБА России; 163 медицинские организации (2%) федерального подчинения.

В медицинские организации поступило 491,5 млрд. рублей (в 2008 году – 419,2 млрд. рублей), в том числе на оплату территориальной программы обязательного медицинского страхования – 486 млрд. рублей. Медицинскими организациями израсходовано 486,5 млрд. рублей (в 2008 году – 407,5 млрд. рублей).

## Модернизация системы ОМС

В 2009 году в рамках реализации территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации осуществлялись мероприятия по модернизации системы обязательного медицинского страхования: развивались элементы государственно-частного партнерства, внедрялась отраслевая система оплаты труда по результатам качества оказанной медицинской помощи, отработывалась система оплаты стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения и финансирования амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по подушевому нормативу.



Развитие государственно-частного партнерства отмечалось в 33 субъектах Российской Федерации. В 956 медицинских организациях внедрили аутсорсинг: размещали услуги по техническому обслуживанию медицинской техники, стирке белья, охранные, транспортные и услуги по организации питания при отсутствии пищеблока.

Переход на систему оплаты труда по результатам качества оказанной медицинской помощи осуществили в 3950 медицинских организациях в 62 субъектах Российской Федерации.

Оплата стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения отмечалась в 44 субъектах Российской Федерации. В 2712 медицинских организациях в общем объеме финансирования стационарной медицинской помощи 59% направлено на оплату стационарной помощи по законченному случаю.

Оплата амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях по подушевому нормативу финансирования, внедрена в 1052 медицинских организациях 22 субъектов Российской Федерации. Наиболее активно указанный способ оплаты внедряется в Пермском крае, Кемеровской и Томской областях.

По данным ТФОМС, мероприятия по переходу на одноканальное финансирование и оплату медицинской помощи через систему ОМС осуществляются в 23 субъектах Российской Федерации, в том числе:

- 8 субъектов Российской Федерации включили в территориальные программы ОМС виды медицинской помощи, ранее финансируемые из средств бюджетов всех уровней;
- 7 субъектов Российской Федерации включили в территориальные программы ОМС оплату медицинской помощи по социально значимым заболеваниям;
- 23 субъекта Российской Федерации осуществили расширение статей расходов в тарифе по оплате медицинской помощи (свыше пяти статей по базовой программе ОМС).

Расходы медицинских организаций 8 субъектов Российской Федерации на виды медицинской помощи, ранее финансируемые из средств бюджетов, составили 5% от всех расходов по территориальным программам ОМС данных субъектов Российской Федерации.

В 8 субъектах Российской Федерации через систему ОМС оплачивается скорая медицинская помощь. Максимальные расходы по оплате скорой медицинской помощи к общей сумме расходов по территориальной программе ОМС (8,3%) – в Калининградской области, минимальные расходы – в Республике Коми (0,1%).

Расходы на оказание скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи отмечаются в 3 субъектах Российской Федерации и составляют к общей сумме расходов по территориальной программе ОМС в Тюменской области – 0,5%, в Республике Татарстан – 0,2% (в Чукотском автономном округе расходы учитываются по скорой медицинской помощи).

На высокотехнологичную медицинскую помощь (оплачивают 2 субъекта Российской Федерации через систему ОМС) в Тюменской области и Республике Татарстан направлено соответственно 6,9 и 0,3% от общей суммы расходов по территориальным программам ОМС.

Санаторно-курортная медицинская помощь включена в территориальную программу ОМС Тюменской области (расходы на ее оказание составляют 0,96% к общей сумме расходов) и Республики Татарстан (0,74%).

7 субъектов Российской Федерации в расходы через систему ОМС включили оплату медицинской помощи по социально значимым заболеваниям. Максимальные расходы к общей сумме расходов по территориальным программам ОМС – в Чукотском автономном округе (17,9%), минимальные – в Республике Коми (0,1%).

Осуществление поэтапного перехода на оплату медицинской помощи по полному тарифу отмечалось в 23 субъектах Российской Федерации.

Сверх пяти статей по базовой программе ОМС оплачивались услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, работы и услуги по содержанию имущества и т.д.

Более чем на 10% расширили тариф сверх базовой программы ОМС 8 субъектов Российской Федерации (Пермский край, Владимирская область, Республика Татарстан, Чукотский автономный округ, Калининградская, Томская, Пензенская, Ленинградская области); до 10% – 7 субъек-



Таблица 1

**ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»  
И МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В 2009 ГОДУ**

| Показатели   | Предусмотрено | Исполнено<br>(по состоянию<br>на 31.12.2009) | Исполнение<br>плана, % |
|--|---------------|--|------------------------|
| <b>Дополнительная диспансеризация работающих граждан</b>   |               |  |                        |
| Объем финансовых средств (тыс. рублей)   | 4050270,1     | 3788890,2                                    | 93,5                   |
| Численность (человек)  | 3838771       | 4172879                                      | 108,7                  |
| <b>Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот<br/>и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации</b>  |               |  |                        |
| Объем финансовых средств (тыс. рублей)   | 926382,5      | 823626,2                                     | 88,9                   |
| Численность (человек)  | 365888        | 361165                                       | 98,7                   |
| <b>Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов<br/>и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка<br/>в течение первого года жизни</b> |               |  |                        |
| Объем финансовых средств (тыс. рублей)   | 17000000      | 17000000                                     | 100,0                  |

ектов Российской Федерации (Тюменская, Калужская, Оренбургская, Нижегородская, Вологодская области, Краснодарский край и Республика Алтай); менее 2% – 8 субъектов Российской Федерации (Костромская, Кировская, Тамбовская, Кемеровская области, Красноярский и Камчатский края, республики Марий Эл и Коми).

### ПНП «Здоровье»

Финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье» и мероприятий по улучшению демографической ситуации в 2009 году осуществлялось в соответствии с Законом о бюджете Федерального фонда ОМС на 2009 год и сводной бюджетной росписью расходов бюджета Федерального фонда ОМС по направлениям, представленным в таблице 1.

Дополнительная диспансеризация работающих граждан в 2009 году проводилась во всех субъектах Российской Федерации. В ее реализации принимало участие 3555 учреждений здравоохранения муниципальной и государственной систем здравоохранения. Из них 1238 (34,8%) – сельские учреждения здравоохранения, 2317 (65,2%) – городские. Также для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан организованы 243 выездные бригады.

По итогам реализации за период 2006–2009 годов общая численность граждан, прошедших диспансеризацию, составляет 17,4 млн. человек.

Плановые показатели численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации, в 2009 году в целом по Российской Федерации составили 3 838 771 человек. В 2009 году дополнительную диспансеризацию прошли 4 172 879 человек (108,7% от плана).

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2009 году проводилась во всех субъектах Российской Федерации. Для реализации данного направления ТФОМС заключили 1792 договора с учреждениями здравоохранения (1580 муниципальных учреждений и 212 государственных). С целью при-



влечения специалистов для оказания отдельных видов работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме, учреждения здравоохранения заключили 3643 договора, из них 89 договоров – с учреждениями, расположенными на территории других субъектов Российской Федерации.

Плановые показатели численности детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации, в 2009 году в целом по Российской Федерации составили 365 888 человек. По данным мониторинга, осуществляемого ФОМС, в 2009 году диспансеризацию прошли 361 165 детей (98,7% от плана).

В 2009 году на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни направлено 17 млрд. рублей (100% от предусмотренных в бюджете Федерального фонда ОМС средств).

По данным ТФОМС, в 64 субъектах Российской Федерации в рамках реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни организовано 410 центров здоровья.

Общее количество обращений (посещений) за декабрь 2009 года в целом по субъектам Российской Федерации составило 33 088, в том числе впервые обратившихся для проведения комплексного обследования – 22 294.

Фактическая сумма средств, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья за декабрь 2009 года, составила 5862,5 тыс. рублей, в том числе на оплату первичных посещений, включающих комплексное обследование, – 5224,3 тыс. рублей.

В среднем стоимость одного законченного случая первичного обращения в центр здоровья по субъектам Российской Федерации в декабре 2009 года составила 422 рубля.

## Перспективы

Перспективными задачами по модернизации системы обязательного медицинского страхования являются:

- переход к преимущественно одноканальной форме финансирования здравоохранения. Данный механизм предусматривает, что основная часть средств направляется из системы обязательного медицинского страхования, при этом оплата медицинской помощи осуществляется по полному тарифу, включающему все статьи затрат медицинского учреждения, и по конечному результату деятельности учреждения, на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг;
- внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи: в амбулаторно-поликлиническом звене – на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население с элементами фондодержания, в условиях стационара – по законченному случаю, на основе стандарта его оказания. Основными задачами данных способов оплаты являются: стимулирование расширения объема деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения, усиление координирующей деятельности и усиление профилактической направленности работы врачей первичного звена, а также обеспечение равных прав граждан на получение качественной медицинской помощи независимо от места ее оказания, на всей территории Российской Федерации;
- реформирование системы оплаты труда медицинских работников. Новая модель оплаты предусматривает включение в базовую ставку дополнительных, стимулирующих выплат, отражающих квалификацию медицинских работников и качество оказанной ими медицинской помощи.

Для расширения возможности финансирования за счет средств ОМС дополнительных статей расходов и видов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС с 2011 года будут увеличены страховые взносы работодателей на обязательное медицинское



страхование с 3,1 до 5,1% от фонда оплаты труда. Также планируется внесение изменений в ряд нормативных правовых актов в части установления расходных обязательств по финансированию всех видов медицинской помощи за счет средств ОМС и усиления контроля над страховыми платежами субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Реализация этих идей отражена и в новом законопроекте об обязательном медицинском страховании, который разрабатывается в настоящее время.