

Галина БЕССТРЕМЯННАЯ

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматриваются проблемы, связанные с реализацией модели обязательного медицинского страхования (ОМС) в регионах России в 1991–2010 гг. Анализируются основные экономико-правовые недостатки систем здравоохранения и пути реформирования, предложенные в законопроектах 2004 г. и в новом законе об ОМС 2010 г. Отдельное внимание уделяется экономическим вопросам, не получившим должного отражения в новом законе об ОМС.

Ключевые слова: единый социальный налог, обязательное медицинское страхование, система здравоохранения, страховые медицинские организации, субъект РФ, территориальные фонды

Система здравоохранения в России была юридически оформлена в 1991–1993 гг. принятием Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Этими документами была установлена смешанная бюджетно-страховая модель здравоохранения, обеспечивающая населению бесплатное предоставление медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий. Однако данные законодательные акты характеризовал ряд существенных недостатков. В данной статье анализируются основные экономико-правовые проблемы, возникшие при развитии системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации в 1990–2000-х гг. Отдельное внимание уделяется реформам, предложенным в законопроектах 2004 г. и во многом реализованных в Законе 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Формирование системы обязательного медицинского страхования в России

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (ФЗ № 1499-1 от 28 июня 1991 г.) устанавливал *всеобщий характер обязательного медицинского страхования населения* в соответствии с программами ОМС, гарантирующими объемы и условия оказания медицинской и лекарственной помощи. Помимо этого вводилось и добровольное медицинское страхование, обеспечивающее получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх программ ОМС. Закон определил права

и обязанности населения, страхователей, страховых медицинских организаций (страховщиков) и медицинских учреждений.

Страхователями неработающего населения при обязательном медицинском страховании были определены органы государственного управления регионов России, а работающего населения – предприятия, учреждения и организации. При добровольном медицинском страховании страхователями выступали либо сами граждане, либо предприятия. В 2003 г. была введена обязательная регистрация страхователей – организаций и частных лиц – в территориальных фондах ОМС (далее – ТФОМС).

Страховые медицинские организации не могли быть связаны с медицинскими учреждениями или органами управления здравоохранением и не могли входить в систему здравоохранения¹. Страховые медицинские организации должны были заключать договоры с медучреждениями для оказания медпомощи в рамках обязательного и добровольного страхования; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи. По закону граждане имели право на обязательное и добровольное медицинское страхование, свободный выбор медицинской страховой организации, свободный выбор медицинского учреждения и врача, получение медицинских услуг согласно договору, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса.

Однако многие из вышеприведенных прав населения *были декларативными*. Переходы граждан из одной страховой медицинской организации в другую были весьма редки. Возможности страховых медицинских организаций участвовать в управлении медицинской помощью минимизированы. Выбор врача весьма затруднен, а порядок финансовых расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования за медпомощь, оказанную гражданам за пределами своего региона, определен лишь в 2000 г.

Для реализации государственной политики в области ОМС создавались *Федеральный и территориальные* (в каждом из регионов и городах Саров и Байконур) *фонды обязательного медицинского страхования* в качестве самостоятельных некоммерческих финансово-кредитных учреждений. Следует отметить, что согласно первой редакции закона о медицинском страховании, страховые взносы должны были поступать от страхователей непосредственно в страховые медицинские организации. Таким образом, предполагалось, что страховые медицинские организации напрямую аккумулируют фонды обязательного медицинского страхования. Однако в этом случае неизбежно возникает «провал рынка», вызванный отбором страховыми организациями лучших рисков или игнорированием людей, которым требуется большая помощь. Поэтому была создана система фондов, собиравших средства системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) и передававших их в страховые медицинские организации по подушевому принципу на одного застрахованного².

Федеральный фонд ОМС рассматривался в качестве органа, который осуществляет *выравнивание деятельности территориальных фондов*, а также

¹ Общее положение о страховых медицинских организациях, Постановление Правительства РФ от 23.01.1992 г. № 41.

² *Таранов А.М.* Избранные лекции по обязательному медицинскому страхованию (учебно-методическое пособие). М.: Московская меакадемия им. И.М. Сеченова, 2002. С. 11–13.

занимается научно-методической работой в системе ОМС. Согласно Уставу 1998 г., Федеральный фонд реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды ОМС создавались органами управления регионов в качестве самостоятельных государственных некоммерческих финансово-кредитных учреждений в целях в первую очередь аккумулирования финансовых средств и финансирования ОМС, проводимого медицинскими организациями по устанавливаемым правлением Территориального фонда подушевым нормативам³. Территориальные фонды могли создавать филиалы в городах и районах.

Согласно Постановлению Верховного Совета РФ «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год», платежи за работающее население были установлены в размере 3,8% от фонда оплаты труда. При этом 3,6% поступало в территориальный фонд ОМС, а 0,2% – в Федеральный фонд ОМС. В 1998–2000 гг. вопросы отчислений в систему ОМС регулировались ежегодными законами «О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации, в Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и фонды ОМС» и «О бюджете Федерального фонда ОМС». С 1 января 2001 г. был установлен единый социальный налог, объединивший платежи в Пенсионный фонд, Фонд социального страхования и фонды ОМС. Размер платежей в Федеральный и территориальный фонды ОМС был сохранен на прежнем уровне 3,8%. В 2005 г. произошло снижение основной ставки единого социального налога, при этом ставка платежа в Федеральный фонд ОМС возросла с 0,2% до 1,0%, а в территориальные фонды была снижена с 3,2% до 2,0%. Кроме того, в закон был заложен регрессивный характер платежей единого социального налога.

Однако ставка платежей работодателей в систему ОМС, будучи одной из самых низких среди стран Восточной Европы и бывших союзных республик СССР (превышая лишь показатели Казахстана, Киргизии и Албании), была недостаточной для гарантии финансовой стабильности системы предоставления медицинской помощи⁴.

Система здравоохранения в Российской Федерации

В 1993 г. Верховный Совет Российской Федерации принял «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Система здравоохранения была разделена на три подсистемы: государственную, муниципальную и частную.

Государственная система здравоохранения объединяла Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономных областей, округов, краев, областей, городов федерального под-

³ Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования / Постановление Верховного Совета РФ от 24.02.1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год».

⁴ Так, расчеты необходимого размера финансовых отчислений работодателей, проведенные в 1991 г. для самого первого из территориальных фондов ОМС на территории России (Новосибирская область) показали, что налоговая ставка должна составлять 11,8% от фонда оплаты труда (см.: Решетников А.В. Социальный маркетинг и медицинское страхование. М.: Здоровье и общество, 2006. С. 86–87).

чинения (Москва и Санкт-Петербург), Российскую академию медицинских наук, а также лечебно-профилактические, аптечные и научные учреждения, находящиеся в государственной собственности и подчинении вышеперечисленных органов управления. К государственной системе относились и лечебно-профилактические учреждения, и организации ведомственной подчиненности. Их финансирование осуществлялось из федерального бюджета. В 1995–1999 гг. насчитывалось около 20 министерств и ведомств, медицинские учреждения которых финансировались из федерального бюджета.

Только с 2006 г. ведомственные учреждения здравоохранения начали принимать некоторое участие в предоставлении услуг в рамках программы ОМС. Президиум Совета по приоритетным национальным проектам (среди которых был и нацпроект «Здоровье») разрешил оказание первичной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований, не имеющих собственных учреждений здравоохранения, ведомственными учреждениями (находящимися в собственности РАО «Российские железные дороги», Российской академии наук, Магнитогорского металлургического комбината и т.д.). Письмо Минздравсоцразвития разъясняло, что при отсутствии на территории муниципального района (городского округа) региональных или муниципальных учреждений здравоохранения⁵ органы местного самоуправления могут заключать договоры по выполнению госзадания по оказанию дополнительной медицинской помощи через федеральные (в т.ч. ведомственные) учреждения здравоохранения, выигравшие конкурс на размещение этого государственного задания. Таким образом, ведомственные учреждения здравоохранения были частично включены в систему ОМС *только в небольшом количестве населенных пунктов* (поселки, расположенные вдоль железнодорожных магистралей; наукограды; города с градообразующими предприятиями).

В 2004 г. к полномочиям Российской Федерации было добавлено установление тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование. В ведении субъектов Федерации находилось определение доли расходов на здравоохранение при формировании региональных бюджетов и утверждение территориальных программ ОМС (с 2000 г. – территориальных программ госгарантий, включающих программы ОМС).

Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью

Законом «О медицинском страховании граждан» 1991 г. определялось, что базовая программа обязательного медицинского страхования разрабатывается Минздравом и утверждается Советом Министров. На основе базовой программы региональные органы государственного управления утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования. При этом отдельно подчеркивалось, что объем и условия

⁵ К муниципальной системе здравоохранения относились муниципальные органы управления здравоохранением, лечебно-профилактические и другие учреждения здравоохранения, находящиеся в муниципальной собственности. Частная система здравоохранения состояла из лечебно-профилактических и аптечных учреждений, имущество которых находится в частной собственности, а также лиц, занимающихся частной практикой.

оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе.

Впервые программа *государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью* (далее – Программа) была утверждена постановлением Правительства только в 1998 г. Она устанавливала виды медицинской помощи, предоставляемые гражданам бесплатно (скорая помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь и профилактика в поликлинике и на дому; стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, при патологии беременности, родах и абортах, при плановой госпитализации). Предполагалось, что территориальные программы госгарантий *не могут предоставлять более узкий набор медицинских услуг* по сравнению с федеральной программой.

Составной частью Программы была базовая программа обязательного медицинского страхования, финансируемая за счет средств ОМС. Базовая программа включала амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь при основных видах заболеваний. Другая часть Программы объединяла скорую и специализированную помощь, в частности, амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь в специализированных диспансерах и больницах при социально значимых заболеваниях; помощь при беременности, родах, послеродовом наблюдении детей с пороками развития и абортах по медицинским и социальным показаниям.

Программа предусматривала нормативы объемов амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи в расчете на 1000 чел. Нормативы объемов медицинской помощи, предоставляемой в рамках программы госгарантий, были утверждены в 1999 г. (на основе данных 1997 г.) и с тех пор подвергались лишь индексации с учетом инфляции. Эти федеральные нормативы рассматривались как ориентиры для соответствующих нормативов территориальных программ. При этом при пересмотре госгарантий основное внимание уделялось необходимости структурных изменений в объемах медицинской помощи и ее реструктуризации. В то же время такие моменты, как технологическое совершенствование и изменение номенклатуры медицинских услуг, в Программе во внимание не принимались⁶.

Оплата медицинской помощи в пределах территориальной программы ОМС осуществлялась *по тарифам*, принятым в рамках тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Федерации⁷. При этом полному возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках тарифа подлежали *лишь оплата труда и начисления на оплату труда*⁸. Кроме того, из средств ОМС по территориальным программам могли финансироваться только: оплата труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязоч-

⁶ Сибурин Т.А., Лохтина Л.К. Государственные гарантии обеспечения населения бесплатной медицинской помощью: проблемы учета и реализации // Менеджер здравоохранения. 2006. № 8. С. 9.

⁷ Письмо Федерального фонда ОМС от 12.04.2002 г. «Об использовании средств в системе обязательного медицинского страхования».

⁸ Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (утверждены Минздравом РФ и ФФОМС по согласованию с Минфином 28.08.2001 г.).

ные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование. Оплата коммунальных услуг, приобретение оборудования и предметов длительного пользования, капитальный ремонт могли быть включены в состав тарифа ОМС только в случае отсутствия задолженности по заработной плате (с начислениями) и утверждения в должном объеме платежей из региональных бюджетов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

В 2005 г. в Программу *впервые были внесены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи*. Однако они покрывали лишь часть статей расходов лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ) и не включали финансирование коммунальных услуг, услуг по содержанию имущества и инвестиций в основные фонды.

Профилактика заболеваний (в рамках амбулаторно-поликлинической помощи) была включена в Программу уже в первой ее редакции (сентябрь 1998 г.). Однако вначале диспансеризация состояла лишь в диспансерном наблюдении заболеваний. Затем, с 2000 г. в нее было включено диспансерное наблюдение здоровых детей, с 2004 г. – беременных женщин, а с 2005 г. – всех категорий населения. Начиная с 2005 г., помимо диспансерного наблюдения, к видам амбулаторно-поликлинической помощи добавлены профосмотры и профилактические прививки.

Начиная с 2006 г. за счет средств федерального бюджета в рамках Программы на основе государственного задания стала предоставляться дополнительная медицинская помощь, оказываемая участковыми врачами-терапевтами, участковыми врачами-педиатрами, врачами общей практики и медицинскими сестрами участковых врачей и врачей-педиатров. Это дополнение было сделано в соответствии с мероприятиями национального проекта «Здоровье», предусматривающего увеличение заработной платы вышеперечисленных категорий медицинских работников и введение для этой цели частично премиальной оплаты труда.

Основные проблемы реализации системы ОМС в регионах России

Общие расходы на здравоохранение в Российской Федерации в начале 2000-х гг. составляли примерно 5% от ВВП. Однако удельный вес различных источников финансирования менялся: если роль государства в лице бюджетов всех уровней падала, а вклад фондов ОМС сохранялся на постоянном уровне, то участие домохозяйств, предприятий и страховых организаций (добровольное медицинское страхование) постоянно возрастало.

Во многих регионах наблюдалась задолженность региональных бюджетов в отношении платежей за ОМС неработающего населения. Следует подчеркнуть, что доля платежей за неработающее население составляла 23,4% от общих доходов системы ОМС, а доля неработающего населения среди граждан, охваченных ОМС, – 57%⁹. Иными словами, имела место *более чем двукратная несбалансированность финансовых поступлений*.

⁹ Федорова М.Ю. Правовые аспекты совершенствования российской модели обязательного медицинского страхования // Аналитический вестник Совета Федерации. 2004. № 9 (229). С. 27.

Если муниципальные амбулаторно-поликлинические учреждения финансировались преимущественно через систему ОМС, то в большинстве региональных медицинских учреждений существовало двухканальное финансирование: из региональных бюджетов и из средств ОМС. Таким образом, региональные бюджеты играли двойственную роль. С одной стороны, они выступали в качестве страховщиков неработающего населения и вносили соответствующие платежи в территориальные фонды ОМС. С другой — сохранялась сеть учреждений здравоохранения регионального подчинения, преимущественно финансировавшаяся из региональных бюджетов.

Наблюдалось и сокращение числа региональных стационаров, при некотором увеличении числа федеральных. Кроме того, существенно уменьшилась сеть муниципальных больниц. Количество самостоятельных региональных амбулаторно-поликлинических учреждений существенно увеличилось (за 2003–2004 гг. с 250 до 1056), а самостоятельных муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений — сократилось. Эти изменения связаны с реструктуризацией сети здравоохранения, а также передачей специализированной помощи с местного на региональный уровень.

Важным недостатком системы ОМС было *недостаточное развитие страховых медицинских организаций*. В связи с тем что при отсутствии в регионе страховых медицинских организаций филиалам территориальных фондов разрешалось осуществлять обязательное медицинское страхование граждан (Постановление «О порядке финансирования ОМС граждан на 1993 год»), в некоторых субъектах Федерации страховые медицинские организации так и не были созданы на протяжении 1990-х — начала 2000-х гг. В качестве страхователей, вплоть до 2007 г., в этих регионах выступали филиалы территориальных фондов (а в ряде случаев и непосредственно фонды, не имеющие филиалов). В целом, в субъектах Федерации наблюдалась пестрая картина разнообразных моделей организации и управления медицинским страхованием.

Так, в начале 1990-х гг. страховые медицинские организации отсутствовали примерно в трети регионов. В половине регионов страховые медицинские организации действовали отдельно от ТФОМС. В трети регионов функции страховщиков выполняли филиалы ТФОМС. При этом в половине из случаев страховщики-филиалы действовали наряду с независимыми от ТФОМС страховыми медицинскими организациями. Если же посмотреть на изменения организационной структуры ОМС (см. табл. 1), то можно видеть тенденцию к сокращению общего числа филиалов ТФОМС и числа филиалов ТФОМС, осуществляющих функции страховщиков.

Эксперты признают *отсутствие конкуренции между страховыми компаниями*. При этом часто разделение страхового поля определяют не столько рыночные, сколько административные механизмы. Кроме того, в 1990–2000-е гг. практически во всех лечебно-профилактических учреждениях сложились хорошие отношения со страховыми медицинскими организациями. Поэтому если страховщики и проводят экспертизу качества, то это не встречает противостояния со стороны медицинского

учреждения. В качестве основных найденных в ходе таких экспертиз недостатков страховщики называют в первую очередь ошибки в оформлении документации и неполное обследование или неадекватное лечение в стационаре. Нужно отметить, что во время экспертиз необоснованные госпитализации отмечаются весьма редко¹⁰. Поэтому лишь 14% врачей и 2% среднего и младшего медперсонала указывали деятельность страховых медицинских организаций по контролю за качеством, а 50% врачей признавали, что основным «контролером» качества их работы является лишь их совесть¹¹.

Т а б л и ц а 1

Типы региональных систем обязательного медицинского страхования

Учреждения и организации	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ТФОМС, филиалы ТФОМС, филиалы ТФОМС с правами страховщиков, СМО	21	39	41	42	44	48	55	73
ТФОМС (возможно, филиалы ТФОМС), СМО	42	22	21	20	21	22	23	9
ТФОМС (возможно, филиалы ТФОМС и филиалы ТФОМС с правами страховщиков)	27	23	23	23	20	15	7	3
Всего	90	84	85	85	85	85	85	85

Источник: Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 1998 году. М. 1999; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2002 году. М. 2003; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2003 году. М. 2004; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2004 году. М. 2005.

Попытки реформирования системы ОМС

В 2004 г. были подготовлены законопроекты, направленные:

- на закрепление реальных и выполняемых государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (в т.ч. за счет стандартизации медицинских услуг);
- на разработку механизмов финансирования госгарантий;
- на внедрение новых методов оплаты медицинских услуг и оплаты труда медицинских работников;
- на формирование эффективной системы обязательного медицинского страхования¹².

¹⁰ Решетников А.В. Социальный маркетинг и медицинское страхование. М.: Здоровье и О-во, 2006. С. 260, 162–163.

¹¹ Там же. С. 242.

¹² См., напр.: Слепнев А.А., Фадин Д.В., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация систем ОМС: Что предлагает новый законопроект / Менеджмент в здравоохранении. Ч. 2. / под общ. ред. В.П. Галенко и др. СПб. 2005; Бульман Я. Сравнение нового законопроекта и государственных гарантий и использование руководств клинической

Рассмотрим, в какой мере перечисленные задачи нашли свое решение в подготовленных законопроектах. Несмотря на то что законопроекты не были приняты, многие из их положений стали основой для принятого в 2010 г. нового закона об ОМС.

Законопроект «Об обязательном медицинском страховании».

Первое. Законопроект предполагал направлять все средства на страхование неработающего населения в Федеральный фонд ОМС, который будет затем распределять их по территориальным фондам, находящимся в его административном подчинении.

Второе. Для того чтобы суммы выделенных региональными бюджетами средств полностью покрывали все расходы медицинских учреждений («полный тариф»), планировалось рассчитывать стоимость программы ОМС с учетом всех предполагаемых статей расходов ЛПУ. Ежегодно принимаемая территориальная программа ОМС должна быть реалистичной, гарантируя предоставление только тех видов и объемов медицинской помощи, которые могут быть профинансированы за счет единого социального налога и отчислений бюджетов на страхование неработающего населения (с учетом перечня минимальной базовой программы госгарантий, указанной в соответствующем федеральном законе). При этом минимальный объем территориальной программы в законе не был обозначен. Иными словами, каждый регион в лице органа представительной власти мог принимать свою собственную бездефицитную базовую программу ОМС, утверждая бюджет территориального фонда ОМС. Кроме того, законопроект относил утверждение методики расчета взносов на ОМС неработающего населения к полномочиям Правительства и устанавливал, что страховые платежи регионов не могут быть меньше, чем определенные в такой методике нормативы.

Третье. Страховщики в системе ОМС перестают выполнять функцию лишь «передаточного звена» и начинают совместно с территориальными фондами ОМС нести финансовые риски.

Четвертое. Предусматривалась возможность компенсаций для страховщиков, предоставляющих услуги дополнительного медицинского страхования, в размере подушевого норматива на одного застрахованного по ОМС. Таким образом исключалась двойная оплата медицинских услуг работодателями, которые заключают договоры ДМС для своих сотрудников и одновременно платят взносы в систему ОМС.

Нетрудно заметить, что законопроект был направлен на более явное внедрение страховых принципов в здравоохранении и на усиление роли страховых медицинских организаций по контролю за деятельностью лечебно-профилактических учреждений.

Если по Закону «О медицинском страховании граждан» 1991 г. страховые медицинские организации были призваны только контролировать качество медицинских услуг и защищать права пациентов (например, через жалобы или судебные иски к лечебно-профилактическим учрежде-

практики, основанных на доказательствах в Европе / Семинар по вопросам формирования государственных гарантий медицинской помощи и экспертизы в области определения объемов и типов предоставляемых услуг. Минздравсоцразвития РФ, Всемирный банк. 16 июня 2004 г.; Мачульская Е.Е., Добромислов К.В. Право социального обеспечения. М.: Книжный мир, 2006. С. 288–289.

ниям), то согласно данному законопроекту, у них появлялись возможности реальной конкуренции за застрахованных посредством разного содержания программ дополнительного медицинского страхования. Тем не менее, другие потенциальные инструменты для конкуренции (размер страхового взноса, величина соплатежей за медицинские услуги) в законопроекте остались не учтенными¹³.

Законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи».

Первое. Законопроект гарантировал всем гражданам бесплатную медицинскую помощь в объеме базовой программы. При финансовых и иных возможностях субъектов Федерации гражданам предоставлялась дополнительная медицинская помощь, сверх гарантий базовой программы¹⁴.

Второе. Оценка соответствия территориальной программы госгарантий требованиям федерального законодательства должна была ежегодно осуществляться федеральным органом исполнительной власти, реализующим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения.

Третье. Обеспечение соответствия между стоимостью программы и размерами ее финансирования осуществляется путем повышения структурной эффективности системы здравоохранения, увеличения размеров финансирования за счет средств бюджета субъекта Федерации, сокращения дополнительных объемов медпомощи сверх показателей базовой программы.

Четвертое. Гарантированные объемы помощи, предоставляемые территориальными программами госгарантий, определяются на основе клинико-экономических протоколов¹⁵.

Таким образом, рассмотренные законопроекты создавали возможности для развития различных видов добровольного медицинского страхования. В то же время исследования неформальных платежей и рынка платных медицинских услуг в России свидетельствуют о *постепенном фактическом развитии лишь замещающего страхования*, заменяющего сложившуюся систему здравоохранения¹⁶. Гарантии возмещения подушевого норматива ОМС, предусмотренные в законопроекте, могли стать юридическим оформлением такого вида страхования. Однако замещаю-

¹³ Шейман И.М. О так называемой конкурентной модели обязательного медицинского страхования. Ч. 1. // Менеджер здравоохранения. 2006. № 1.

¹⁴ Гарантированные виды помощи в рамках базовой программы не включают: лечение кариеса и протезирование зубов у взрослых; подбор очковой оптики и контактных линз; лечение заболеваний, связанных с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением; косметологическую помощь; аборт при отсутствии медико-социальных показаний; специальные медосмотры взрослых граждан; анонимную диагностику и лечение (кроме СПИДа).

¹⁵ Клинико-экономический протокол предусматривает: перечень медицинских услуг, лекарственных средств и протезов, гарантированный пациенту независимо от особенностей течения заболевания; перечень и частоту предоставления медицинских услуг, лекарственных средств и протезов при наличии медицинских показаний (частота в расчете на 100 заболеваний); дозы применения лекарственных средств; средние сроки оказания медицинской помощи; алгоритмы выполнения медицинских услуг и применения лекарственных средств, а также критерии их отбора; ожидаемые результаты лечения, медицинские противопоказания и возможные риски при оказании медицинской помощи.

¹⁶ Моссиалос Э., Томсон С.М.С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза / Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин / пер. с англ. М. 2002. С. 143.

шее страхование для определенных групп населения существует лишь в нескольких странах Европы (Германия, Нидерланды, Испания), где лица с высокими доходами могут полностью выйти из государственной системы страхования.

В то же время оказание медицинской помощи на основе стандартов и четкая спецификация медицинских услуг, рекомендуемых для лечения пациентов с определенными диагнозами, открывает возможности для других видов страхования: добавочного (добавочное покрытие медицинских услуг, полностью или частично исключенных из государственных программ) и дополняющего (ускоренный доступ к медицинским услугам или более широкий выбор услуг)¹⁷. В этом случае ускорение лечения и предоставление дополнительных к стандарту медицинских услуг будет финансироваться страховщиками.

Реформа здравоохранения 2010 г.

В 2010 г. был отменен Федеральный закон 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и принят Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ФЗ № 326 от 29.11.2010 г.). Основная его цель – установление финансовой сбалансированности программ ОМС и юридическое уточнение прав и обязанностей основных участников системы ОМС. В Законе объединены положения, содержащиеся прежде в разных документах: Федеральном законе «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (1991 г.), Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья (1993 г.), практически ежегодно (с 1998 г.) утверждаемых Постановлениях Правительства о программе государственных гарантий и уставе Федерального фонда ОМС.

Следует отметить и то, что закон 2010 г. детализирует полномочия Российской Федерации, органов государственной власти Российской Федерации, федерального органа исполнительной власти, Федерального фонда ОМС, территориальных фондов ОМС. В частности, в нем разъяснены источники и порядок формирования доходов и расходов бюджета Федерального фонда ОМС и территориальных фондов. Определен порядок расчета тарифа на оплату медицинской помощи для медицинских организаций и дифференцированных нормативов для страховых медицинских организаций. В отличие от сложившихся по факту трех-пяти основных статей расходов, оплачиваемых в условиях дефицита территориальных программ ОМС в 1990–2000-е гг., в нем структура тарифа на оплату медицинской помощи включает всевозможные статьи расходов медучреждения.

Также важно расширение перечня лиц, застрахованных по ОМС, а также перечня медицинских организаций в системе ОМС. Им вводятся более детальные (по сравнению с законом 1991 г.¹⁸): определение «Базовой программы» и «территориальных программ» (описанию которых посвящена отдельная глава); порядок оплаты медпомощи по каждой из

¹⁷ Моссиалос Э., Томсон С.М.С. Указ. соч. С. 143.

¹⁸ Понятие «базовая программа» имеется и в ФЗ № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (от 28.06.1991 г.). Ст. 22.

программ; санкции в случае недостаточных взносов бюджетов субъектов Федерации на ОМС неработающего населения.

Страховые медицинские организации включены *в число участников системы ОМС*, а формированию их средств посвящена отдельная статья Закона. Отмечается, что, помимо деятельности по ОМС, страховщики могут осуществлять только деятельность по добровольному медицинскому страхованию. Подробно описан механизм смены страховщика со стороны застрахованных лиц. Установление нормативов для страховщиков остается прерогативой территориальных фондов ОМС. Следует отметить, дискриминация страховых медицинских организаций, в т.ч. по сравнению с филиалами ТФОМС, выполняющими функцию страховщиков, наблюдавшаяся в 1990–2000-е гг. становится невозможной, т.к. тарифы установлены едиными для всех страховщиков (ст. 30 п. 3).

Положительным моментом является заложенное в ст. 38 п. 6 утверждение, что превышение расходов над доходами в СМО покрывается не автоматически (как это фактически было на практике), а решением территориального фонда ОМС. Закон допускает индивидуальных предпринимателей в систему ОМС, что может повысить число участников, оказывающих медицинские услуги, и способствовать конкуренции среди медицинских организаций. В Законе подробно описан механизм учета информации об оказанной медицинской помощи. Это является положительным моментом для создания и анализа баз данных в области стандартизации медицинских услуг. Выводы такого анализа могут быть использованы для определения тарифов (например, с использованием медико-статистических групп), анализа качества и эффективности медицинских услуг в разных медицинских организациях.

В то же время следует отметить ряд недостаточно проработанных в Законе 2010 г. проблем.

Так, Закон определяет основные термины в системе ОМС, в частности, понятие риска. Однако расчет тарифов и нормативов остается за рамками Закона, поэтому сложно говорить о переходе собственно к системе медицинского страхования, взамен существующей на практике системе медицинского обеспечения. В Законе отсутствует предлагавшееся в законопроекте (версия 25 мая 2010 г.) положение о «субсидиарной ответственности субъекта РФ» по финансированию территориальной программы ОМС. Кроме того, у страховых медицинских организаций отсутствует возможность заключения селективных договоров с наиболее эффективными медицинскими организациями. Поэтому, вероятнее всего, инструментом воздействия на качество медицинской помощи будет продолжаться оставаться система пеней и штрафов. И непонятно, на основе каких факторов потребители будут выбирать страховую медицинскую организацию.