

## ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

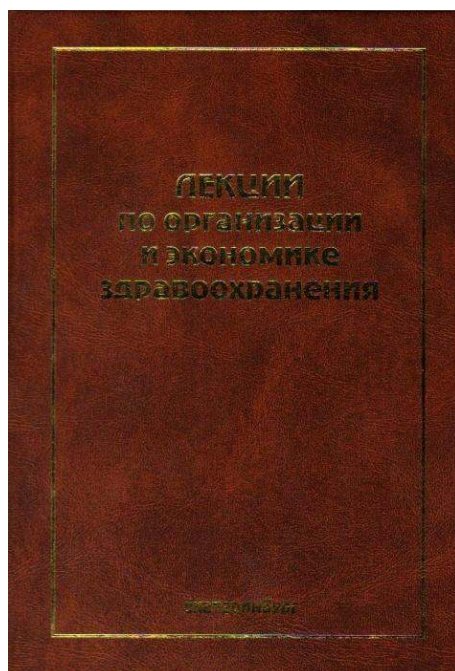
Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию очередную статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Е.В. Ползика, Т.В. Черновой), изданного в Уралмедсоцэкономпроблем и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2010 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских ВУЗов и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию доктора медицинских наук, профессора, заместителя директора Центра специализированной медицинской помощи «Институт медицинских технологий» Леонтьева Сергея Леопольдовича, посвященную мерам социальной поддержки по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан Свердловской области.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.



## ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ ОСНОВЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**С.Л. Леонтьев**

*Центр специализированной медицинской помощи «Институт медицинских технологий»*

28 июня 1991 г. Председатель Верховного Совета РСФСР Б. Н. Ельцин поставил подпись под документом № 1499-1, открыв тем самым новую страницу в истории отечественного здравоохранения. Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» утвердил переход от полностью централизованной бюджетной модели к частично децентрализованной бюджетно-страховой модели здравоохранения.

Закон 1991 г. «направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях».

Новые экономические условия – формирующиеся в стране рыночные отношения – требовали радикального изменения системы финансовых отношений в здравоохранении, привлечения дополнительных финансовых ресурсов, формирования стабильных, не зависящих от бюджета источников финансирования, создания конкурентной среды, сокращения затрат при повышении эффективности.

В то же время, государство заявило о передаче части своих функций и ответственности обществу: ответственность за охрану здоровья граждан по закону возлагается, в том числе на население, предприятия, учреждения, организации. По сути, речь идет о формировании общественной модели здравоохранения.

Согласно ст. 12 закона финансовые средства обязательной системы страхования (ОМС) в виде страховых взносов поступают в фонды медицинского страхования и предназначены для финансирования медицинской помощи и иных услуг, в соответствии с договорами ОМС.

Закон вступает в силу в 1993 году в новой редакции с рядом существенных исправлений и дополнений.

В ст. 11 законодательно закрепляется децентрализация финансовой системы путем разграничения финансовых средств государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В ст. 12 указывается, что фонды подразделяются на Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ФФОМС и ТФОМС), являющиеся самостоятельными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями.

Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на ОМС, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Согласно утвержденному порядку сбора страховых взносов на ОМС, взносы (до 2001 г.) непосредственно поступают на счета фондов. При этом обязанность заключать договора с медицинскими учреждениями и оплачивать помощь застрахованным возложена на страховые медицинские организации (СМО).

Основной задачей СМО, осуществляющей ОМС, является проведение обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с территориальной программой.

Статья 15 закона дополнена фразой: «страховая медицинская организация обязана осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на не коммерческой основе».

Основная задача, которую пытался решить законодатель, вводя в систему новое действующее лицо – фонды и устанавливая некоммерческую основу деятельности страховых организаций, – обеспечить сохранность и целевое использование средств. Если даже в 2002 г. на страницах журнала «Экономика и практика обязательного медицинского страхования» продолжается обсуждение проблемы: на любые ли цели может страховая организация тратить средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, то, что говорить о 1993? Страхование еще только становится на ноги в новых экономических условиях. Большинство страховых компаний занимаются «налогосберегающими» и «зарплатными» схемами. Основой финансовой устойчивости страховщиков и гарантией их платежеспособности является наличие у них оплаченного уставного капитала и страховых резервов. «Для осуществления обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация должна обладать уставным капиталом, равным не менее чем 1200-кратному размеру минимальной оплаты труда». Не говоря уже о том, каким образом страховщики формируют этот капитал и насколько он реально обеспечен, сама сумма на порядок меньше объема средств, ежемесячно направляемых на оплату медицинской помощи в не самом крупном субъекте федерации.

Почему, тем не менее, среди субъектов медицинского страхования в исправленной редакции закона перечислены страховые организации (и, кстати, нет фондов обязательного

медицинского страхования)? Не проще ли оставить в системе одни фонды, передав им право вести страховую деятельность?

По-видимому, в 1993 г. законодатели на основе элементов рыночной системы страхования и государственной системы социального обеспечения, создали эксклюзивную российскую модель обязательного медицинского страхования.

Спустя 17 лет мы можем констатировать, что именно эта модель ОМС, при всей внешней уязвимости и критикуемости, сохранила российскую систему здравоохранения и позволила в условиях экономического спада без особых кризисов обеспечить людей медицинской помощью.

Однако, внутренние противоречия системы, связанные с ее социальным (некоммерческим) характером и страховым (рыночным) содержанием, вертикалью управления (Федеральный – Территориальные фонды) и децентрализованными финансовыми потоками (территориальная модель финансирования здравоохранения) свидетельствовали о незавершенности законодательной основы и побуждали различные государственные и общественные институты к попыткам реформировать и модернизировать существующую модель обязательного медицинского страхования.

Первой серьезной попыткой реформирования стал проект федерального закона «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», внесенный на рассмотрение Государственной Думы Правительством РФ.

Законопроект распространялся только на ОМС как составную часть государственного социального страхования. По мнению разработчиков, основное несоответствие Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» с другими нормативными актами заключалось в осуществлении обязательного страхования страховыми медицинскими организациями, а также в организационно-правовой форме фондов обязательного медицинского страхования, определяющей их как финансово кредитные учреждения.

Авторы законопроекта предлагали законодательно разделить обязательное и добровольное медицинское страхование, имея в виду, что добровольное медицинское страхование осуществляется сверх программ, гарантируемых государством, и регулируется отдельным Законом «О страховании».

Кроме того, законопроект предполагал упорядочение деятельности фондов обязательного медицинского страхования и страховых организаций.

В частности данным законопроектом, фонды обязательного медицинского страхования:

– отнесены по организационно-правовой форме к государственным учреждениям, с целью сосредоточения их деятельности на обязательном медицинском страховании (в том числе выполнении ими функций страховщика) и прекращении проведения финансово-коммерческих операций;

– в определенной мере ставится под контроль органов управления здравоохранением, так как руководитель фонда назначается органом исполнительной власти по представлению руководителя органа управления здравоохранением.

Согласно ст. 2 законопроекта субъектами правоотношений в области ОМС являются: страхователь, ТФОМС - страховщик, медицинское учреждение, граждане Российской Федерации.

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования являются юридические лица – государственные учреждения соответствующих субъектов Российской Федерации, осуществляющие в соответствии с законодательством Российской Федерации функции страховщика в системе ОМС.

ТФОМС при необходимости может привлекать к страховой деятельности в качестве агентов страховые организации, имеющие государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием.

Отношения между ТФОМС и страховыми организациями устанавливаются договором, заключаемым в соответствии с законодательством Российской Федерации. Размер вознаграждения страховым организациям по договору не должен превышать средств территориальных фондов, предназначенных для финансирования деятельности этих фондов и развития их инфраструктуры.

Порядок заключения договоров между ТФОМС и страховыми организациями и форма договора утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим проведение государственной политики в области охраны здоровья населения и ФФОМС.

Таким образом, СМО выведены «за скобки» ОМС, не являются его субъектами и могут работать лишь в качестве агентов по договору–поручению фонда.

Проект закона в случае принятия утверждал фактически действующую во многих субъектах федерации систему взаимоотношений фонд – СМО, а также принятые в ряде субъектов модели обязательного страхования без страховых компаний.

По сути, законопроект трансформировал хотя и незавершенную систему страхования в систему дополнительного государственного финансирования здравоохранения.

11.06.99 г. Постановлением N 4094-11 Государственной Думы Федерального Собрания РФ проект закона «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О медицинском

страховании граждан в РФ» был принят в первом чтении и направлен в комитет по охране здоровья на доработку. Однако, ни во втором, ни, тем более в третьем чтении проект не рассматривался. Данное обстоятельство, как и сроки рассмотрения законопроекта (1996-1999 гг.), свидетельствуют не столько о степени работоспособности высшего законодательного органа, сколько о мощном противодействии принятию проекта сторонников страховой модели ОМС.

Первый законодательный акт, реально изменивший действующую модель, непосредственно касался не системы медицинского страхования, но законодательных актов системы налогообложения. Федеральным законом от 05.08.2000 г. N 118-ФЗ с 01.01.2001 г. была введена в действие вторая часть Налогового кодекса РФ, в том числе глава 24 «Единый социальный налог (взнос)».

Согласно закона страховые взносы на ОМС подразделялись на:

- собственно взнос на обязательное медицинское страхование неработающего населения в фонды обязательного медицинского страхования;
- налог на обязательное медицинское страхование работающего населения в структуре единого социального налога

Утвержденная Правительством РФ система сбора налога лишила государственные внебюджетные фонды функции налоговых сборщиков, вынудив тем самым территориальные фонды обязательного медицинского страхования существенно сократить свои штаты, прежде всего за счет института филиалов и уполномоченных.

Следующим логическим шагом, после введения единого социального налога, представлялась интеграция медицинского и социального страхования в едином законодательном блоке – Законе «Об обязательном медико-социальном страховании».

Идея консолидации бюджетов здравоохранения и социальной защиты не нова, такая практика существует во многих странах, и необходимость подобного «завершения» системы обсуждалась с момента введения обязательного медицинского страхования, если не раньше.

Проект федерального закона «Об обязательном медико-социальном страховании в Российской Федерации» по поручению Правительства был подготовлен Минэкономразвития России в 2001 г.

Альтернативный проект разрабатывался Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и принципиально отличался независимым существованием двух фондов (медицинским и социальным), ролью и местом страховых медицинских организаций, а именно выведением их «за скобки» системы обязательного медицинского страхования:

«обязательное Федеральный закон «О введении в действие части второй налогового кодекса РФ и внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ о налогах» от 05.08.2000 г. № 118-ФЗ медико-социальное страхование осуществляют создаваемые Правительством РФ страховщики: в части обязательного медицинского страхования – Фонд обязательного медицинского страхования РФ; в части социального страхования – Фонд обязательного социального страхования РФ»

Необходимость разработки данного федерального закона, по мнению разработчиков, обусловлена неудовлетворительным положением дел в области обязательного медицинского и социального страхования граждан России. Оба вида страхования в их существующем виде перестали отвечать требованиям обеспечения эффективной социальной защиты населения.

В ряду основных проблем обязательного медицинского страхования главной является хроническое недофинансирование медицинской помощи. Причем, несбалансированность программы ОМС с имеющимися финансовыми ресурсами нарастает. Действующие механизмы выравнивания условий финансирования здравоохранения работают неудовлетворительно. Централизуемая в ФФОМС часть взносов явно недостаточна для поддержки территорий.

Значительная часть бюджетных средств поступает в здравоохранение, минуя каналы системы обязательного медицинского страхования, что затрудняет финансовое планирование, сдерживает использование методов оплаты за конечный результат. СМО, вопреки ожиданиям, не вносят достаточного вклада в стимулирование процесса реструктуризации здравоохранения, что в значительной мере связано с ослаблением требований к ним.

Социальное страхование функционирует, опираясь в основном на старую нормативно-правовую базу, сформированную еще в СССР. В структуре расходов Фонда социального страхования РФ доминируют пособия по временной нетрудоспособности в ущерб финансированию других социально значимых видов социальной защиты. Предоставление санаторно-курортного лечения в системе социального страхования слабо ориентировано на реабилитацию больных и профилактику заболеваний.

Для исправления ситуации предлагалось сформировать единую систему обязательного медико-социального страхования. Законопроект предусматривал существенно более высокую степень централизации управления и финансирования объединенной системы по сравнению с действующей системой ОМС.

В объединенной системе предлагается аккумулировать:

- часть единого социального налога, уплачиваемую работодателями на обязательное медицинское и социальное страхование;
- часть единого налога на вмененный доход, направляемый на обязательное медицинское и социальное страхование;
- страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- платежи из бюджетов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации на медико-социальное страхование.

Значительная часть средств предполагалось централизовать в Федеральном фонде и использовать для предоставления субвенций и субсидий территориальным фондам (соотношение средств федеральный/территориальные фонды по расчетам составляло 1,23 / 1).

Управление системой должен был осуществлять Федеральный фонд обязательного медико-социального страхования. На территориях округов (или субъектов Федерации) учреждались региональные отделения фонда.

Платежи по обязательному медико-социальному страхованию должны были осуществляться органами исполнительной власти РФ и субъектов РФ за счет средств, предусмотренных при формировании федерального и региональных бюджетов, что по мнению разработчиков позволяло преодолеть сложившуюся практику хронического недофинансирования страховой медицины.

Предполагалось сохранить оправдавшие себя методы страховой работы гоплательщикам средств, израсходованных целевым образом, и перечисления страхователями в налоговые органы и страховщику только неизрасходованных остатков. Поскольку именно из этих остатков должны быть формироваться средства территориальных фондов, оплата медицинской помощи реально могла осуществляться исключительно за счет федеральных субвенций.

В целом, кроме объединения средств обязательного медицинского и социального страхования законопроект предусматривал жесткую финансовую и управленческую вертикаль, с передачей значительной части средств, полномочий и прав на федеральный уровень.

Введение закона в действие планировалось с января 2003 г., фонды медицинского и социального страхования начали серьезно готовиться к предстоящему объединению.

Однако весной 2003 г. стало очевидным, что «объединяющий» законопроект не получил дальнейшего развития, как и предыдущий.



После полугодовой паузы, в октябре 2003 года Минэкономразвития выносит на заседание Правительства РФ новую идеологию реформирования под названием «Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». В более-менее законченном виде Концепция появляется в открытой печати весной 2003 г., к 10-летию обязательного медицинского страхования.

Ключевыми моментами, отличающими новую Концепцию от предыдущих проектов являются:

- идея софинансирования обязательного медицинского страхования неработающих пенсионеров за счет средств Пенсионного фонда;
- унификация способов оплаты медицинской помощи с формированием единого источника финансирования;
- изменение организационно-правового статуса лечебных учреждений путем формирования некоммерческих организаций;
- предоставление возможности гражданам выхода из системы обязательного медицинского страхования с условием заключения договора добровольного медицинского страхования.

В то же время, новая Концепция в части положений повторяет пройденное, так, предполагалась централизация средств в ФФОМС в объеме 1,8 процентных пункта (против 0,2% по действующему закону).

Повторяют разработчики также идею объединения системы обязательного социального и медицинского страхования.

Как и все предыдущие, новый проект имеет понятную и важную цель: предоставление населению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний день модель софинансирования ОМС за счет средств пенсионного фонда оказалась несостоятельной из-за недостатка средств в пенсионном фонде.

Переход на одноканальное финансирование, по-видимому, дело ближайшего будущего, как и изменение организационно-правового статуса лечебных учреждений, реализовавшееся в поправках к законодательству к правовому положению государственных (муниципальных) учреждений. Теперь их подразделяют на три типа: казенные, бюджетные или автономные.

Возможность выхода граждан из системы ОМС пока обсуждается лишь теоретически.

В 2003 г. президент Путин В. В. называет реформу системы ОМС одним из приоритетов. В 2004 г. Минэкономразвития готовит новый законопроект «Об обязательном медицин-

ском страховании» и выносит его на обсуждение в Правительство РФ. По словам одного из авторов законопроекта – первого заместителя министра экономического развития и торговли М. Дмитриева, главная проблема ОМС в том, что регионы не выделяют положенные средства на страхование неработающих граждан, поэтому в 2002 г. дефицит системы ОМС превысил 40 млрд. руб. и продолжает расти. Цель реформы – сделать систему ОМС бездефицитной.

Одной из главных тем законопроекта становится централизация средств ОМС в федеральном фонде с целью дальнейшего перераспределения между регионами.

Несмотря на оптимистичные заявления, законопроект «Об обязательном медицинском страховании» так и не был вынесен в Госдуму из-за серьезных разногласий по проекту между Минэкономразвития и Минфином.

Серьезное влияние на работу системы ОМС оказал Федеральный закон № 94, принятый в 2005 г. В большинстве субъектов РФ начали проводиться конкурсы на страхование неработающего населения. При условии неизменности основного критерия – цены контракта, определяемой стоимостью территориальных программ ОМС, и фактическим отсутствием объективных критериев для эффективного отбора лучшего страховщика, конкурсы превратились в формальность или сферу административного воздействия, позволяющую «назначать» удобного администрации страховщика, исключая из системы неудобного, без учета мнения застрахованного.

В целях решения задач, поставленных Председателем Правительства РФ В. В. Путиным 20 апреля 2010 г. в Государственной Думе, Минздравсоцразвития совместно с ФФОМС начали работу над «Программой модернизации здравоохранения Российской Федерации» и одновременно в ускоренном порядке началась процедура согласования нового закона об обязательном медицинском страховании.

В ноябре 2010 г. новый закон был принят в третьем чтении и утвержден Советом Федерации.

Новый закон «Об обязательном медицинском страховании»<sup>3</sup> отличается от действующего уже по названию – речь идет только об обязательном страховании. В то же время нельзя сказать, что законопроект коренным образом меняет систему, скорее он ее детализирует, прописывает, иногда излишне подробно. Есть ряд позитивных изменений – отмена бессмысленных конкурсов на ОМС, безусловное право гражданина на выбор страховой компании и медицинского учреждения, допуск в уведомительном порядке в систему медицинских учреждений с любой формой собственности. Хотя последние положения прописаны и в действующем законе, но на практике не были реализованы. Есть спорные

положения или противоречащие другим законодательным актам – передача средств ОМС в федеральную собственность, наделение федерального фонда медицинского страхования функциями страховщика, отсутствие у СМО страховых резервов.

Если централизация средств ОМС на уровне ФФОМС понятна и объяснима предстоящей модернизацией здравоохранения, на что требуются немалые ресурсы, то, по мнению большинства экспертов, многие другие ключевые положения нового закона свидетельствуют об отходе от страховых принципов в пользу государственного регулирования и требует серьезной доработки. Возможно, такая доработка произойдет в 2011 г., поскольку многие положения закона вступают в силу с 2012 г.

#### Список литературы

1. Как делить деньги медстраха // Газета «Коммерсант», 15.01.2004
2. Реформа медстрахования признана нежизнеспособной // Газета «Коммерсант», 03.04.2004.)
3. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 19.11.2010
4. Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в российской Федерации //Приложение к журналу «Главврач», 2003 г., № 4)
5. Проект Федерального Закона «Об обязательном медико-социальном страховании граждан РФ»
6. Федеральный закон «О введении в действие части второй налогового кодекса РФ и внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ о налогах» от 05.08.2000 г. № 118-ФЗ
7. Письмо Правительства РФ от 14.10.96 г. № 23617п-П12
8. Постановление Правительства РФ от 11.10.1993 г. «О мерах по выполнению закона РФ «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»
9. Закон о медицинском страховании граждан в Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 N 4741-1, Федеральных законов от 29.05.2002 N 57-ФЗ, от 23.12.2003 N 185-ФЗ, от 27.07.2006 N 137-ФЗ, от 29.12.2006 N 258-ФЗ, от 23.07.2008 N 160-ФЗ, от 18.07.2009 N 185-ФЗ, от 24.07.2009 N 213-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288, Федеральным законом от 01.07.1994 N 9-ФЗ)

---

Леонтьев Сергей Леопольдович – доктор мед. наук, профессор, заместитель директора Центра специализированной медицинской помощи «Институт медицинских технологий»