

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Рассматриваются преимущества и недостатки системы обязательного медицинского страхования на современном этапе. Приводится классификация проблем обязательного медицинского страхования. Предлагаются пути их решения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, проблемы, преимущества, недостатки.

S.A. Bakhmatov
A.S. Chipizubova

PROBLEMS AND DEVELOPMENT PROSPECTS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN RUSSIA

The article studies advantages and disadvantages of the current system of compulsory health insurance, categorizes its problems and suggests the solutions.

Keywords: compulsory health insurance, problems, advantages, disadvantages.

Обязательное медицинское страхование было введено в России в 1991 г. с выходом Закона РФ «О медицинском страховании граждан», основным принципом которого являлось обеспечение граждан России равными правами при получении медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. За 20-летний период в системе ОМС накопилось немало проблем и противоречий, требующих специального изучения и решения.

С января 2011 г. началось поэтапное вступление в силу закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании». Реализация закона предусматривает ряд улучшений. Прежде всего, закон должен снять проблему не оказания медицинской помощи гражданину, находящемуся за пределами места постоянного проживания (а именно с этим было связано более 40% жалоб граждан). Прежняя схема взаиморасчетов между разными субъектами Российской Федерации была очень сложна, не предусматривала четких обязательств одного субъекта перед другим и, зачастую, медицинские организации не получали деньги за лечение больного и не были заинтересованы в оказании ему медицинской помощи. Теперь функция межтерриториальных расчетов поднята на уровень Федерального фонда ОМС, который аккумулирует у себя часть средств и за счет них осуществляет расчеты.

Вторым направлением улучшения положения граждан стало повышение доступности медицинской помощи и выравнивание условий ее получения. На данный момент объемы, качество и доступность медицины в разных регионах России существенно отличаются за счет различий в финансовой обеспеченности и материально-технической базы. За 3–4 года действия закона об ОМС, Программы модернизации здравоохранения,

нацпроекта «Здоровье» и закона «Об охране здоровья граждан» должны быть выровнены условия и качество медпомощи по всей территории РФ. Финансироваться данное направление будет за счет субвенций Федерального фонда в адрес более слабых регионов.

Третье улучшение заключается в том, что начинает действовать право свободного выбора страховой компании и лечащего врача. Как следствие, должны измениться менталитет граждан и появиться ответственность за свой выбор.

Сегодня полностью открыт доступ частных медицинских организаций в систему ОМС, но желающих в нее попасть мало. Причина тому — слишком низкие тарифы. В настоящий момент, не редкость ситуация, когда тарифы покрывают не более 40% от полной суммы затрат. Кроме того, низкий тариф (наряду со слабой системой наказаний, которая сейчас будет меняться в сторону ужесточения) является причиной вынужденных приписок со стороны медучреждений. Полный тариф, включающий все статьи затрат медучреждения вступит в силу только с 2014 г.

Необходимо отметить, что с начала 2011 г. структура обращений граждан к страховщикам ОМС пока еще принципиально не изменилась. Около 20% обращений составляют жалобы на медучреждения, остальное — разного рода консультации, справки по выдаче полиса и т.д. Из общего числа жалоб около 40% — жалобы на не оказание, несвоевременное или некачественное оказание медицинской помощи, около 15% — жалобы на взимание денег за услуги, которые должны оказываться по ОМС бесплатно, остальные — на грубое обращение и прочие нарушения. Улучшение ситуации прогнозируется, но при этом следует понимать, что внедрение и реализация любого нового закона — это долгий процесс. Закон требует переориентации деятельности медучреждений и страховых компаний на гражданина. Медицинским организациям поставлена цель зарабатывать деньги, повышая количество и качество оказываемых гражданам медицинских услуг, а благополучие страховой компании теперь зависит от качества ее работы, от того, выберет ли ее гражданин.

Проблема заключается в том, что социальная эффективность ОМС имеет ограниченный характер, население пока еще не удовлетворено в полной мере качеством и доступностью медицинской помощи. Не способствует этому и принятый Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании граждан». Признавая необходимость модернизации ОМС, он не меняет принципиально его основные характеристики и положения.

Современная концепция ОМС практически не учитывает положительный опыт и наработки, имеющиеся в западных моделях обязательного медицинского страхования. Полагаясь на российскую специфику, медицинское обслуживание населения по-прежнему осуществляется по территориальному принципу, что не позволяет развиваться конкуренции между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими учреждениями. Пациенты в такой модели остаются отчужденными субъектами ОМС. Решения в сфере медицинской помощи за них принимают страховщики, страхователи, исполнители медицинских услуг.

Кроме того, выбор страховых компаний на монополистическом или олигополистическом рынке большинства территорий страны не придаст стимула к более качественному обслуживанию населения.

В целом, организация обязательного медицинского страхования в России такова, что населению зачастую приходится оплачивать даже те

услуги, которые включены в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Дефицит специалистов вынуждает людей обращаться в негосударственные медицинские учреждения и центры. Роль страховщика в таком случае для пациента сводится лишь к выдаче полисов ОМС. Страховые медицинские организации, по сути, являются региональной сетью Территориальных фондов ОМС по выдаче полисов и финансированию медицинских учреждений. Никаких страховых функций они не осуществляют. В системе медицинского обслуживания обязательное медицинское страхование остается непонятной населению структурой. Место, роль и функции системы ОМС и сегодня «остаются за кадром» для пациентов.

Дальнейшим шагом развития системы медицинского страхования должен стать возврат страховых резервов по ОМС. СМО должны нести реальные страховые риски и не ограничиваться функцией посредника между ФФОМСом и медицинскими организациями. До 2011 г. страховые резервы позволяли медицинским страховщикам свободно и эффективно распределять денежные потоки и в случае непредвиденных расходов лечебных учреждений покрывать их в короткие сроки. Сейчас же СМО могут оплатить счета только в тех объемах, которые ей выделил ФФОМС. Это, в конечном счете, приводит к разрыву ликвидности у медицинских организаций и задержке зарплат медицинским работникам. Поэтому, на наш взгляд, только перевод СМО на страховые принципы повысит эффективность системы, сделает ее более гибкой и эффективной.

Информация об авторах

Бахматов Сергей Александрович — доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой страхования и управления рисками, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, e-mail: kafstr@isea.ru.

Чипизубова Анна Сергеевна — аспирант, кафедра страхования и управления рисками, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, e-mail: mel_xs@mail.ru.

Authors

Bakhmatov Sergey Aleksandrovich — Doctor of Economics, Professor, Chairholder, Chair of Insurance and Risk Management, Baikal State University of Economics and Law, Irkutsk, e-mail: kafstr@isea.ru.

Chipizubova Anna Sergeevna — post-graduate student, Chair of Insurance and Risk Management, Baikal State University of Economics and Law, Irkutsk, e-mail: mel_xs@mail.ru.