

## **АКТИВИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**А. А. Натальин**, канд. экон. наук, доцент экономического факультета ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва»

**Н. В. Щенникова**, студентка 3 курса экономического факультета ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва»

*В статье раскрыты основные теоретические основы системы медицинского страхования, рассмотрены современные группы проблем развития медицинского страхования в России, предложены направления развития системы медицинского страхования в РФ.*

Ключевые слова: медицинское страхование, ДМС, СМО, ОМС.

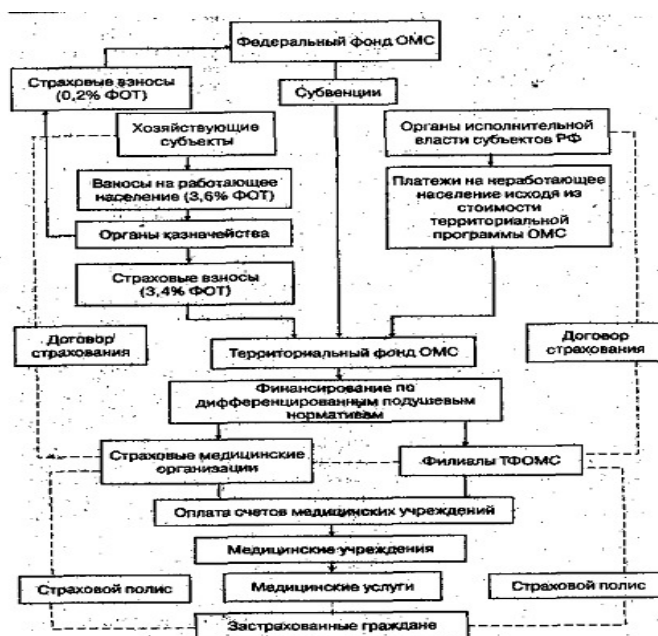
Охрана здоровья населения Российской Федерации является приоритетным направлением социальной политики государства. Национальные проекты по охране здоровья предусматривают модернизацию системы здравоохранения и устанавливают основные концептуальные приоритеты развития медицинской отрасли страны. В процессе реализации данных проектов медицинское страхование становится важным звеном, активно участвующим в реформировании национального здравоохранения.

Медицинское страхование является механизмом координации и рационализации использования финансовых ресурсов страхового фонда в финансировании лечебного процесса с выделением групп риска и организации восстановительного и реабилитационного лечения большой массы людей. Результативность медицинского страхования проявляется посредством снижения финансовых потерь субъектов хозяйствования по нетрудоспособности и повышения качества медицинской помощи.

Обязательное медицинское страхование – один из наиболее важных элементов системы охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС организуется и осуществляется государством и носит всеобщий характер.

Финансовый и организационный механизм обязательного медицинского страхования представлен на рисунке 1 и состоит из трех уровней:

- Федеральный фонд ОМС,
- Территориальные фонды ОМС,
- Страховые медицинские организации.



Р и с у н о к 1 Схема организации и финансирования ОМС

Первый уровень страхования в системе ОМС представляет федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС.

Второй уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС (ТФОМС) и их каналами. Территориальные фонды занимают центральное место в системе, поскольку именно ими осуществляется аккумуляция и распределение финансовых средств ОМС.

Третий уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. [4]

За годы реализации системы обязательного медицинского страхования, СМО стали полноправными субъектами данной системы, и их роль заключается в следующем: выданы страховые полисы ОМС всему населению РФ, осуществляется оказание медицинской помощи на основании договоров, обеспечивающих гарантии на оказание качественной медицинской помощи; страховыми медицинскими организациями отработан сложный механизм взаимодействия с медицинскими учреждениями, независимый институт страховых медицинских осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной в системе ОМС, вневедомственный контроль качества оказанной медицинской помощи и защиту прав застрахованных на бесплатную медицинскую помощь. На наш взгляд, деятельность СМО уменьшает нагрузку на бюджеты, повышает финансовую устойчивость системы ОМС. Можно сказать, что страховые медицинские организации являются единственными независимыми защитниками прав гражданина на доступную и качественную медицинскую помощь.

Проблемы функционирования системы медицинского страхования активно обсуждаются на различных уровнях.

Профессор кафедры труда и социальной политики Российской академии государственной службы при Президенте РФ, доктор экономических наук А. Л. Пиддэ обозначил следующие группы проблем развития обязательного медицинского страхования в России:

1. Проблема политическая – существует политическое намерение реформировать медицинское страхование, высказываемое в ежегодных посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, и пока политическое решение по этому вопросу отсутствует.
2. Проблема экономическая – существующая, в соответствии с действующим Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» №1499 от 28 июня 1991 года, система финансирования медицинского страхования, хотя и предусматривает страхование неработающего населения за счет средств местных и региональных бюджетов, но не определяет ме-

ханизм финансирования этого страхования.

3. Проблема социальная – медицинское страхование не находит поддержки ни у населения, ни у врачей. У медицинского страхования нет социальной базы.
4. Проблема организационная – созданная инфраструктура обязательного медицинского страхования, различная в субъектах Федерации, находящаяся под жестким контролем исполнительной власти субъектов Федерации, не имеет реальной возможности исполнять свое функциональное предназначение в полном объеме в соответствии с законодательством.
5. Проблема информационной поддержки – все еще не удалось обеспечить адекватную информационную поддержку процессам перехода к медицинскому страхованию. Зачастую в средствах массовой информации высказываются поверхностные суждения по данному сложному предмету не совсем профессионально-подготовленными людьми.
6. Проблема терминологическая – существует серьезная путаница в терминологии: в обиход запущены различные термины, которые искажают представление, как о сущности медицинского страхования, так и его принципах. [6]

Развитие добровольного медицинского страхования в России, так же встречает множество проблем законодательного, экономического и организационного характера. Российский бизнес проявляет заинтересованность в обеспечении социальной защиты своих сотрудников и их семей, но действующее законодательство ограничивает его в этом стремлении. Согласно Налоговому кодексу, отчисления на ДМС, которые можно относить на себестоимость, не должны превышать 3% от фонда оплаты труда предприятия, в то время как многие российские компании готовы выделять на эти цели значительно большие средства.

Не менее актуальна и проблема дублирования обязательного и добро-

вольного медицинского страхования. Сегодня человек, обладающий полисом ДМС, продолжает в полном объеме платить налоги, из которых оплачивается его обязательное медицинское страхование. Таким образом, одни и те же риски оплачиваются дважды. В законопроекте об ОМС для ликвидации этого дублирования предлагается механизм объединения ОМС и ДМС через договор медицинского страхования. Застрахованные по такому договору смогут получать медицинскую помощь за счет объединения средств ОМС в размере подушевого норматива и средств добровольного медицинского страхования. Подобный механизм повысит доступность ДМС и обеспечит переход к легальным и более солидарным формам участия населения в оплате медицинской помощи. [6]

Трудности в развитии ДМС связаны не только с несовершенством законодательства. Проблемы создают и медицинские учреждения. Как отмечает заместитель директора страховой компании МАКС Владимир Храбан, «лечебные учреждения широко практикуют не обоснованное медицинскими показаниями расширение объемов диагностических исследований и применение дорогостоящих методик лечения». Пациенты при этом теряют время, испытывают значительный стресс, а страховщики вынуждены оплачивать необоснованные медицинские расходы.[5]

Несмотря на то, что по оценкам страховщиков неработающее население обладает большой степенью риска заболеваемости и травматизма, индивидуальное медицинское страхование в рамках ДМС имеет слабое развитие. Причин такого негативного явления можно выделить несколько: отсутствие страховой культуры среди населения, неготовность граждан вкладывать деньги в свое здоровье через ДМС – им проще купить разовую услугу непосредственно в поликлинике, отсутствие привлекательных страховых программ.

Данная ситуация усугубляется еще и тем, что во многих районах России существует дефицит лечебных учреждений. В большинстве своем они не отвечают в полной мере потребностям страховых компаний с точки зрения качества оказываемой медицинской помощи, материально-технической базы, предлагае-

мого сервиса.

Таким образом, необходимым условием развития системы медицинского страхования в нашей стране является решение ряда взаимосвязанных политических, юридических, экономических, социальных и организационных задач. В их числе следует назвать:

1. Увеличение финансирования отрасли здравоохранения.

В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году планируется увеличить до 4,8% ВВП, частные расходы – до 1,1-1,5% ВВП.

2. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС. [2]

3. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вливания денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей – введение накопительных счетов граждан России.

4. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. [2]

5. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

6. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи.

7. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС.

8. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить на-

селению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это, прежде всего, форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС. [2]

#### 10. Совершенствование деятельности СМО в системе ОМС.

Для совершенствования деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования предлагается ряд действенных мер следующего порядка:

- нормативно закрепить приоритет права выбора страховщика по ОМС за застрахованным гражданином;
- придать деятельности по ОМС исключительный характер;
- отменить повышенные требования к уставному капиталу, составу и структуре активов СМО, занимающихся исключительно ОМС, облегчив вхождение на рынок ОМС независимым субъектам страховой деятельности;
- создать условия для заинтересованного участия СМО в защите прав застрахованных и эффективном использовании ресурсов ЛПУ путем создания конкурентной среды между СМО за застрахованных;
- обеспечить реальное участие СМО в планировании и организации медицинской помощи населению с целью эффективного использования материальных и кадровых ресурсов медицинских организаций;
- реализовать систему разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО;
- Обеспечить сбалансированность финансовых обязательств СМО в системе ОМС. [3]

11. Совершенствование деятельности медицинских организаций по следующим основным направлениям:

- Изменение принципа финансирования медицинских организаций (финансирование медицинских учреждений по результатам их работы). Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг.
- Предоставление большей хозяйственной самостоятельности медицинским организациям.
- Изменение системы оплаты труда медицинским работникам.
- Обеспечение полностью бесплатного лекарственного лечения в условиях стационара. [1]

С нашей точки зрения все эти изменения важны тогда, когда они улучшают положение пациента в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения.

Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание в медицинских организациях общественных советов. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Что касается зарубежного опыта медицинского страхования, то из области государственного медицинского страхования Германии, по нашему мнению, можно внедрить в российскую практику продажу страховых продуктов лицам с низкими рисками здоровья по умеренным ценам, но заключать такие



договоры сроком не более чем трех лет. Так же можно создать в России единый страховой фонд между страхователями и больничными фондами, который обеспечит дифференцированное разделение средств между больничными фондами с учетом возраста, пола и степени нетрудоспособности, расчетной смертности.

В заключении хотелось бы отметить социальную значимость развития общественных организаций, которые способны участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Данные функции могут выполнять различные общества, в том числе, организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

Необходимо также повысить роль застрахованного в системе ОМС. Он должен самостоятельно выбирать страховщика и обеспечивать обратную связь в этой системе – по результатам своего лечения давать «сигналы» страховщикам, какие медицинские организации и какие врачи пользуются его доверием. Только так можно поддержать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи.

#### **Библиографические ссылки**

1. Архипов А.П, О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования / А.П. Архипов // Финансы.- 2009.-№ 9- 41с.
2. Бочкарев В.К Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / В.К. Бочкарев // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. -2008. -№ 09 (229)
3. Вялков, А.И Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие/ Под.ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко, Б.А.Райзберг. – 3-е изд., доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-664с..
4. Федорова Т.А Медицинское страхование и защита здоровья населения / Т.А. Федорова // Финансы.- 2008.-№10- 48с.
5. Янин А. Здоровье дороже / А. Янин // Панорама страхования.-2005.-№7(58), Интернет-источник:<http://www.raexpert.ru/editions/panorama2005-25/part2/>
6. Интернет источник: Бюджетная система Российской Федерации <http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2004/vestniksf229-09/vestniksf229-09080.htm>

