

## Экономико-правовые аспекты противоречий российской модели обязательного медицинского страхования

© 2016 Панурин Владимир Николаевич  
генеральный директор

ООО “Госпитальные информационные системы”  
690075, Приморский край, г. Владивосток, ул. Садовая, д. 12

© 2016 Савченко Ирина Ивановна

кандидат экономических наук, доцент кафедры экономической теории

© 2016 Сидорова Наталья Георгиевна

кандидат экономических наук, профессор кафедры экономической теории

Дальневосточный федеральный университет

690950, Приморский край, г. Владивосток, ул. Суханова, д. 8

E-mail: pvn\_his@his-dv.ru, savchenkoi@mail.ru, n0656@yandex.ru

Проведен анализ экономико-правового положения участников обязательного медицинского страхования, рассмотрены противоречия экономического и правового положения участников системы и проблемы регулирования их отношений на современном этапе. Показана актуальность совершенствования и развития института обязательного медицинского страхования для обеспечения баланса интересов участников системы.

*Ключевые слова:* обязательное медицинское страхование, экономико-правовое регулирование, экономические интересы.

Здоровье населения - это зеркало, отражающее социально-экономическое состояние общества. В данной связи актуально исследование проблем, связанных с особенностями функционирования системы здравоохранения в России и качеством проводимых реформ в этой области. Особый интерес вызывает анализ результатов трансформации экономико-правовых отношений в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) в условиях институциональных преобразований.

Одним из факторов, существенно влияющих на формирование и развитие отношений субъектов системы ОМС, является подход к финансированию отрасли. В России государственные расходы на здравоохранение составляют около 4 % ВВП (в 1,5 раза меньше, чем в “новых” странах Евросоюза). Динамика финансовых показателей за последние годы свидетельствует о том, что продекларированный приоритет страховых принципов организации и финансирования здравоохранения наталкивается на непоследовательную

и противоречивую с этой точки зрения бюджетную политику в отрасли здравоохранения.

Так, основным источником формирования средств ОМС для работающего населения выступают доходы от уплаты взносов на обязательное медицинское страхование. В настоящее время размер взноса составляет 5,1 % от выплат по трудовым и гражданско-правовым договорам, причем на период до 2018 г. правительство не планирует его увеличения. Вместе с тем вследствие неблагоприятной общей экономической ситуации на этот же период запланировано снижение доли государственных расходов на здравоохранение в ВВП с 3,8 % в 2015 г. до 3,4 % в 2018 г., в том числе уменьшение доли бюджетов фондов ОМС в ВВП с 2,2 % до 1,9 % (см. таблицу)<sup>1</sup>.

Для формирования средств ОМС государство использует механизмы, различающиеся своей эффективностью и управляемостью. В целях повышения уровня финансового обеспечения и выравнивания финансовых условий субъектов РФ Федеральным законом от 30 ноября 2011 г.

### Расходы бюджета Российской Федерации по разделу “Здравоохранение” на 2015-2018 гг.

Наименование	2015	2016	2017	2018
Здравоохранение, % ВВП	3,8	3,4	3,5	3,4
В том числе бюджеты фондов обязательного медицинского страхования, % ВВП	2,2	2,1	2,0	1,9

*Источник.* Основные направления бюджетной политики на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов (проект). Сайт Министерства финансов Российской Федерации. URL: [http://www.minfin.ru/ru/document/?id\\_4=64713](http://www.minfin.ru/ru/document/?id_4=64713).

□ 354-ФЗ “О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения” утвержден механизм ежегодной индексации взноса начиная с 2012 г. Кроме того, Федеральным законом “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” на период с 2012 по 2014 г. установлено ежегодное повышение взноса на страхование неработающего населения на 25 %. Поскольку в данном случае плательщиками взноса являются органы государственной власти, этот радикальный шаг по увеличению объема средств ОМС можно оценить как достаточно эффективный, направленный на приведение в соответствие государственных обязательств и их финансового покрытия. Однако уже в 2016 г. индексация взноса вообще не предусмотрена, несмотря на прогноз по инфляции в 6-7 %, и лишь в 2017 и 2018 гг. предполагается индексация исходя из уровня инфляции<sup>2</sup>. Тем самым в 2016 г. антикризисные меры в экономике в значительной степени реализуются за счет здравоохранения. Учитывая сохранение запланированного объема государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, можно прогнозировать существенное увеличение дисбаланса продекларированных обязательств и финансового обеспечения. Как следствие, стимул получают традиционные спутники указанного дисбаланса: нелегитимные платные услуги и теневые платежи. Если говорить об институтах обязательного медицинского страхования, то в сложившейся ситуации они получают дополнительную проверку на прочность, на состоятельность в защите прав и законных интересов пациента. Вместе с тем низкий уровень финансирования обостряет отношения всех участников системы ОМС, каждый из которых как может решать проблему выживания в условиях финансового дефицита, в том числе за счет интересов других участников. Тем не менее в период 2016-2018 гг. запланирован полномасштабный переход здравоохранения на страховые принципы<sup>3</sup>. Однако осуществление такого перехода весьма проблематично, так как под вопросом реализация основного страхового принципа - баланс обязательств и финансового обеспечения.

Кроме того, данный переход затруднен имеющимися экономико-правовыми противоречиями положения отдельных участников системы.

Развитие здравоохранения как социально-экономической структуры должно происходить в гармоническом соответствии с экономическим и социальным развитием общества. Управление должно осуществляться на основе выявления и разрешения противоречий данной системы, формирования организационно-правовой среды, которая активно влияет на структуру системы здравоохра-

нения. В этой связи проблемы регулирования отношений в системе обязательного медицинского страхования рассматриваются как обусловленные противоречиями экономического и правового положения участников системы.

Рассмотрим наиболее значимые из них с учетом особенностей современной российской модели ОМС.

Российская модель обязательного медицинского страхования реализуется в правовой форме, базовыми элементами которой являются Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”. Данные законы, в частности, регулируют экономические отношения в здравоохранении, однако в этом аспекте слабо связаны между собой и не опираются друг на друга. Так, в Законе об основах охраны здоровья граждан вообще нет указания на то, что наряду с другими организациями, осуществляющими деятельность в сфере охраны здоровья, таковыми являются и страховые медицинские организации (СМО), функционирующие на основе частной формы собственности. Здесь ничего не сказано о страховых принципах обеспечения экономической устойчивости в сфере здравоохранения.

По нашему мнению, на нормативно-правовом уровне отсутствует системный, комплексный подход, имеет место некая концептуальная разнонаправленность в обосновании организационных и экономических механизмов реализации целей и принципов организации охраны здоровья. Так, например, в Законе “Об основах охраны здоровья” в качестве основного источника финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи указаны средства ОМС, но при этом имеется всего лишь эпизодическое упоминание об отдельных элементах системы обязательного медицинского страхования - программах ОМС и о Федеральном фонде ОМС как одном из контролируемых органов. Вместе с тем в документе предметно и системно изложены принципы функционирования субъектов традиционного варианта государственного здравоохранения. Основное содержание Закона “Об основах охраны здоровья в Российской Федерации” характеризует, скорее, государственные системы по типу советского здравоохранения, здравоохранения Великобритании и им подобных. Следствием этого является то, что принципы обязательного медицинского страхования, закрепленные Федеральным законом “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”, не вытекают из основополагающего нормативного акта - Закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. А в

обществе не утихают дискуссии о перспективах обязательного медицинского страхования и о возможных путях решения проблем здравоохранения<sup>4</sup>.

Первоначальное построение системы ОМС было основано на существенной роли субъектов РФ в формировании организационных и финансовых механизмов, в связи с чем в литературе получил распространение термин “территориальная система ОМС”. В новом же Законе “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” сделан четкий акцент на федеральный уровень регулирования основных параметров системы ОМС, которые связаны, прежде всего, с единообразным обеспечением государственных социальных гарантий.

Принципиальным нововведением действующего Закона является определение ФФОМС страховщиком системы ОМС, в то время как прежний закон отводил эту роль страховым компаниям и понятия “страховая медицинская организация” и “страховщик” являлись синонимами. В результате нововведения система ОМС приобрела юридическую и технологическую стройность. Гражданин имеет право выбора обслуживающей страховой медицинской организации, процесс страхования предусматривает выдачу единого пожизненного полиса от лица государственного страховщика. С одной стороны, это существенно улучшает правовое положение застрахованного, с другой – обеспечивает более рациональную организацию персонализированного учета в системе ОМС. Однако, несмотря на очевидную значимость и технологичность такого варианта, с позиции застрахованного гражданина ФФОМС является обезличенным номинальным страховщиком, не вступающим в непосредственные отношения с застрахованным (в отличие от коммерческих страховщиков или структур Пенсионного фонда при государственном пенсионном страховании)<sup>5</sup>.

Полномочия страховщика в части работы с гражданами возложены на страховые медицинские организации и осуществляются ими в рамках операционной деятельности по обязательному медицинскому страхованию. Спектр этой деятельности включает в себя: оформление страхования и учет застрахованных, оплату медицинской помощи, осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, защиту прав застрахованных.

По отношению к застрахованному лицу основная роль в формировании “страхового продукта” принадлежит страховой медицинской организации. Но произошедшая в соответствии с новым Законом об ОМС трансформация медицинских страховщиков (страховых компаний) в специфических участников системы (страховые медицин-

ские организации) оставила нерешенным вопрос об экономическом интересе и экономической эффективности их работы при осуществлении обязательного медицинского страхования как некоммерческого вида деятельности.

Новый закон сохранил страховые медицинские организации в качестве специфического участника отечественной системы обязательного медицинского страхования. Их наличие в системе предполагается расценивать как средство обеспечения участия в обязательном медицинском страховании организаций, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции компаний друг с другом. Однако вопрос экономического смысла конкуренции страховых компаний при некоммерческом характере деятельности в сфере ОМС остается открытым. Непосредственный экономический интерес СМО на практике ограничен возможной экономией средств на ведение дела, имеющей характер операционной прибыли.

В то же время отсутствие экономических нормативов деятельности СМО не позволяет определить обоснованную величину необходимых расходов на ведение дела. При этом Законом об ОМС установлен возможный размер перечислений в СМО средств на ведение дела в пределах от 1 до 2 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным нормативам на оплату медицинской помощи, но отсутствует возможность рассчитать для указанного диапазона варианты для условий конкретного субъекта РФ<sup>6</sup>. По данным ФФОМС, в 2014 г. размер указанных перечислений в целом по Российской Федерации составил 1,1 %<sup>7</sup>. За счет дополнительных отчислений по результатам экспертной деятельности СМО имеет возможность повысить объем средств на ведение дела и тем самым увеличить фактические расходы на эти цели. Предельная величина такого повышения законом не ограничена. Однако в 2014 г. фактические расходы на ведение дела СМО составили 1,4 %<sup>8</sup>, т.е. в сравнении с перечисленными по нормативу средствами увеличились всего лишь на дополнительные 0,3 %. Данное соотношение свидетельствует об ограниченных возможностях самих СМО в увеличении таким образом объема собственных средств, а в целом позволяет говорить о недофинансировании в системе ОМС деятельности по контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных. Имеет место парадокс. Страховые медицинские организации призваны выполнять свои функции в интересах застрахованных граждан на возмездной некоммерческой основе, повышая качество “страхового продукта”, при этом конкури-

руя друг с другом. Однако ставить цель максимизации своей прибыли, как частные компании, они не могут. Такое положение приводит к тому, что развитие эффективных форм деятельности и конкуренция СМО зачастую подменяется борьбой за величину процента на ведение дела в законодательных органах субъектов Российской Федерации<sup>9</sup>.

Управление страховыми рисками в системе ОМС осуществляется посредством оптимизации потока пациентов и медицинских технологий по экономическим и медико-социальным критериям. Это является основной задачей страхователя и страховщика, реализующих “страховой интерес”<sup>10</sup>. В качестве основного элемента данного механизма Законом определено применение стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Однако использование страховщиком данного инструмента контроля объема и качества медицинской помощи до настоящего времени не имеет широкой практики ввиду отсутствия необходимого нормативного и методического обеспечения. В этом отношении показательным является то, как в Законе “Об основах охраны здоровья в Российской Федерации” определены способы и формы контроля качества медицинской помощи. В ст. 87 Закона приведен перечень путей контроля качества и безопасности медицинской деятельности, среди которых указан единственный вариант непосредственного контроля, а именно: путем соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями. В этой же статье определен исчерпывающий перечень форм контроля: государственный контроль, ведомственный контроль, внутренний контроль. В свою очередь, каждая из этих форм контроля раскрывается в отдельной статье закона (ст. 88, 89, 90) с указанием организаций и органов государственной власти, чья деятельность реализует соответствующую форму контроля. Однако деятельность СМО и фондов ОМС оказалась не предусмотренной ни в одной из трех определенных Законом форм, фактически выпала из установленной структуры контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Данное обстоятельство подчеркивает концептуальную противоречивость законодательной базы здравоохранения и существенно ослабляет правовое положение такого экономического агента системы ОМС, как страховая медицинская организация.

Эффективное расходование средств на создание качественного общественного продукта в здравоохранении отвечает интересам общества и госу-

дарства. Вместе с тем наряду с дефицитом финансовых ресурсов слабость институтов обязательного медицинского страхования является препятствием для применения на практике действенных финансовых методов и рычагов управления системой здравоохранения.

Существующая в России модель ОМС смешанного типа в принципе соответствует реалиям российской социально-экономической системы. Наличие противоречий в этой системе – объективное явление, требующее скрупулезного исследования. С одной стороны, мы имеем дело с экономическими интересами, с другой стороны, экономической модель отражена в нормах права. Сближение правовых норм и экономических отношений – процесс длительный, трудоемкий и последовательный, требующий совместных усилий представителей экономической и правовой науки и практики. Совершенствование и развитие институтов обязательного медицинского страхования является необходимым условием обеспечения баланса интересов участников ОМС и концептуальной основой разработки как экономического механизма, так и нормативно-правовой базы ОМС.

<sup>1</sup> Основные направления бюджетной политики на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов (проект) // Сайт Министерства финансов Российской Федерации. URL: [http://www.minfin.ru/ru/document/?id\\_4=64713](http://www.minfin.ru/ru/document/?id_4=64713).

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> См.: *Комаров Ю.М.* Реквием по ОМС // *Медицинский вестник*. 2013. □ 28. С. 7-15; *Панурин В.Н., Шмыкова И.И.* Проблемы экономического и правового регулирования отношений участников системы обязательного страхования // *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2014. □ 2. С. 98-103; *Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение России: мифы, реальность, решения. URL: <http://rusrand.ru/analytics/analyticszdravooхранenie-rossii-mify-realnost-reshenija>.

<sup>5</sup> *Панурин В.Н., Шмыкова И.И.* Указ. соч.

<sup>6</sup> *Панурин В.Н., Савченко И.И.* Целевой подход к анализу экономических интересов участников договора обязательного медицинского страхования // *Вестник Тихоокеанского экономического университета*. 2013. □ 2. С. 79-87.

<sup>7</sup> Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации в 2014 году // Сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/upload/medialibrary/f36/f368a0c7666046ccccf1fab4da44cc05.pdf>.

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> *Панурин В.Н., Шмыкова И.И.* Указ. соч.

<sup>10</sup> *Абрамов В.Ю.* Страхование: теория и практика. Москва, 2007.