

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, ОМС,
финансовая устойчивость системы ОМС, эффективность ОМС

А. П. Архипов, д. э. н.,

генеральный директор СК «Ингосстрах-М»
(e-mail: ingos-m@ingos.ru)

О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования

Здоровье каждого из нас и общества в целом зависит от качества медицинских услуг, которое в немалой степени определяется условиями финансирования здравоохранения. Обязательное медицинское страхование (ОМС) затрагивает самую чувствительную сферу социальных интересов общества — здоровье нации.

Обязательное медицинское страхование занимает особое место в системе социального страхования как в силу массовости охвата (все население страны) и объемов финансирования (второе место после пенсионного страхования — 3,1 % фонда оплаты труда по всем основаниям), так и по способу реализации — через страховые медицинские организации (СМО). Для сравнения: в государственном пенсионном и социальном страховании страховщиками выступают сами фонды — ПФР и ФСС.

В России законодательно установлен страховой принцип финансирования медицинской помощи. В 1993 г. в дополнение к бюджетной системе здравоохранения была создана система ОМС, в результате чего сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения.

В ходе конституционного разделения полномочий и ответственности Федерации и регионов произошел постепенный перенос тяжести ответственности за финансирование здравоохранения на уровень регионов и даже муниципалитетов, что неизбежно привело к значительным нормативным и финансовым различиям в обеспеченности граждан бесплатной медицинской помощью по программам ОМС в субъектах РФ. Они усугубляются разной потребностью жителей страны в медицинской помощи в связи с природной и экологической обстановкой в регионах и ее случайными годовыми и сезонными изменениями. Ответственность региональных властей за исполнение своих социальных обязательств по финансированию системы ОМС в полном объеме контролируется недостаточно.

Включение финансовых средств ОМС в бюджетную классификацию означало постепенный отход от страховых принципов и возврат к планово-распределительной системе. В результате возросли риски возникновения дефицита финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в сфере здравоохранения. Действующая сегодня в системе ОМС оплата медицинской помощи преимущественно по числу посещений поликлиники и койко-дням не мотивирует врачей к развитию ресурсосберегающих медицинских технологий, что приводит к риску неконтролируемого роста расходов на медицинскую помощь. Сочетание этого риска с колебаниями уровня заболеваемости (потребности в медицинской помощи) во времени и пространстве по территории России и региональными различиями в финансовом обеспечении здравоохранения вызывает опасность исчерпания финансовых ресурсов без достижения значимых для общества

результатов (снижение заболеваемости, повышение продолжительности трудоспособной и активной жизни граждан).

Все названное обуславливает необходимость совершенствования системы ОМС. Дискутируются различные подходы, которые можно свести к двум принципиально противоположным моделям: возврат к бюджетно-распределительной модели финансирования здравоохранения или сохранение бюджетно-страховой модели с усилением в ней страховых принципов.

Таблица

**Сравнительный анализ моделей
финансирования медицинских организаций**

Показатели	Бюджетно-распределительная модель	Бюджетно-страховая модель
Метод планирования расходов	По потребностям медицинских организаций с учетом общих ограничений бюджета	По потребностям в медицинской помощи застрахованным с учетом общих ограничений бюджета
Метод финансирования	По статьям расходов медицинской организации в пределах сметы (деньги идут за расходами медицинских организаций)	За конкретную медицинскую помощь застрахованным по медицинским тарифам (деньги идут за пациентом)
Финансирование резервных мощностей медицинских организаций	Обеспечивается за счет финансирования всех расходных статей медицинской организации	Затруднено за счет ограничения статей расходов медицинской организации, включенных в медицинский тариф
Учет случайных колебаний заболеваемости	Ограничен вследствие длительного времени пересмотра смет финансирования медицинских организаций	Оперативное использование средств страховых резервов (расход или накопление)
Мотивация к экономии ресурсов	Мотивируется руководство медицинской организации путем финансового контроля плановых расходов и премирования при экономии	Мотивируется весь коллектив медицинской организации за счет персонифицированного финансового и медицинского контроля медицинской помощи каждому застрахованному
Реализация и защита прав застрахованных	На усмотрение медицинской организации, может включаться в плановые показатели для оценки работы медицинских организаций и учитывается усредненно	Одна из основных задач медицинских страховщиков. Реализуется путем персонифицированного контроля качества медицинской помощи застрахованному
Расходы на эксплуатацию моделей (в доле объемов финансирования, %)	До 4,0-4,5 % (при включении расходов на медицинскую экспертизу)	До 4,5 %, включая расходы ТФОМС ¹ и медицинских страховщиков

Бюджетно-распределительная модель логично вписывается в схему управления бюджетными ресурсами, привычна для региональных органов управления здравоохранением и легко контролируется. Однако она не учитывает случайные колебания уровня заболеваемости и не позволяет оперативно маневрировать финансовыми резервами для покрытия случайных, но неизбежных отклонений от запланированных величин, особенно при казначейском исполнении бюджетов. В такой модели финансируются сметные расходы медицинских организаций, а не лечение конкретных граждан. Поэтому возврат к ней закрепит существующие региональные дефициты финансирования здравоохранения без заметной экономии средств на содержание управленческого аппарата. А главное – снизится защищенность граждан.

Финансирование медицинских учреждений через персонифицированную оплату медицинской помощи по каждому застрахованному реально защищает права граждан

¹ Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

в системе здравоохранения, но лишь условно может считаться страховой деятельностью, поскольку работающие в ней страховщики ограничены в исполнении своей главной функции — управлении рисками. В законе «О медицинском страховании граждан в РФ» страховая деятельность в ОМС описана лишь требованиями к страховщикам осуществлять ее на некоммерческой основе и создавать резервные фонды (страховые резервы). Приказ Федерального фонда ОМС от 31.08.07 № 181 рекомендует территориальным фондам ОМС устанавливать для страховщиков единые нормативы финансовых резервов, однако это не исполняется. В результате в России сложилась не единая модель ОМС, а набор слабо связанных между собой региональных моделей, что препятствует использованию страховых принципов для управления рисками и не обеспечивает конституционное право гражданина на охрану своего здоровья независимо от места жительства (ст. 19 Конституции) в полном объеме.

Для совершенствования системы ОМС за счет управления возникающими в ней финансовыми рисками, по нашему мнению, необходимо развить заложенные в законе РФ о медицинском страховании граждан страховые принципы и последовательно применять их на практике.

В ОМС целесообразно дифференцировать понятие страхового случая:

- страховой случай — возникновение у застрахованного необходимости получения медицинской помощи;
- признанный страховой случай — оказанная застрахованному медицинская помощь в рамках программы ОМС, принятая страховщиком к оплате после проверки обоснованности ее оказания и соответствия медико-экономическим стандартам (МЭС) или иным показателям ее качества;
- урегулированный страховой случай — оплаченное страховщиком получение застрахованным показанной по состоянию его здоровья медицинской помощи по согласованным медицинским тарифам в рамках программы ОМС.

Разделение понятий «страховой случай» и «признанный страховой случай» связано с двумя источниками финансирования здравоохранения — из средств ОМС по программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и по некоторым заболеваниям — из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ.

В медицинском страховании действуют два вида тарифов: страховые тарифы как плата СМО (страховщикам) за страховые услуги и тарифы медицинской помощи, оказанной застрахованным (медицинские тарифы).

Риск нехватки средств на выполнение территориальной программы ОМС вследствие случайных сезонных и годовых колебаний уровня заболеваемости является типично страховым, и международная практика медицинского страхования доказала успешность управления такими рисками. Можно предложить следующий алгоритм управления, основанный на использовании медицинской статистики для тарификации и формирования страховых резервов.

Расчет страховых тарифов в ОМС. Осуществляется на основе средней прогнозируемой обращаемости (заболеваемости) жителей территории РФ за медицинской помощью по видам помощи, предусмотренным программой ОМС. Прогнозируется объем финансирования программы ОМС из всех источников. Суммарная прогнозная стоимость программы ОМС является **ограничивающим условием** для расчета страховых и медицинских тарифов. Исходя из нее, рассчитывается средний дифференцированный (по полу и возрасту) подушевой норматив финансирования программы ОМС в расчете на одного жителя территории и дифференцированные медицинские тарифы по видам медицинской помощи и категориям медицинских организаций.

Финансирование страховых медицинских организаций. Объемы медицинской помощи и их стоимость по страховым тарифам, планируемые на предстоящий год по территориальной программе ОМС, доводятся до каждого страховщика, действующего на данной территории, исходя из количества и половозрастной структуры застрахованных им граждан. Страховщик получает средства (страховую премию) из территориального фонда ОМС в соответствии с договором финансирования с установленной периодичностью, обычно ежемесячно.

До каждого медицинского учреждения доводятся предельные значения планируемых объемов медицинской помощи в натуральном выражении (количество обращений за медицинской помощью — **лимиты госзаказа**) исходя из общего объема медицинской помощи по данному профилю и пропускной способности учреждения.

Формирование страховых резервов из платежей ТФОМС. Из полученных страховых премий медицинские страховщики формируют страховые резервы в соответствии с вновь установленными Федеральным фондом ОМС нормативами.

Использование средств страховых резервов. Оплата медицинской помощи по признанным страховым случаям в пределах лимита госзаказа производится из средств РОМУ (резерва оплаты медицинских услуг) по медицинским тарифам за фактический объем оказанной застрахованному медицинской помощи, необходимой по медицинским показаниям. В случае превышения медицинским учреждением лимита страховщик проводит экспертизу всех страховых случаев сверх лимита и признанные страховые случаи оказания экстренной и необходимой по жизненным показаниям медицинской помощи оплачивает по медицинским тарифам из средств консолидированного запасного резерва.

Плановая (не срочная) медицинская помощь, соответствующая показателям качества, оказанная сверх лимита госзаказа, признается страховым случаем, но оплачивается из запасного резерва по медицинским тарифам с понижающим коэффициентом.

Неизрасходованная в течение планируемого периода часть средств РОМУ направляется в запасной резерв. Незрасходованные средства запасного резерва накапливаются у страховщика. Часть средств направляется в РФПМ (резерв финансирования предупредительных мероприятий), из которого финансируются мероприятия по снижению заболеваемости и развитию ресурсосберегающих медицинских технологий.

Оплата медицинской помощи при урегулировании страховых случаев. Для поддержания баланса между поликлинической и стационарной медицинской помощью в целях минимизации расходов на исполнение программы ОМС предлагается система повышающих и понижающих коэффициентов к тарифам медицинской помощи (система бонус-малус):

— на основе рекомендаций медицинских стандартов и медицинской статистики на планируемый период устанавливается необходимое соотношение между поликлинической и стационарной помощью по основным видам медицинской помощи в натуральном выражении с учетом половозрастной структуры застрахованных;

— при обеспечении этого соотношения страховщик оплачивает медицинскую помощь по медицинским тарифам;

— при сокращении объемов стационарной помощи (если при этом обеспечивается надлежащее качество лечения) услуги стационара или поликлиники оплачиваются по медицинским тарифам с повышающим коэффициентом в пределах фактической экономии расходов относительно планируемых показателей;

— при увеличении объемов стационарной помощи услуги стационара или поликлиники (в зависимости от наличия подтвержденной экспертизой вины) оплачиваются с понижающим коэффициентом в пределах превышения расходов относительно планируемых показателей.

Создание гарантийного резерва. Необходимость возмездного использования собственных средств страховых медицинских организаций для оплаты медицинской помощи при временной нехватке средств у территориального фонда ОМС (кассовые разрывы) периодически возникает на практике, однако такая ситуация в нормативных документах не урегулирована. Поэтому в дополнение к страховым резервам предлагается формирование страховщиками гарантийного резерва из части собственных средств.

Расходы средств гарантийного резерва на оплату медицинской помощи по признанным страховым случаям возмещаются страховщику из средств территориальных программ ОМС в следующем планируемом периоде.

Предлагаемые изменения в управлении финансами страховых медицинских организаций отвечают интересам всех участников: они повысят финансовую устойчивость системы ОМС и в то же время не будут ограничивать граждан в выборе медицинского страховщика и медицинской организации.