

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Проанализировано изменение законодательных актов, регулирующих систему обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Обозначены основные изменения, вносимые новым законом об обязательном медицинском страховании. На материалах Республиканского фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан проведен анализ состояния системы и сделаны выводы о степени ее развития.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, подушевой норматив, модернизация здравоохранения, одноканальное финансирование.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам России равные возможности получения медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях соответствующих программ.

Государственная система медицинского страхования граждан в России порой неспособна обеспечить необходимое качество медицинских услуг. Причиной тому является недостаточность бюджетного финансирования и нерациональное распределение уже имеющихся средств. Для осуществления более доступной медицинской помощи был принят Федеральный закон от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а с 29.11.2010 – №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который вводит новые правила обязательного медицинского страхования. Действующий ранее Закон РФ от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был принят в сложных условиях. Внедрение страхования позволило сохранить систему медицинской помощи населению, предотвратить критическое падение уровня финансирования медицинских учреждений и начать реформирование здравоохранения. Хотя многие положения этого закона не работали, поскольку не были подкреплены необходимым для их реализации материально-техническим состоянием медицинских учреждений и их финансированием. К тому же порядок финансирования медицинских учреждений строил-

ся не на возмещении затрат за уже проведенное лечение, а на предоставлении средств на оказание медицинской помощи. То есть, по сути, применялся бюджетный метод финансирования, при котором лечебные учреждения не были заинтересованы в повышении качества оказываемых услуг.

Предполагается, что новый закон об обязательном медицинском страховании устранил недостатки прежней системы, а именно, даст застрахованным лицам реальные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

Закон №326-ФЗ позволит постепенно, в течение 2012–2014 гг., увеличить финансирование здравоохранения, обеспечить сбалансированность государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь населению с финансовыми обязательствами государства, укрепить материально-техническую базу здравоохранения и в результате повысить доступность и качество медицинской помощи. Лечебные учреждения перейдут на одноканальное финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования. До 2011 года затраты на содержание имущества финансировались за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, а за счет обязательного медицинского страхования осуществлялось финансирование заработной платы, начислений на выплаты по оплате труда, прочие работы, услуги (расходы учреждения по оплате договоров на оказание услуг, проведение анализов другими учреждениями при отсутствии своей лаборатории, организация питания предприятиями при отсутствии своего пищеблока), увеличение стоимости основных средств (расходы на приобретение медицинского инстру-

ментария со сроком службы более 12 месяцев), увеличение стоимости материальных запасов (расходы на приобретение медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария со сроком службы до 12 месяцев, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды, мягкого инвентаря и обмундирования, продуктов питания, спецпитание и прочие лечебные расходы). Данное изменение облегчит лечебным учреждениям планирование и расходование финансовых средств. Еще одно нововведение – это единый полис обязательного медицинского страхования, который будет действовать на всей территории России. Данный полис должен будет содержать электронное приложение, что позволит облегчить персонифицированный учет и ведение единой базы застрахованных граждан России. Также новый закон позволяет гражданам выбирать медицинскую и страховую организацию, не чаще одного раза в год. Только не стоит надеяться, что от выбора страховой организации зависит количество медицинских услуг – во всех компаниях они будут едины. Все страховые компании будут иметь договоры со всеми клиниками системы обязательного медицинского страхования.

Данные реформы в системе обязательного медицинского страхования также затронут и Республику Башкортостан. Поэтому как республика сможет себя подготовить к данным изменениям, от этого и будет зависеть успешность вносимых изменений.

Оплата оказанной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в 2010 году осуществлялась в соответствии с объемными нормативами оказания медицинской помощи, утвержденными постановлением Правительства Республики Башкортостан «Программа государственных гарантий оказания гражданам в Республике Башкортостан бесплатной медицинской помощи», Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан и решениями Республиканской комиссии по согласованию тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан.

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (круглосуточные стационары, дневные стационары, амбулаторно-поликлинические учреждения) осуществляется по страховому принципу (законченный случай лечения в стационарах и врачебные посещения в амбулаторно-поликлинических учреждениях).

Динамика доходов Республиканского фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан (далее РФОМС РБ) меняется незначительно, лишь в структуре присутствуют некоторые изменения (табл. 1).

Таблица 1. Динамика доходов Республиканского фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в 2008–2010 гг. (млн руб.)

Доходы РФОМС РБ	2008		2009		2010	
	млн руб.	удельное соотношение, %	млн руб.	удельное соотношение, %	млн руб.	удельное соотношение, %
ВСЕГО	12354,80	100,0	12742,40	100,0	12612,70	100,0
в том числе:						
Страховые взносы на ОМС неработающего населения, передаваемые бюджетом РБ бюджету РФОМС РБ на ОМС неработающего населения	5188,20	42,0	6147,10	48,2	6156,30	48,8
Безвозмездные поступления из бюджета ФФОМС	3614,30	29,3	3040,10	23,9	1861,10	14,8
Налоговые поступления	3388,50	27,4	3292,60	25,8	3693,20	29,3
Прочие поступления	163,80	1,3	262,60	2,1	291,40	2,3
Средства бюджета РБ, передаваемые бюджету РФОМС РБ на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи согласно постановлению Правительства РФ №1110	–	–	–	–	610,70	4,8

Основная доля дохода приходится на страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, передаваемые бюджетом Республики Башкортостан бюджету РФОМС РБ на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Они рассчитываются произведением численности неработающих застрахованных по обязательному медицинскому страхованию населения по состоянию на начало года и подушевого норматива утвержденного постановлением Правительства РФ. Нельзя не отметить, что удельный вес данного вида дохода растет с каждым годом. Это свидетельствует о том, что доля неработающих граждан в Республике Башкортостан растет и их число приближается к числу работающих. Данный социальный показатель отрицательно сказывается на экономике региона.

По итогам 2010 года финансирование программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан составило 12 133,0 млн руб., что на 2,4% больше показателя предыдущего года (2009 год – 11 848,0 млн руб.), и на 16,1% больше показателя 2008 года (рис. 1).

Рост объема финансирования связан с увеличением стоимости подушевого норматива.

Подушевой норматив финансирования Программы обязательного медицинского страхования на 2010 год установлен в размере 2926,7 руб. на одного жителя в год. По итогам финансирования в 2010 году размер подушевого финансирования составил 2984 руб., что на 2,2% или на 63,8 рублей больше показателя 2009 года (см. рис. 2).

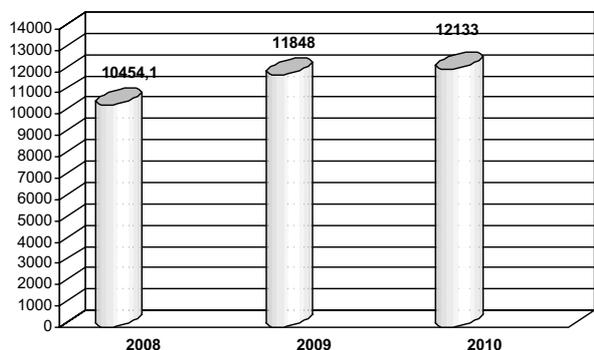


Рисунок 1. Динамика роста стоимости Республиканской программы обязательного медицинского страхования РБ за 2008–2010 гг. (млн руб.) [1]

Общая сумма расходов фонда обязательного медицинского страхования в 2010 году составила 12 853,1 млн рублей или 99,5% от утвержденной суммы. Данная сумма сложилась из расходов на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования (12 133,0 млн руб.) и расходов на финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье» (720,1 млн руб.).

В 2010 году освоены федеральные средства, выделенные фонду обязательного медицинского страхования в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в сумме 720,1 млн руб., в том числе:

- расходы на денежные выплаты врачам и медицинским сестрам первичного звена, подлежащим включению в Федеральный регистр медицинских работников – 610,7 млн руб.;
- расходы на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан – 86,7 млн руб.;
- расходы на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации – 22,7 млн руб. [1].

Нельзя не отметить, что финансирование программы обязательного медицинского страхования с каждым годом растет. Согласно новому закону об обязательном медицинском страховании с 1 января 2011 года запускаются региональные программы модернизации здравоохранения. Финансирование программы осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта

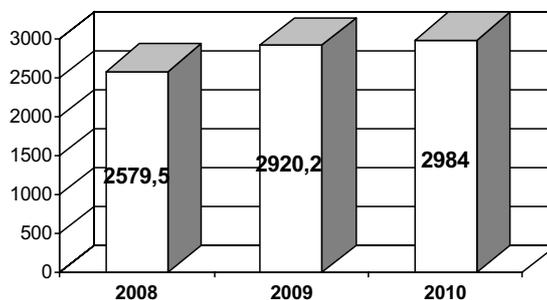


Рисунок 2. Динамика финансового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования в расчете на 1 жителя РБ в 2008–2010 гг. (руб.) [1].

в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», от средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов. Согласно данной программе регионы Российской Федерации в 2011–2012 гг. получают дополнительно 2 200 000,0 млн рублей, при этом часть из них за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования [3]. В первый год реализации планируется израсходовать 658 000,0 млн рублей. Республика Башкортостан так же участвует в программе модернизации здравоохранения. Планируемые расходы на реализацию данной программы в 2011 году составляют 10 000,0 млн рублей.

Программа модернизации здравоохранения Республики Башкортостан на 2011–2012 гг.

представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в Республике Башкортостан [3].

В силу планируемых изменений ожидается оснащение новым и современным медицинским оборудованием, введение новых стандартов оказания медицинской помощи. Появятся дополнительные возможности для увеличения заработных плат медицинских работников [2].

Таким образом, реформирование системы обязательного медицинского страхования является составной частью реформы здравоохранения в Российской Федерации. Есть надежда, что принятое законодательство, являющееся первым шагом, активно разовьет движение в сторону эффективной системы здравоохранения и приведет к позитивным результатам в демографическом развитии Республики Башкортостан.

28.06.2011

Список литературы:

1. Аналитические и статистические материалы за 2010 год / Под ред. исполнительного директора Республиканского фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан Меньшикова А.М. – Уфа, 2011.
2. Выступление Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина на видеоконференции по программам модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации Северо-Западного федерального округа на 2011–2012 годы // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2011. – №1. – С. 4–7.
3. Программа модернизации здравоохранения Республики Башкортостан на 2011–2012 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mzrb.bashmed.ru/content/view/1420/42/>

Сведения об авторах:

Яруллин Рауль Рафаэлович, профессор кафедры финансов и налогообложения Башкирского государственного университета, доктор экономических наук, профессор

Газизов Б.Б., аспирант кафедры финансов и налогообложения Башкирского государственного университета

450076, г. Уфа, ул. Заки Валиди, 32, e-mail: vahelis@rambler.ru

UDC 364:368.4

Yarullin R.R., Gazizov B.B.

Bashkir state university

E-mail: rector@bsu.bashedu.ru

COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM REFORMING IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

All the revisions of the acts of law that regulate the compulsory health insurance system in the Russian Federation have been analyzed. Principle changes that have been made to the Law of compulsory health insurance have been taken into consideration. Using the materials of the Republican Fund of Compulsory health insurance in the Republic of Bashkortostan, the analysis of system state have been made, the conclusions on its development have been made.

Key words: compulsory medical insurance, per capita standard, health care system modernization, single-channel funding.