

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ И МОДЕРНИЗАЦИИ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТА
СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РФ**

Л.В. АЛУЯН¹, И.В. МАЛЕВА²

¹ *Кубанский государственный технологический университет,
350072, Российская Федерация, г. Краснодар, ул. Московская, 2;*

² *ООО «АльфаСтрахование – ОМС» Краснодарский филиал «Сибирь»
350000, Российская Федерация, г. Краснодар, ул. Одесская, 48, оф. 250
электронная почта: aluyan@mail.ru*

Статья посвящена выявлению сущности медицинского страхования, его роли и значения в обеспечении страховой защиты населения РФ, определению проблем, возникающих в организации обязательного медицинского страхования (ОМС) в современных условиях. Рассматриваемые проблемы становятся еще более актуальными, в том числе, с учетом влияния кризиса, связанного с девальвацией национальной валюты и санкциями западных стран и США. Авторами приведено определение медицинского страхования, выделены его формы, выявлены основные проблемы, свойственные обязательному медицинскому страхованию на современном этапе его развития, определены основные факторы, усиливающие последствия влияния возникающих проблем на возможности развития ОМС. На основе проведенного анализа и выявленных причин, тормозящих развитие ОМС, предложены основные направления модернизации обязательного медицинского страхования. Данные рекомендации связаны как с совершенствованием организационных основ обеспечения страховой защиты населения РФ, так и с модернизацией финансовых потоков, обеспечивающих эту защиту. Научно-теоретические основы исследования – труды, посвященные проблемам обеспечения страховой защиты граждан на основе совершенствования обязательного медицинского страхования, оценки экономической эффективности деятельности субъектов, в нем участвующих, а также законодательные акты, формирующие правовую основу организации и реализации обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: страхование, страховая защита, медицинское страхование, федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования, страховой тариф, модернизация обязательного медицинского страхования, технология управления, эффективное развитие.

Уровень социально-экономического развития Российской Федерации на современном этапе во многом зависит от ряда внешних и внутренних факторов как экономического, так и политического характера. К числу внешних факторов, прежде всего, относятся процессы снижения мировых цен на энергоносители, которые влекут за собой изменение курса национальной валюты, воздействия санкций по отношению к России со стороны западных

стран и США. К внутренним факторам можно отнести очень медленные темпы реструктуризации нашей экономики и переориентирование ее с сырьевого направления развития на более глубокую промышленную диверсификацию, которые позволили бы иметь более высокие темпы развития различных отраслей промышленного производства, позволяющего наращивать добавленную стоимость и обеспечить импортозамещение в более короткие сроки.

Однако, несмотря на некоторое осложнение социально-экономического положения в стране, Правительство РФ пообещало ни в коей мере не снижать уровень жизни граждан, темпы внедрения Национальных проектов, направленных на социальную защиту населения, обеспечение достойного уровня здравоохранения, пенсионного обеспечения и т.д.

Особая роль в достижении поставленных целей отводится медицинскому страхованию, так как именно оно позволяет в условиях снижения реальных доходов населения стать приоритетным направлением социальной политики государства, позволяющим обеспечить страховую защиту населения РФ.

Медицинское страхование представляет собой систему защиты здоровья и социального обеспечения, дающей гарантию всем гражданам РФ квалифицированной медицинской помощи, независимо от их социального положения и уровня доходов, в объемах и на условиях соответствующих программ.

При этом выделяют две формы медицинского страхования – обязательную и добровольную.

История современного обязательного медицинского страхования в России начинается 28 июня 1991 года, когда был принят Закон РСФСР №1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [1]. Законом предусматривалось создание двух фондов: Фонда обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций (далее - СМО), образуемого за счет средств, получаемых от страховых взносов страхователей, и Государственного внебюджетного Фонда здравоохранения

органов государственной исполнительной власти, формируемого за счет поступлений прочих средств. Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в РФ проходило в несколько этапов, последний из которых - принятие Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г. - стал новым этапом в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране.

По первому варианту Закона страхователи (работодатели и территориальные органы государственного управления) должны были вносить страховые взносы напрямую в СМО, а страховщики - возмещать медицинским учреждениям стоимость оказанных застрахованным медицинскими услугами. В первоначальном варианте закона размер страхового взноса на работающее население колебался по регионам от 6% до 13% от фонда оплаты труда.

25 декабря 1992 г. принимается Закон РФ № 4230-1 «О страховых тарифах взносов в Фонд социального страхования РФ, в Государственный фонд занятости населения РФ и на обязательное медицинское страхование граждан на первый квартал 1993 года», который установил ставку страхового взноса на обязательное медицинское страхование в размере 3,6% от фонда оплаты труда. Такая ставка сохранилась до 2005 года, когда в целях снижения давления на предпринимателей была снижена.

Постановление Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 года «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» определило государственные структуры, ответственные за финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. В Постановлении содержались положения о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и Территориальных фондах обязательного медицинского страхования (ТФОМС), о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный (0,2%) и территориальные (3,4%) фонды, разрешение ТФОМС временно в 1993 году осуществлять обязательное

медицинское страхование граждан, если на данной территории еще нет страховых медицинских организаций.

27 мая 1993 года Распоряжением Правительства Российской Федерации был создан ФФОМС, а в субъектах Федерации - ТФОМС.

В результате более чем двадцатилетнего функционирования системы ОМС в России так и не появилось единого организационного и финансового механизма проведения медицинского страхования, сложилась не единая модель ОМС, а несколько региональных моделей ОМС, что препятствует использованию страховых принципов для управления рисками, хотя модель финансирования и называется бюджетно-страховой. В различных субъектах Российской Федерации до недавнего времени функционировали четыре различных схемы ОМС.

Первая схема сочетает в себе и бюджетные, и страховые принципы. В данной схеме взаимодействуют все законодательно предусмотренные участники системы обязательного медицинского страхования: ТФОМС, филиалы ТФОМС, филиалы с правами страховщиков, СМО и филиалы СМО.

Вторая схема основана на страховом принципе. В этой схеме функционируют: ТФОМС, филиалы ТФОМС, что очень важно, без прав страховщика, а также СМО и филиалы СМО.

Третья схема, так же, как вторая схема, основывается на страховом принципе деятельности по обязательному медицинскому страхованию. В ней используются ТФОМС, СМО и филиалы СМО.

Четвертая схема, которую можно охарактеризовать как бюджетную, действует без участия СМО. В ней действуют только ТФОМС и его филиалы.

Каждая схема распространена в приблизительно одинаковом количестве регионов, в каждом случае чуть больше двадцати. И хотя законодательством установлено, что порядок, при котором страховщиками по обязательному медицинскому страхованию могут выступать государственные ТФОМС, временный, вплоть до открытия в регионах СМО, ныне в каждом субъекте

Федерации СМО уже есть, а изменить государственную схему все никак не удается.

Национальные проекты по охране здоровья населения в создавшихся условиях требуют безусловной модернизации 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.

Прежде всего, особое внимание необходимо уделить модернизации механизма формирования и перераспределения Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Важнейшим нормативным правовым актом, позволяющим модернизировать обязательное медицинское страхование, является Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон ФЗ №326) [2].

Закон ФЗ №326 устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определяет средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и закладывает новые основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. В качестве субъектов и участников обязательного медицинского страхования Законом ФЗ №326 определены застрахованное лицо (гражданин), страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

После внедрения оговоренного Закона в Российской Федерации созданы как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования. В результате присоединения Крыма к России к ним добавились соответствующие подразделения ТФОМС в Республике Крым и в городе федерального подчинения Севастополе.

В настоящее время в сфере обязательного медицинского страхования принимают участие более 8 059 медицинских организаций. [3]

Для того чтобы обоснованно вести речь о дальнейшей модернизации медицинского страхования, необходимо четко выявить те проблемы, которые на сегодняшний день присущи России[4]. К их числу можно отнести следующие:

- недостаточное финансирование исследуемой сферы;
- отсутствие единой системы стандартов и контроля качества оказания медицинской помощи;
- отсутствие персонифицированного учета;
- не определены четко фиксированные размеры взносов на ОМС неработающего населения;
- отсутствие реальных критериев выбора страхователями страховой медицинской организации,
- нереализованность принципов конкуренции, заложенных в механизме ОМС;
- вовлеченность субъектов ОМС в реализацию отношений, не связанных с перераспределением средств страховых фондов;
- использование средств ОМС не по прямому назначению;
- наличие большого числа участников в перераспределении ресурсов системы ОМС;
- налоговый характер формирования ресурсов системы ОМС;

- отсутствие реальных критериев выбора застрахованными лицами медицинских организаций и другие [5].

По разным оценкам, объемы недофинансирования составляют до половины от имеющихся на сегодняшний день ресурсов.

Однако проблему недофинансирования необходимо рассматривать комплексно. Так, на наш взгляд, необходимо изменить некоторые положения ФЗ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Прежде всего, должен измениться объект медицинского страхования. Действующий закон не определяет объект ОМС, и приравнивает его к объекту ДМС. Таким образом в экономической литературе объектом считаются затраты на оказание медицинской помощи, затраты, связанные с заболеванием. Для усиления страховых принципов медицинского страхования следует признать объектом имущественные интересы, связанные со здоровьем, а также сделать акцент на усиление действия превентивной функции медицинского страхования (профилактика заболеваний). В этом случае можно избежать увеличения объемов финансирования.

К следствиям проблемы недофинансирования здравоохранения можно отнести:

- фактическую декларативность конституционных гарантий бесплатной медицинской помощи в связи с несбалансированностью государственных обязательств и финансовых возможностей по их реализации;

- значительную долю легальной и теневой оплаты медицинских услуг населением, составляющую, по разным оценкам, 25-50% совокупных расходов государства и населения на здравоохранение;

- увеличение затрат на здравоохранение, рост стоимости медицинских услуг, что обостряет проблему экономической эффективности использования ресурсов в здравоохранении;

- низкую эффективность использования имеющихся в здравоохранении ресурсов;

- крайне высокую изношенность имеющегося в лечебно-профилактических учреждениях медицинского оборудования;
- существенное повышение стоимости лекарственных средств вследствие инфляционных процессов, вызванных девальвацией национальной валюты;
- недостаток лекарственных препаратов зарубежного производства, вызванный установленными санкциями западных стран и США;
- слабые стимулы к труду медицинских работников и др. [5]

По нашему мнению, вышеперечисленные проблемы системы ОМС вытекают из того, что ОМС осуществляется на основе принципа финансирования, а не на основе принципов рискованного страхования.

Еще одной проблемой является налоговый характер формирования ресурсов системы ОМС. Замена единого социального налога на страховой взнос с 2010 г. и установление нового порядка администрирования страховых взносов во внебюджетные фонды не изменили экономической сущности этого платежа. В нем, по-прежнему, отсутствует рискованная составляющая.

Главная проблема системы здравоохранения на современном этапе - неопределенность роли государства, прав и обязанностей врачей и пациентов. Не описан объем публичных обязательств государства по отношению к застрахованным гражданам. Именно поэтому наши сограждане, посещая лечебные учреждения, чувствуют в них себя незащищенными, страдают от поборов и засилья платных услуг [4].

Тарифные ставки для страховых взносов на ОМС, зачисляемые в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, претерпели определенные изменения. Для достижения принципа предоставления медицинской помощи определенного уровня и объема, обеспеченной конкретным целевым источником финансирования, государство пошло по пути увеличения тарифа на ОМС с 3,1% до 5,1%.

За время существования системы ОМС остается неразрешенной проблема перечисления взносов на ОМС неработающего населения субъектами РФ.

Финансовой системе ОМС будут обеспечены «автономность и устойчивость», прежде всего, за счет ввода обязательных платежей субъектов федерации за неработающее население. По новому закону тариф страхового взноса на ОМС за неработающее население будет устанавливаться ежегодно на три года с учетом инфляции.

Вопросы совершенствования и доступности медицинской помощи населению приобрели в последнее время особое значение. Назрела необходимость модернизации обязательного медицинского страхования, требуется принятие неотложных мер по обеспечению населения Российской Федерации равнодоступной и качественной медицинской помощью.

Анализ финансовой устойчивости территориальных программ государственных гарантий показывает, что сохраняются резкие различия в уровне фактического среднедушевого финансирования в различных субъектах Российской Федерации. По данным, приведенным в проекте концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 г., фактические значения подушевых нормативов финансирования территориальных программ государственных гарантий колеблются от 1 723 р. в Республике Ингушетия до 26 918 р. в Чукотском автономном округе. В условиях кризиса это может привести к разбалансировке финансового обеспечения системы здравоохранения [4].

Новый закон об обязательном медицинском страховании. предполагает лишь некоторые территориальные ограничения на общероссийскую применимость полиса ОМС, уравнивает в правах на деньги ОМС частную и государственную медицину, делает страховые компании лишь посредниками в работе фонда ОМС. Закон также декларирует объединение всех услуг здравоохранения в страховой системе к 2015 г., но гарантий сбалансированности системы ОМС не содержит.

Российский и международный опыт подтверждает, что введение страховых механизмов обязательного медицинского страхования должно

обеспечить изменение принципов организации финансирования здравоохранения.

Исследуя теоретические пути совершенствования финансовой системы обязательного медицинского страхования, можно сделать следующие выводы:

- неуправляемые масштабы платности медицинской помощи, связанные с этим потери для населения и государства диктует необходимость пересмотра системы государственных гарантий в здравоохранении. Необходимо искать более рациональные варианты привлечения средств населения в систему здравоохранения;

- государственное регулирование объемов и цен на платные услуги, при всей его важности, не решает проблемы обеспечения доступности медицинской помощи для наиболее нуждающейся части населения и поэтому может рассматриваться только на среднесрочную перспективу (3 - 5 лет). В более долгосрочном плане целесообразно взять курс на оказание платных услуг преимущественно в сети частных медицинских организаций;

- более перспективным представляются привлечения личных средств населения через механизм соплатежей в момент получения медицинских услуг и через участие работающих граждан в финансировании системы обязательного медицинского страхования. Но даже при реализации этих стратегии сохраняется необходимость более четкого определения границы между платной и бесплатной медицинской помощью.

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в период 2011-2013 годов было предусмотрено направление в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере 460 млрд. рублей на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений здравоохранения,

оказывающих медицинскую помощь (далее - программы модернизации здравоохранения).[2]

Указанные средства формировались в соответствии с Федеральным законом от 24.06.2009 №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» за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования от средств страховых взносов в размере два процентных пункта.

Средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, по нашему мнению, должны направляться на совершенствование оказания медицинской помощи, входящей в базовую программу обязательного медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования, на следующие цели:

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе строительство, реконструкция объектов капитального строительства и (или) их этапы, обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение

телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе, предоставляемой врачами-специалистами.[6]

Приказ Минздравсоцразвития (от 28.02.1011) запустил новые правила ОМС в РФ.

Во-первых, лицо с правом на страховку, т.е. совершеннолетнее, может выбрать само страховую компанию (организацию), а несовершеннолетние лица страхуются родителями, дети страхуются в компании-страховщике матери, отца (законного представителя) ребенка. При этом заявление и все необходимые для страхования документы подаются как в письменной, так и в электронной форме (на сайт фонда в регионе или на федеральном портале). Смена медицинского учреждения осуществима лишь один раз (в год, до ноября), при переездах - чаще; если не подано заявление о смене учреждения, гражданин считается застрахованным в «старом».

Во-вторых, гражданам РФ, и иностранцам-резидентам, выдается бессрочный полис, всем остальным (имеющим такое право) – на срок пребывания. Действующий полис регистрируется (в территориальном фонде) в Реестре. Фонды субъектов РФ и страховые учреждения сами определяют перечень лиц, имеющих доступ к личным данным страховемого. Медучреждения из Реестра не смогут выйти до конца года (если их не ликвидируют) из состава учреждений-участников ОМС.

В-третьих, территориальный фонд ежемесячно утверждает все финансовые нормы ОМС (так называемые подушевые нормативы), а сам объем финансирования рассчитывают с учетом 6 возрастных групп, численности страхуемых в данной группе и количества всех учреждений. Информация об оплате расходов по лечению лица, с которым случился несчастный случай на работе, направляется в региональный фонд, но не позже десяти дней в

криптографическом (с ЭЦП) виде, а страховщик информирует фонд о принятых мерах.

В-четвертых, страховое учреждение выделяет необходимые средства по оплате помощи в медучреждение по договору ОМС. В самом договоре ОМС указывают обязательства и штрафные санкции медучреждения при ненадлежащем качестве оказанной помощи. Территориальные фонды сами осуществляют расчеты по каждому застрахованному за пределами территории субъекта РФ, выдавшего страховой полис.

Территориальный фонд проводит контроль счета (в электронном виде) и возмещает средства. Расчет тарифов - по койко-дням, пациенто-дням, посещениям и вызовам, а сама оплата включают зарплату сотрудников, оказывающих медицинские услуги, запасы и амортизацию.

Любое страховое медучреждение должно иметь сайт, на главной его странице - информация о деятельности, включая и финансовую.

Достижение оптимальных результатов по реализации возложенных на ФФОМС функций, выполнения отведенной государству роли социального гаранта, по нашему мнению, может быть обеспечено за счет:

- разработки, согласования и внедрения в практику набора показателей, характеризующих результаты деятельности медицинских учреждений здравоохранения муниципалитета;
- установления нормативных значений этих показателей в целях контроля за повышением качества медицинской помощи;
- введения оценки полноты выполнения «стандарта оказания медицинской помощи» по всем его составляющим;
- проведения анализа удовлетворенности пациента от полученной медицинской помощи;
- на амбулаторно-поликлиническом уровне осуществления ведомственного контроля обоснованности назначения лекарственных средств отдельным категориям граждан, имеющим право на получение социальных

льгот, правильности оформления медицинской документации и выписки рецептов;

- реформирования системы оплаты труда медицинским работникам по конечному результату их деятельности;

- расширения практики заключения трехсторонних договоров (вуз, регион, студент) в целях закрепления молодых специалистов

Система обязательного медицинского страхования - это не застывшая структура, с учетом социально-экономических условий она развивается, модернизируется. Главная цель работы фондов обязательного медицинского страхования - здоровье каждого человека, а значит, и здоровье нации.

Приоритетом программ модернизации здравоохранения установлено совершенствование оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся причинами высокой смертности и определяющих высокий уровень потери трудового потенциала страны (заболевания системы кровообращения, онкологические заболевания, заболевания костно-мышечной системы и осложнения в ходе беременности, родов и в послеродовой период, медицинское сопровождение новорожденных, особенно с низкой и экстремально низкой массой тела, детские заболевания).

В целях обеспечения выполнения перечня поручений Президента Российской Федерации (от 06.12.2010 №Пр-3534) по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 30 ноября 2010 года в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрено не менее 25 процентов средств, совокупно выделяемых на модернизацию здравоохранения в период 2011 - 2015 годов (до 100 млрд. руб.): на развитие медицинской помощи детям и новорожденным, в том числе на оснащение учреждений родовспоможения современным оборудованием для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, развитие неонатальной хирургии, паллиативной помощи детям, а также на обеспечение

проведения начиная с 2011 года углубленной диспансеризации подростков и снижения числа абортотв.

В 2011 - 2015 годах предусмотрена реализация мероприятий программ модернизации федеральных государственных учреждений, которые оказывают медицинскую помощь и полномочия собственника которых осуществляют Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральное медико-биологическое агентство. Разработка и утверждение программ модернизации ФГУ осуществлялась Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Финансовое обеспечение указанных программ предусматривается за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрение современных информационных систем в здравоохранение. Стратегическим направлением модернизации деятельности ФОМС является обеспечение исполнения на территории Российской Федерации Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а также развитие и совершенствование нормативно-методической базы ОМС. Эффективность ОМС как системы во многом зависит от адекватности информационного отражения реальных процессов происходящих в отрасли. Информационное обеспечение системы ОМС направлено, прежде всего, на повышение гибкости, оперативности и прозрачности системы ОМС. Базисом для создания эффективной системы управления ОМС является создание единой интегрированной системы персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, основанной на повсеместном использовании современных информационных технологий в рамках единого информационного пространства ОМС.

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд ОМС:

- осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

- разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

- осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумуляцию финансовых средств Федерального фонда ОМС;

- выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

- осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования; осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок; осуществляет в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

- вносит в установленном порядке предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

- участвует в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан;

- осуществляет сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования, и представляет соответствующие материалы в Правительство Российской Федерации; организует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, подготовку специалистов для системы обязательного медицинского страхования;

- изучает и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

- обеспечивает в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, организацию научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования;

- участвует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования; ежегодно в установленном порядке представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий год и о его исполнении[2].

Таким образом, подводя итог вышеизложенному, можно сделать следующие выводы.

Медицинское страхование требует глубокого изучения условий и методов внедрения данной системы в совокупности с другими социально - политическими и экономическими преобразованиями в нашей стране, что позволит обеспечить надежную страховую защиту граждан нашей страны, гарантировать всем жителям РФ свободную доступную квалифицированную медицинскую помощь, независимо от их социального положения и уровня доходов. Цель фонда обязательного медицинского страхования заключается в том, чтобы гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (диспансеризацию, вакцинацию и др.).

Фонд обязательного медицинского страхования РФ, образованный в соответствии с Законом РФ о медицинском страховании граждан в РФ, является правовой, экономической и организационной основой медицинского страхования, направленного на усиление заинтересованности и ответственности как самого застрахованного, так и государства, предприятия, учреждения, организации в охране здоровья работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-1// Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс]/ Компания «Консультант Плюс».

2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (принят ГД ФС РФ 19.11.2010): Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ// Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс]/ Компания «Консультант Плюс».

3. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов: Федеральный закон от 30.11.2011 № 370-ФЗ//Справочно-правовая система «Консультант Плюс»:[Электронный ресурс]/ Компания «Консультант Плюс».

4. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (принят ГД ФС РФ 23.11.2012): Федеральный закон от 03.12.2012 №217-ФЗ// Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс]/ Компания «Консультант Плюс».

5. Алуян Л.В., Ковалева А.И. Совершенствование медицинского страхования: возможности, перспективы, последствия// Актуальные проблемы развития экономики России: подходы и решения: Коллективная монография/ под ред. проф. М.Б. Щепакина. – Краснодар: Изд. КЦНТИ, 2009. - Т.2. – С. 134-137.

6. Алуян Л.В., Андриевская Д.С. Модернизация системы ОМС: возможности и перспективы// Современное состояние экономики России: проблемы и перспективы: Сборник статей/ под ред. проф. М.Б. Щепакина – Краснодар: Изд. КЦНТИ, 2011. – С. 218-223.

REFERENCES

1. O medicinskom strahovanii grajdan v Rossiyskoy Federacii: zakon Rossiyskoy Federacii ot 28.06.1991 №1499-1// Spravochno-pravovaya sistema «Konsultant Plus»: [Elektronniy resurs]/ Kompaniya «Konsultant Plus»
2. Ob obiazatelnom medicinskom strahovanii v Rossiyskoy Federacii: Federalniy zakon Rossiyskoy Federacii ot 29.11.2010 N 326-FZ// Spravochno-pravovaya sistema «Konsultant Plus»: [Elektronniy resurs]/ Kompaniya «Konsultant Plus»
3. O budgete Federalnogo fonda obiazatelnogo medicinskogo strahovaniya na 2012 god I na planoviy period 2013 i 2014 godov: Federalniy zakon ot 30.11.2011 № 370-FZ// Spravochno-pravovaya sistema «Konsultant Plus»: [Elektronniy resurs]/ Kompaniya «Konsultant Plus»
4. O budgete Federalnogo fonda obiazatelnogo medicinskogo strahovaniya na 2013 god I na planoviy period 2014 i 2015 godov: Federalniy zakon ot 03.12.2012 № 217-FZ// Spravochno-pravovaya sistema «Konsultant Plus»: [Elektronniy resurs]/ Kompaniya «Konsultant Plus»
5. Aluyan L.V., Kovaleva A.I. Soverchenstvovanie medicinskogo strahovaniya: vozmozhnosti, perspektivi, posledstviya // Aktualnie problemi razvitiya ekonomiki Rossii: podhodi i recheniya: Kollektivnaya monografiya/ pod red. prof. M.B.Tchepakina. – Krasnodar: Izd.KCNTI, 2009. – T.2.- S. 134-137.
6. Aluyan L.V., Andrievskaiya D.C. Modernizaciya sistemi OMS: vozmozhnosti i perspektivi// Sovremennoe sostoyanie ekonomiki Rossii: problem i perspektivi: Sbornik statey / pod red. prof. M.B.Tchepakina. – Krasnodar: Izd.KCNTI, 2011. – S. 218-223.

*OBLIGATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM AS AN ELEMENT OF INSURANCE
COVERAGE FOR THE POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION*

L.V. ALUYAN¹, I.V. MALEVA²

¹ *Kuban State Technological University,
2, Moskovskaya st., Krasnodar, Russian Federation, 350072;
E-mail: aluyan@mail.ru*

² *«Alfa Starkhovanie – OMS» JSC, Krasnodar branch -«Siberia»»
48, office 250, Odesskaya st., Krasnodar, Russian Federation, 350000
E-mail: aluyan@mail.ru*

The article is devoted to revealing the essence of health insurance, its role and significance in providing insurance coverage for the population of the Russian Federation and identifying the problems which arise throughout the process of introduction of the obligatory health insurance system in current conditions. The issues considered in the research get even more relevance, if we take into account the impact of the recent economic crisis which results from devaluation of national currency and sanctions imposed by Western countries and the United States. The authors provide definition of health insurance; identify forms thereof, as well as the basic problems associated with obligatory health insurance system at current stage of its development. Also, the major factors that intensify the effects of arising problems on development options of obligatory health insurance system have been defined. Based on the analysis and factors that hinder development of the obligatory health insurance system, the basic options for modernization of compulsory health insurance system have been proposed. These recommendations relate to both the improvement of organizational principles of insurance coverage for the population of the Russian Federation, and the actualization of flow of funds which ensure coverage. Scientific and theoretical basis of this research are the works devoted to the problems of insurance coverage for citizens through improving the obligatory health insurance system, assessment cost effectiveness of the actors involved in this system, as well as acts of legislation that form the legal basis for the organization and implementation of obligatory health insurance system.

Key words: insurance, insurance coverage, health insurance, the federal obligatory health insurance fund, regional obligatory health insurance fund, insurance rate, modernization of compulsory health insurance, management technology, merger, effective development