

УДК 368.9(47)

О. И. Русакова*Иркутский государственный университет путей сообщения,
г. Иркутск, Российская Федерация*

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АННОТАЦИЯ. В настоящее время медицинскому страхованию отводится особое значение среди видов социального страхования, так как возможность воспользоваться медицинскими услугами должна быть у каждого гражданина. Анализ современной экономической научной литературы свидетельствует об отсутствии единого подхода о месте обязательного медицинского страхования (ОМС) в системе страховых отношений. В данной статье рассмотрена современная система и ее особенности, а также состояние обязательного медицинского страхования в Иркутской области. Центральное место в системе ОМС отводится Федеральному и территориальным фондам ОМС, формирование и использование средств бюджетов которых имеет свои особенности. Определены основные направления использования стоимости территориальной программы ОМС в 2015 г. Затронут вопрос модернизации страхового взноса по внебюджетным фондам. Структурированы также проблемы финансового механизма ОМС и рассмотрены пути совершенствования, направленные на повышения качества и доступности медицинской помощи для населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Обязательное медицинское страхование; субвенции; Федеральный и территориальные фонды; страховой взнос; страховые компании; медицинские организации; застрахованные граждане.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ. Дата поступления 21 декабря 2016 г.; дата принятия к печати 16 января 2017 г.; дата онлайн-размещения 31 марта 2017 г.

O. I. Rusakova*Irkutsk State University of Railway Engineering,
Irkutsk, Russian Federation*

STATUS AND PROBLEMS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

ABSTRACT. Currently, health insurance is given a special importance among the types of social insurance, since the opportunity of using opportunity of medical services should be available to every citizen. An analysis of the modern economic scientific literature identifies a lack of common approach to the place of compulsory health insurance (CHI) in the system of insurance relations. The article considers the current system and features, as well as the state status of mandatory medical insurance in Irkutsk Oblast. The central place in the CHI system is given to the Federal and territorial CHI funds, formation and use of budgetary funds of which have their own features. The article determines main directions of using the cost of the CHI territorial program in 2015. It touches upon the issue of modernizing insurance payments in terms of non-budgetary funds. It also structures the problems of the CHI financial mechanism and considers the ways of improvements aimed at increasing the quality and accessibility of public health care.

KEYWORDS. Compulsory health insurance; subsidies; Federal and territorial funds; insurance payment; insurance companies; medical organizations; insured citizens.

ARTICLE INFO. Received December 13, 2016; accepted January 11, 2017; available online March 31, 2017.

© О. И. Русакова, 2017

Baikal Research Journal

электронный научный журнал Байкальского государственного университета

Необходимо отметить высокую роль социального страхования в современном обществе. На долю существующих видов социального страхования в экономически развитых странах приходится, как правило, 60–70 % всех затрат на цели социальной защиты и примерно 15–25 % ВВП [1].

Социальные внебюджетные фонды занимают преобладающее место во внебюджетной системе России. На их долю приходится до 13 % ВВП Российской Федерации [2, с. 14].

Медицинское страхование занимает особое место, как в системе социального страхования, так и страховых отношений.

Согласно закона «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и отраслевой классификации медицинское страхование относится к отрасли личного страхования.

Под объектами медицинского страхования по этому же закону понимаются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование)¹.

В законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» обязательное медицинское страхование определяется как вид обязательного социального страхования.

В медицинском страховании категория «социальный риск» выражает вероятность наступления события, которое может произойти, а может и не наступить [3, с. 30].

Особенностями медицинского страхования как подотрасли личного страхования являются:

- выплата страхового обеспечения осуществляется не в денежной форме, как в других видах страхования, а в виде услуги;
- в медицинском страховании не происходит возмещение материального ущерба и не оказывается денежная помощь гражданам, а оплачиваются оказанные им медицинскими организациями услуги;
- отсутствие дифференциации при предоставлении медицинских услуг.

При осуществлении медицинского страхования должна быть реализована превентивная функция страхования [4, с. 31]. При чем она должна быть основной, так как в мировой практике объектом медицинского страхования является здоровье.

Необходимо отметить, что с 2013 г. в базовую программу ОМС включена профилактическая помощь в отношении всех категорий населения. Так в 2015 г. на диспансеризацию, которую прошли 46 млн человек, потребовалось около 58 млрд р.²

Но ресурсы здравоохранения существенно ограничены: если в России расходы на здравоохранение не превышают 3,5–3,7 % ВВП, то в странах Организации экономического сотрудничества и развития — 6,7 %³.

Некоторые авторы, например Э. А. Русецкая, считают, что для баланса между денежными средствами, выделяемыми фондом обязательного медицинского

¹ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 24 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ (с последними изм. и доп.) // СПС «КонсультантПлюс».

² Минздрав России и ФФОМС согласны с тем, что система ОМС нуждается в совершенствовании. URL: <http://www.garant.ru/news/758703/>.

³ ОМС: совершенствовать есть что. URL: <http://www.mgzt.ru/content/oms-sovershenstvovat-est-cto>.

страхования, и объемами медицинских услуг предусмотренными территориальной программой обязательного медицинского страхования необходимо увеличение доли государственного финансирования здравоохранения в ближайшие годы в 2,5 раза [5].

Нельзя не отметить, что в последнее время улучшились важнейшие медико-демографические показатели, на основании которых определяется эффективность здравоохранения, такие как увеличение продолжительности жизни до 71,4 года, снижение смертности, стабильный, хотя и небольшой, прирост населения. Этому помогла достичь, в том числе работа по оптимизации организации оказания медицинской помощи и ее финансирования. За последние 10 лет в три раза увеличились расходы на здравоохранение — с 900 млрд р. в 2006 г. до 2,9 трлн р. в 2016 г. При этом 1,7 трлн р., т. е. почти 60 % бюджета системы здравоохранения, составляют именно средства ФФОМС (в 2006 г. их объем составлял 290 млрд р., т. е. около 30 %)⁴.

В настоящее время система ОМС представлена субъектами и участниками.

В соответствии с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц Иркутской области по состоянию на 1 января 2016 г. численность застрахованного по ОМС населения составила 2 522 527 чел., из них: 1 166 013 (46,22 %) мужчин, 1 356 514 (53,77 %) женщин. По сравнению с аналогичным периодом прошлого года численность застрахованного населения по ОМС снизилась на 921 чел. (99,96 %) (на 1 января 2015 г. численность застрахованного населения по ОМС составляла 2 523 448 чел.).

По состоянию на 1 января 2016 г. 34 056 застрахованных граждан на территории Иркутской области, имеют место проживания в других регионах России (в Бурятии, Забайкальском и в Красноярском краях, Саха (Якутии), Тыве, в Новосибирской, Амурской и Кемеровской областях).

Доля работающего населения в страховом поле по состоянию на 1 января 2016 г. составляет 37,3 % (941 172 чел.), неработающего населения 62,7 % (1 581 355 чел.).

Численность работающих граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 1 января 2016 г. к аналогичному периоду прошлого года снизилась на 6 183 чел. (99,35 %) и составила 941 172 чел. (по состоянию на 1 января 2015 г. 947 355 чел.).

Численность неработающих граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 1 января 2016 г. увеличилась на 5 252 чел. (100,33 %) и составила 1 581 355 чел. (по состоянию на 1 января 2015 г. неработающих было 1 576 093 чел.).

Из общей численности застрахованных, численность лиц моложе трудоспособного возраста (от 0 до 15 лет) 529 583 чел. или 21,0 %, трудоспособного возраста 1 442 254 чел. или 57,2 %, старше трудоспособного возраста 550 690 чел. или 21,8 %.

Иностранцев граждан и лиц без гражданства застраховано 11 059 чел., из них временно проживающих на территории Российской Федерации 8 267 чел. Количество застрахованных по ОМС лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» на 1 января 2016 г. составило 2 308⁵.

Фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) относятся к социальным внебюджетным фондам [6, с. 61].

Участником системы ОМС являются территориальные фонды ОМС, основным источником формирования бюджета которых, в основном, являются субвенции

⁴ URL: <http://www.garant.ru/news/758703/>.

⁵ Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области. URL: <http://www.irkoms.ru/cat/pokazatieli-dieiatiel-nosti-gu-tfoms>.

ФОМС, распределение которых по Сибирскому федеральному округу можно посмотреть в табл. 1.

Таблица 1

Распределение субвенций Фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов по Сибирскому федеральному округу

Субъект Российской Федерации	Размер субвенции, млн р.
Красноярский край	37 146,4
Иркутская область	29 740,1
Кемеровская область	26 205,4
Новосибирская область	25 557,3
Алтайский край	22 474,8
Омская область	17 998,6
Забайкальский край	13 065,7
Томская область	12 580,7
Республика Бурятия	11 727,0
Республика Хакасия	6 378,2
Республика Тыва	4 861,6
Республика Алтай	3 069,6

Составлено по данным: О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов : федер. закон от 1 дек. 2014 г. № 387-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс».

Иркутская область занимает вторую позицию по размеру выделяемых субвенций. Исполнение бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) граждан Иркутской области за 2015 г. по доходам можно посмотреть в табл. 2.

Таблица 2

Исполнение бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области за 2015 г. по доходам, млн р.

Показатель	Плановая сумма	Фактическое исполнение	% к плану
Средства из бюджета ФОМС на выполнение территориальной программы ОМС	30 319,2	30 515,3	100,6
В том числе			
Субвенции на финансовое обеспечение организации ОМС	29 740,1	29 740,1	100
Субвенция нормированного страхового запаса ФОМС на финансирование специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными государственными учреждениями	579,2	579,2	100
Межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС (в связи с изменением курса валют)	0	196,1	–
Межбюджетные трансферты на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (программа «Земский доктор»)	34,0	33,5	98,5
Прочие межбюджетные трансферты (межтерриториальные расчеты) и неналоговые доходы	403,1	402,3	99,8
Доходы, всего	30 756,3	30 951,1	100,6

Составлено по данным: Об исполнении бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области за 2015 год : закон Иркут. обл. от 29 июня 2016 г. № 61-ОЗ // СПС «КонсультантПлюс».

Доходы бюджета ТФОМС за 2015 г. в целом исполнены в сумме 30,95 млрд р. или 100,6 % к плану.

Превышение фактически полученных доходов над запланированными обусловлено поступлением в ноябре 2015 г. межбюджетных трансфертов на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в связи с изменением курсов валют в размере 196,1 млн р., которые в бюджете Фонда не были запланированы.

Субвенция из федерального фонда ОМС поступила в запланированном объеме. В том числе впервые в 2015 г. из бюджета Федерального фонда перечислена субвенция из нормированного страхового запаса на дополнительные объемы специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными государственными учреждениями, в размере 579,2 млн р.

Таблица 3

**Исполнение бюджета Территориального фонда
обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области
за 2015 г. по расходам, млн р.**

Показатель	Плановая сумма	Фактическое исполнение	% к плану
На выполнение территориальной программы ОМС	30 568,0	30 517,3	99,8
Из них			
На финансирование специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными государственными учреждениями	579,2	520,0	89,8
На дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС (в связи с изменением курсов валют)	196,1	196,1	100
На осуществление единовременных выплат медицинским работникам (программа «Земский доктор»)	34,0	33,5	98,5
На межтерриториальные расчеты	437,9	431,9	98,6
<i>Расходы, всего</i>	31 039,9	30 982,7	99,7

Составлено по данным: Об исполнении бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области за 2015 год : закон Иркут. обл. от 29 июня 2016 г. № 61-03 // СПС «КонсультантПлюс».

Расходы бюджета Фонда за отчетный период исполнены в сумме 30,98 млрд р. (99,7 % к плану).

Отклонение фактического исполнения территориальной программы ОМС на 2015 г. от плановой суммы, главным образом, связано с неполным выполнением федеральными государственными учреждениями дополнительных объемов специализированной медицинской помощи⁶.

Основными направлениями использования увеличения стоимости территориальной программы ОМС в 2015 г. стали:

– финансирование скорой медицинской помощи в соответствии с федеральным нормативом финансовых затрат за счет средств субвенции из Федерального фонда ОМС (1 806,5 млн р.);

– увеличение тарифов на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного и круглосуточного стационара, а также на стоматологическую помощь и на диспансеризацию;

– увеличение дополнительных объемов специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (520 млн р.);

⁶ О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов : постановление Правительства Иркут. обл. от 25 дек. 2014 г. № 685-пп // СПС «КонсультантПлюс».

– увеличение тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов (196,1 млн р.).

Таблица 4

Увеличение стоимости территориальной программы в 2015 г., млн р.

Дополнительные направления расходов в системе ОМС	Результат
Финансирование оказания скорой медицинской помощи за счет субвенции из Федерального фонда ОМС (в соответствии с федеральным нормативом финансовых затрат)	На финансовое обеспечение оказания скорой медицинской помощи направлено 1806,5 млн р.
Увеличение тарифов на медицинскую помощь	Индексация тарифов на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара на 10 % и круглосуточного стационара на 13 %. Увеличение тарифов в среднем на 2 % на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан. Увеличение тарифов на 6 % на стоматологическую помощь
Увеличение дополнительных объемов специализированной медицинской помощи федеральными медицинскими организациями (Постановление Правительства РФ от 22 мая 2015 г. № 493)	520,0 млн р. (2 % от всех расходов) в связи с поступлением средств из нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС на финансирование специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными государственными учреждениями
Увеличение тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС (Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2015 г. № 1246)	196,1 млн р. (увеличение тарифов в ноябре на 11,6 % в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)

Уже несколько лет финансирование здравоохранения поделено на уровни: федеральный и территориальный. То есть часть средств на оказание медпомощи должны выделять местные органы самоуправления.

По данным Росстата в 2015 г. индекс физического объема ВВП в постоянных ценах к 2014 г. составил 96,3 % (в 2014 г. — 100,7 %), индекс потребительских цен (январь–декабрь 2015 г. к январю–декабрю 2014 г.) составил 115,5 %. Индекс численности официально зарегистрированных безработных в 2015 г. к 2014 г. составил 109,2 %.

По сравнению с 2014 г. установлен рост дефицита средств территориальных программ за счет консолидированного бюджета региона. В 2014 г. дефицит был выявлен в 59 регионах в размере 102 млрд р., а в 2015 г. — в 62 регионах в размере 127 млрд р., в том числе по 5 регионам, не являющимися дотационными. Также на 2015 г. 9 регионов утвердили свои территориальные программы с дефицитом средств обязательного медицинского страхования в общем объеме 4,93 млрд р. из-за неисполнения обязательств регионов по финансированию медпомощи, оказываемой сверх базовой программы ОМС.

Основными причинами дефицита территориальных программ остаются установление нормативов объема медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и нормативов ее финансовых затрат ниже средних федеральных

нормативов. Так, проверка показала, что нормативы финансовых затрат, установленные в Пензенской области и Забайкальском крае, от 2-х до 4-х раз ниже средних федеральных нормативов. Например, в Пензенской области норматив затрат на одно посещение с профилактической и иными целями на 1 жителя в год ниже среднего федерального норматива на 75,8 %, в Забайкальском крае — на 48,2 %, норматив затрат на 1 случай госпитализации — на 68,2 и 41,2 %, соответственно.

Однако Минздрав считает, что «...аудиторы полагают, что проблемы с расчетом стоимости медицинских услуг привели к значительным ее различиям по регионам. В действительности прослеживаются достоверные противоположные тенденции. В течение многих лет отсутствовали единые подходы в субъектах РФ к формированию нормативов объема медицинской помощи, тарифов в ОМС, способов оплаты медицинской помощи. Так, в 2008–2009 гг. тарифы в системе ОМС между регионами в отдельных случаях отличались в 25 раз. В 2011 г. этот разрыв сократился, однако стоимость стационарной медицинской помощи все еще отклонялась от расчетного норматива по 64 субъектам Российской Федерации более чем на 50 %. В 2013 г. впервые было внедрено финансирование территориальных программ ОМС на основе единого для всей страны подушевого норматива (с учетом численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации субъектов РФ), а также впервые была создана нормативная база, вводящая единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи. Благодаря принятым мерам, впервые все территориальные программы ОМС стали бездефицитными, а также значительно сократились различия в стоимости медицинской помощи одного и того же вида. Дифференциация тарифов уже в 76 субъектах РФ составила менее 20 %» [7].

Основным источником формирования доходов бюджета ФОМС являются страховые взносы, которые уплачивают страхователи за работающее и не работающее население.

С 1 января 2017 г. администрирование страховых взносов по ОМС будет осуществлять Федеральная налоговая служба. Страховой взнос будет переименован в единый социальный страховой сбор (ЕССС). Налоговое реформирование затронет все категории страхователей. Внебюджетные фонды начнут передавать базы по страхователям в ФНС. Федеральная налоговая служба подготовила «Дорожную карту создания единого механизма администрирования страховых взносов...». При введении ЕССС с 2017 г. ФНС действует в соответствии с указом Президента РФ от 15 января 2016 г. № 13 «О дополнительных мерах по укреплению платежной дисциплины...». Сейчас взносы платятся трем разным КБК: на социальное, пенсионное, медицинское страхование. Новый единый сбор будет уплачиваться на единый КБК, а перераспределять этот взнос будет ФНС. Реформа по отмене страховых взносов и введении ЕССС с 2017 г. направлена на повышение собираемости страховых взносов.

Это не первые изменения данного платежа. До 2010 г. в стране вместо страховых взносов действовал единый социальный налог (ЕСН) и его администрирование осуществлялось ФНС. Но в 2010 г. была проведена реформа, в результате которой ЕСН был отменен. Вместо него были введены страховые взносы. Их стали администрировать внебюджетные фонды. ПФР собирал взносы на пенсионное и медицинское страхование. А ФСС — на социальное страхование и на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Многие авторы, в том числе А. П. Архипов, считают, что экономическое содержание платежа от смены названия не меняется, он по-прежнему не имеет никакого отношения к страхованию [8].

Динамику ставок единого социального налога и страхового взноса можно посмотреть в табл. 5.

Таблица 5

Ставки единого социального налога и страхового взноса по ОМС, %

Фонд ОМС	2001	2005	2007	2009	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*
Федеральный	0,2	0,8	1,1	1,1	1,1	2,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1
Территориальные	3,4	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	0	0	0	0	0
<i>Всего</i>	3,6	2,8	3,1	3,1	3,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1

* Страховой взнос.

Составлено по данным: О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования : федер. закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс»; Налоговый Кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 146-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс»

Из табл. 5 видно, что, начиная с 2005 г., усиливается централизация средств ОМС, что привело в 2012 г. к полному изъятию этого источника из доходов бюджетов территориальных фондов.

Действующий принцип централизации взносов на ОМС, согласно которому все средства аккумулируются в ФФОМС и по единой методике — в соответствии с подушевыми нормативами финансирования, установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направляются в территориальные фонды в виде субвенций, позволил устранить дефицит финансирования базовой программы ОМС во всех регионах страны. Таким образом, проблема нехватки средств остается в настоящее время только в той части здравоохранения, которая финансируется за счет федерального и региональных бюджетов. Из бюджетных средств оплачиваются, в частности, лечение социально значимых заболеваний (туберкулеза, ВИЧ, психических расстройств и др.), и проведение профилактических прививок⁷.

По проводимой реформе социальные платежи снова передаются под управление ФНС. Она считается самой эффективной службой, так как в отличие от фондов почти всегда проводит выездные проверки с доначислением налогов. ФНС идет по собираемости налогов 2014 г. к 2015 г. с большим плюсом. Поэтому решено отменить взносы и вернуть подобие ЕСН. При проведении реформы 2010 г. аргументы были обратные.

Собирать ЕССС и проводить проверки страхователей будет ФНС. Причем, согласно Дорожной карте, уточненную годовую отчетность за 2016 г. по формам 4-ФСС и РСВ-1 будет уже ФНС. И в случае необходимости проводить выездные проверки по этой отчетности будет также ФНС России в связи с введением ЕССС.

До 1 марта 2017 г. территориальные органы ФНС России получают: реестры плательщиков страховых взносов, реестры застрахованных физических лиц, предварительное сальдо расчетов плательщиков страховых взносов по итогам 2016 г., акты сверки задолженности плательщиками страховых взносов за 2016 г. На практике это будет означать, что ФНС получит в свое распоряжение информацию по всем платежам по страховым взносам страхователей. И сможет сопоставить поступления от НДФЛ и взносов. В случае несоответствия будет проведена выездная проверка.

В декабре 2015 г. Правительство внесло в Госдуму проект закона об уголовной ответственности за неуплату взносов. Основания для проверок у ФНС будут законные. С 1 января 2017 г. камеральные и выездные проверки по взносам будет проводить ФНС. Причем как за периоды с 1 января 2017 г., так и за периоды до 1 ян-

⁷ URL: <http://www.garant.ru/news/758703/>.

варя 2017 г. (глубина — три года назад, т. е. за 2014–2016 гг.). На практике это означает, что ФНС может сверить уплаченные страховые взносы за 2014–2016 гг. с поступлениями НДС и «попросить» страхователей доплатить.

Вторым участником системы ОМС являются страховые медицинские организации (СМО), которые являются специализированными страховыми компаниями, так как могут заниматься только медицинским страхованием [9]. Они выполняют некоторые функции страховщика и их ожидают изменения в законодательстве, которые будут касаться размера их уставного капитала. Так, с 1 января 2017 г. размер уставного капитала СМО будет увеличен с 60 до 120 млн р., что повлечет за собой увеличение концентрации рынка.

Банк России также разработал поправки в закон «Об организации страхового дела в РФ», которые предполагают увеличение размера уставного капитала страховых компаний со 120 до 300 млн р. В случае принятия законопроекта, новые нормы вступят в силу 1 января 2018 г.

Проект Центробанка также предполагает введение повышающих коэффициентов для компаний с различной специализацией. Например, для страховщиков жизни и медицинских компаний минимальный порог будет составлять 450 млн р., для перестраховщиков — 600 млн р. [10].

Определенная неполноценность существующей страховой модели может быть устранена, в том числе путем укрупнения страховых организаций и наделения их функциями страховщиков, а также создания условий для привлечения в отрасль частного капитала.

В настоящее время в едином реестре СМО насчитывается 54 СМО. В рейтинге СМО пятерка лидеров выглядит следующим образом: ЗАО МАСК «МАКС-М» — 12,7 %, СМК ОАО «РОСНО-МС» — 12 %, ОАО «СК СОГАЗ-Мед» — 11,1 %, ООО «Росгосстрах-Медицина» — 10,2 %, ООО «АльфаСтрахование МС» — 7,4 %.

В Иркутской области в 2016 г. работают пять СМО. Они делят страховое поле следующим образом: ОАО «СК СОГАЗ-Мед» — 64,4 %, Иркутский филиал СМК ОАО «РОСНО-МС» — 12,8 %, ОАО «Маски» — 10,5 %, ООО СК «Ингосстрах-М» — 8 %, Филиал АО «ВТБ Медицинское страхование» в Иркутской области — 4,2 %⁸.

Третий участник — медицинские организации.

По состоянию на 31 декабря 2015 г. число самостоятельных медицинских организаций Иркутской области, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, составляет 144.

Из 144 медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС 110 медицинских организаций государственной системы здравоохранения и 34 медицинских организации частной системы здравоохранения.

Медицинские организации государственной системы здравоохранения представлены 101 медицинской организацией подведомственной исполнительным органам государственной власти субъекта РФ, 4 медицинскими организациями подведомственными Федеральному агентству научных организаций, 1 медицинской организацией подведомственной Федеральному медико-биологическому агентству РФ, 3 медицинскими организациями подведомственными Министерству здравоохранения РФ, 1 медицинской организацией подведомственной МВД РФ.

34 медицинских организации негосударственной формы собственности составили 23,6 % от общего числа медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования.

96 медицинских организаций оказывают медицинскую помощь детям.

⁸ Федеральный фонд обязательного медицинского страхования : офиц. сайт. URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/analyst-ratings/>.

94 медицинские организации имеют дневные стационары⁹.

В России намерены ввести медицинских поверенных, к которым должны прикрепляться пациенты. Если что-то в лечении больного идет не так, этим должен заниматься именно этот специалист. Но институт страховых поверенных за 20 лет так и не сформировался. Однако к 1 января 2018 г. в стране появятся эксперты, которые будут следить за лечением прикрепленного к ним гражданина.

Список использованной литературы

1. Роик В. Д. Основы социального страхования: организация, экономика и право : учебник / В. Д. Роик. — М. : Рос. акад. гос. службы, 2014. — 456 с.
2. Федотов Д. Ю. Система внебюджетных социальных фондов : учеб. пособие / Д. Ю. Федотов. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2014. — 248 с.
3. Роик В. Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика : учеб. пособие / В. Д. Роик. — М. : Дело и Сервис, 2013. — 208 с.
4. Андреева Е. В. Страховая деятельность и ее регулирование на современном страховом рынке / Е. В. Андреева, О. И. Русакова. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2015. — 160 с.
5. Русецкая Э. А. Реформа обязательного медицинского страхования: проблемы и перспективы / Э. А. Русецкая, А. П. Шевченко // Страховое дело. — 2012. — № 6. — С. 3–7.
6. Федотов Д. Ю. О формировании доходов внебюджетных фондов России / Д. Ю. Федотов // Финансы. — 2003. — № 7. — С. 61–63.
7. Кукарцева А. Реформа системы здравоохранения оказалась неэффективной [Электронный ресурс] / А. Кукарцева // Комсомольская правда. — 2015. — 14 апр. — Режим доступа: <http://www.kp.ru/daily/26366/3248216/>.
8. Архипов А. П. О страховых принципах финансирования российского здравоохранения / А. П. Архипов // Финансы. — 2012. — № 2. — С. 42–48.
9. Андреева Е. В. Страхование жизни: социально-экономическое значение и направления развития / Е. В. Андреева, О. И. Русакова, Е. М. Хитрова. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2013. — 160 с.
10. Тихонов И. Страховщики уравнивают с банками по размеру уставного капитала [Электронный ресурс] / И. Тихонов. — Режим доступа: <http://www.insur-info.ru/press/110746/>.

References

1. Roik V. D. *Osnovy sotsial'nogo strakhovaniya: organizatsiya, ekonomika i pravo* [Basics of Social Insurance: Organization, Economy and Law]. Moscow, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration Publ., 2014. 456 p.
2. Fedotov D. Yu. *Sistema vnebyudzhetnykh sotsial'nykh fondov* [System of non-budgetary social funds]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2014. 248 p.
3. Roik V. D. *Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie: teoriya i praktika* [Compulsory health insurance: theory and practice]. Moscow, Delo i Servis Publ., 2013. 208 p.
4. Andreyeva E. V., Rusakova O. I. *Strakhovaya deyatel'nost' i ee regulirovanie na sovremenном strakhovom rynke* [Insurance activity and its regulation in the modern insurance market]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2015. 160 p.
5. Rusetskaya E. A., Shevchenko A. P. Reform of compulsory health insurance and prospects. *Strakhovoe delo = Insurance*, 2012, no. 6, pp. 3–7. (In Russian).
6. Fedotov D. Yu. On issue of Russia's funds income generation. *Finansy = Finance*, 2003, no. 7, pp. 61–63. (In Russian).
7. Kukartseva A. Reform of public healthcare has appeared ineffective. *Komsomol'skaya pravda*, 2015, April 14. Available at: <http://www.kp.ru/daily/26366/3248216/>. (In Russian).
8. Arkhipov A. P. On issue of insurance principles of Russian public healthcare. *Finansy = Finance*, 2012, no. 2, pp. 42–48. (In Russian).
9. Andreyeva E. V., Rusakova O. I., Khitrova Ye. M. *Strakhovanie zhizni: sotsialno-ekonomicheskoe znachenie i napravleniya razvitiya* [Life Insurance: Socio-Economic Significance and Development Directions]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2013. 160 p.

⁹ URL: <http://www.irkoms.ru/cat/pokazatieli-dieiatiel-nosti-gu-tfoms>.

10. Tikhonov I. *Strakhovshchikov uravnyayut s bankami po razmeru ustavnogo kapitala* [Insurers will be levelled with banks in the size of charter capital]. Available at: <http://www.insur-info.ru/press/110746/>. (In Russian).

Информация об авторе

Русакова Оксана Игоревна — кандидат экономических наук, доцент, кафедра финансов и бухгалтерского учета, Иркутский государственный университет путей сообщения, 664074, г. Иркутск, ул. Чернышевского, 15; профессор, кафедра страхования и управления рисками, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11; e-mail: rusakova.oi@yandex.ru.

Author

Oksana I. Rusakova — PhD in Economics, Associate Professor, Chair of Finance and Accounting, Irkutsk State University of Railway Engineering, 15 Chernyshevsky St., 664074, Irkutsk, Russian Federation; Professor, Department of Insurance and Risk Management, Baikal State University, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, Russian Federation; e-mail: rusakova.oi@yandex.ru.

Библиографическое описание статьи

Русакова О. И. Состояние и проблемы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / О. И. Русакова // *Baikal Research Journal*. — 2017. — Т. 8, № 1. — DOI: [10.17150/2411-6262.2017.8\(1\).3](https://doi.org/10.17150/2411-6262.2017.8(1).3).

Reference to article

Rusakova O. I. Status and problems of compulsory health insurance in the Russian Federation. *Baikal Research Journal*, 2017, vol. 8, no. 1. DOI: [10.17150/2411-6262.2017.8\(1\).3](https://doi.org/10.17150/2411-6262.2017.8(1).3). (In Russian).