

УДК 61:368:658:34

ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*В.Н. Панурин¹, И.И. Шмыкова²*¹ Дальневосточная ассоциация страховых медицинских организаций (690002, г. Владивосток, ул. Алтайская, 3),² Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: фонд обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация, медицинская организация, федеральный закон.

THE PROBLEMS OF ECONOMIC AND LEGAL REGULATION OF RELATIONSHIPS AMONG THE PARTICIPANTS IN COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

V.N. Panurin¹, I.I. Shmykova²¹ Far Eastern Association of health insurance companies (3 Altaiskaya St. Vladivostok 690002 Russian Federation), ² Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary. The article is dedicated to the economic and legal aspects of the Russian model of compulsory health insurance. It provides the analysis of the economic and legal status of the participants in the system, considers their relations regulation problems at the present stage. It also shows the urgency of the improvement and development of institutions of compulsory health insurance in order to balance the participants' interests in the system, as well as stresses the necessity to develop competitive mechanisms.

Keywords: Health Insurance Fund, health insurance organization, medical organization, federal law.

Pacific Medical Journal, 2014, No. 2, p. 95–100.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Проблема выбора и сочетания многообразных форм и механизмов экономико-правового регулирования отношений – одна из наиболее важных и сложных в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Соотношение экономической и юридической составляющих здесь неизменно находится в сфере внимания экономической теории и практики страхования [1].

Проблемы регулирования отношений в системе ОМС обусловлены противоречиями экономического и правового положения ее участников. Рассмотрим наиболее значимые из них с учетом особенностей современной российской модели ОМС.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет круг лиц, участвующих в ОМС. Они разделены на две категории: субъекты ОМС и участники ОМС. Данное разделение, на наш взгляд, имеет прежде всего терминологический характер. Традиционно, к субъектам страхования отнесены застрахованные лица, страхователи и страховщик (в лице Федерального фонда ОМС). К категории «участников» отнесены представители территориальных фондов, страховых

медицинских организаций и медицинских учреждений. Территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации наделены правом осуществлять отдельные полномочия страховщика. Право застрахованного лица (субъекта ОМС) на бесплатное оказание медицинской помощи непосредственно реализуется в рамках договорных отношений между участниками системы ОМС. Поскольку в широком смысле обе категории лиц являются участниками системы ОМС, в настоящей статье будет использоваться расширенное определение участника.

Для оценки различных аспектов экономического взаимодействия в системе здравоохранения, целесообразно выделять еще одного «участника», реализующего свои собственные интересы, – врача. Основанием для такого выделения является также и то, что вид, объем и качество медицинских услуг изначально определяются во взаимодействии врача и пациента. Необходимо также отметить, что анализ экономического взаимодействия участников той или иной системы здравоохранения не может быть корректным без учета эффектов, порождаемых асимметричностью информации, основной вклад в которую вносит отношение «врач – пациент».

В подавляющем большинстве стран имеет место сочетание в разных соотношениях трех типов организации здравоохранения: государственной, страховой и частной [4, 8], причем медицинское страхование присутствует в форме добровольного и обязательного, которое, в свою очередь, отличается различными механизмами государственного регулирования. Это в полной мере относится и к российскому здравоохранению и, в частности, к российской модели ОМС.

Российская модель реализуется в правовой форме, базовым элементом которой является федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем охрана здоровья граждан определяется как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера. Данные меры должны осуществляться органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными и иными лицами, гражданами

в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Вместе с тем, в законе указывается лишь на то, что «организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения» (ст. 29, ч. 2). Иных категорий, обосновывающих российскую модель организации медицинской помощи, включая институт медицинского страхования, закон не содержит. Наряду с этим, рассматривая правовое положение медицинских организаций в системе ОМС, соответствующий закон не делает различий между ними в зависимости от организационно-правовой формы, тем самым гарантируя равные возможности в реализации экономических интересов. Вместе с тем, такой ключевой элемент модели ОМС, как страховщик (Федеральный фонд ОМС), в категориях закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» всего лишь подпадает под определение «подведомственные федеральным органам исполнительной власти... иные организации» наряду с другими структурами, осуществляющими деятельность в сфере охраны здоровья. Ничего не сказано о страховых принципах обеспечения экономической устойчивости.

На основании сказанного можно утверждать, что на нормативно-правовом уровне возникает некая концептуальная разнонаправленность подходов к обоснованию организационных и экономических механизмов реализации целей и принципов организации охраны здоровья. Так, например, в законе «Об основах охраны здоровья...» в качестве основного источника финансового обеспечения медицинской помощи гражданам указаны средства ОМС, но при этом имеется всего лишь эпизодическое упоминание о программах ОМС и о Федеральном фонде ОМС как одном из контролирующих органов. Вместе с тем, в документе предметно и системно изложены принципы функционирования субъектов традиционного варианта государственного здравоохранения. Основное содержание этого закона характеризует, скорее, государственные системы по типу советского здравоохранения, здравоохранения Великобритании и им подобных. Следствием этого является то, что принципы ОМС, закрепленные в законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», не вытекают из основополагающего нормативного акта – закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а в обществе не утихают дискуссии о перспективах ОМС и о возможных путях решения проблем здравоохранения [3].

Первоначальное построение системы ОМС было основано на существенной роли субъектов Российской Федерации в формировании ее организационных и финансовых механизмов. В литературе

получил распространение термин «территориальная модель ОМС» [9] – такая система складывалась в ходе построения взаимоотношений «центра» и «регионов» в отношении разделения полномочий в сфере здравоохранения. В новом же законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сделан четкий акцент на федеральный уровень регулирования основных параметров этой системы, связанных, прежде всего, с обеспечением государственных социальных гарантий. Новый закон сохранил страховые медицинские организации в качестве специфического участника отечественной системы ОМС. Их наличие в системе можно рассматривать как средство обеспечения участия в ОМС организаций, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции компаний друг с другом.

Отношения участников системы ОМС формируются исходя из экономических и правовых условий реализации их интересов. Вместе с тем, в современной российской модели ОМС есть ряд существенных расхождений и противоречий между продекларированными принципами функционирования, нормативно-правовой базой и повседневной практикой. Причем элементы противоречивости прослеживаются уже на уровне базовых законов.

Рассмотрим экономические и правовые предпосылки реализации интересов участников системы ОМС (как уже отмечалось, термин «участник ОМС» будем употреблять в широком смысле).

Группу участников, законодательно отнесенных к категории «субъекты», составляет традиционная страховая триада: застрахованное лицо, страхователь и страховщик. Наряду с упомянутыми лицами, страховую схему отношений формируют определения страхового риска, страхового случая и страхового обеспечения, приведенные в ст. 3 закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Очевидно, что данная схема во многом условна, т.к. на практике реализуется через специальные механизмы, как разновидность обязательного социального страхования.

В числе первых важнейших принципов охраны здоровья, изложенных в ст. 4 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отмечены:

- ♦ соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- ♦ приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

В свою очередь, в ст. 4 закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» среди основных принципов осуществления ОМС указаны:

- ♦ государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- ♦ создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

Таким образом можно видеть, что основные интересы застрахованного лица поставлены во главу угла системы и являются тем центром, вокруг которого должны строиться отношения других участников.

Наряду с правами застрахованного лица, обеспечивающими реализацию указанных выше его интересов, закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет его обязанности, которые, однако, имеют здесь исключительно технический характер: предъявлять полис ОМС, подать заявление о выборе страховой медицинской организации, соблюдать определенный порядок уведомления при изменении персональных данных и порядок выбора страховой медицинской организации.

Вместе с тем, ст. 27 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены обязанности граждан в сфере охраны здоровья, имеющие важное значение для эффективного функционирования системы медицинского страхования:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Тем самым в каком-то смысле восполнен пробел профильного закона в отражении принципов участия гражданина в системе ОМС. Очевидно, что данные обязанности направлены на минимизацию страхового риска и отвечают как интересам самого застрахованного, так и интересам страховщика, реализующего государственную политику в сфере охраны здоровья.

Рассмотрим положение и интересы страхователя в системе обязательного медицинского страхования. В классической схеме страхования он, по определению, является фигурой, экономически заинтересованной в страховании возможного ущерба, носителем «страхового интереса» [1]. Вместе с тем, обязательное государственное страхование предполагает реализацию социальных интересов граждан и интересов государства, в данном случае в страховании здоровья [10]. Ст. 11

закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет две категории страхователей: страхователи работающих граждан и страхователи неработающих граждан. Страхователями для работающих граждан являются:

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
 - а) организации,
 - б) индивидуальные предприниматели,
 - в) физические лица, непризнаваемые индивидуальными предпринимателями;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные государственные органы являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Фактически опосредованным страхователем в обоих случаях является государство, которое реализует разные механизмы формирования и сбора страховых взносов для двух разных категорий граждан. Поскольку непосредственный экономический интерес в данной схеме страхования у страхователей отсутствует (а у работодателя он объективно отрицательный), государство обеспечивает финансирование обязательного медицинского страхования посредством соответствующих элементов фискальной политики, заменяющих в данном случае «страховой интерес».

Основным источником формирования средств ОМС являются доходы от соответствующих взносов. Законом об ОМС установлено, что обязанность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, размер страхового взноса и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются федеральным законом от 24.07.2009 г. № 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». В настоящее время размер взноса составляет 5,1 % от выплат по трудовым и гражданско-правовым договорам, причем до 2016 г. правительство не планирует его увеличения. Вместе с тем, вследствие неблагоприятной общей экономической ситуации, на этот же период запланировано снижение доли государственных расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте с 3,7 % в 2013 г. до 3,3 % в 2016 г. [5], при том, что уровень расходов не менее чем 4,7 % от валового внутреннего продукта должен быть

достигнут к 2020 г. в соответствии с утвержденной Правительством Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. [2]. Обеспечивать финансовую устойчивость планируется не за счет увеличения и без того значительной налоговой нагрузки, а за счет эффективности работы системы ОМС.

Для неработающего населения размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС устанавливаются федеральным законом. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на ОМС неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного федеральным законом (ст. 23 закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Как уже говорилось, для формирования средств ОМС государство использует разные фискальные механизмы, отличающиеся и эффективностью, и управляемостью. Так, в ст. 51 закона об ОМС на период с 2012 по 2014 г. установлено ежегодное повышение взноса на страхование неработающего населения на 25 %. Учитывая то, что в данном случае плательщиками взноса являются органы государственной власти, данный радикальный шаг по увеличению объема средств можно оценить как достаточно эффективный. Наряду с этим необходимо отметить, что страховой взнос на ОМС работающего населения имеет характер налога, и ему также присущи проблемы нахождения баланса между величиной взноса и его собираемостью, характерные для налогов вообще.

Рассматривая экономические интересы страхователей в системе ОМС, нужно в первую очередь учитывать особенность их положения в данном виде социального страхования и механизмы государственного регулирования системы сбора страховых взносов. В российской модели ОМС застрахованные лица выведены из непосредственных отношений со страхователями, тем самым реализуется принцип социальной справедливости. Всем гражданам государство обеспечивает одинаковые гарантии в получении медицинской помощи вне зависимости от уплачиваемых взносов тем или иным страхователем. Страхователи работающих граждан (работодатели) платят страховые взносы по фиксированной ставке и не имеют возможности влиять на виды и объем медицинской помощи своим сотрудникам через механизм сострахования или соплатежа. Использование работодателями добровольного медицинского страхования в дополнение к ОМС в российской практике для большинства сотрудников предприятия приводит лишь к дублированию основных видов медицинской помощи с некоторыми несущественными отличиями по условиям оказания (например, по

сервисным услугам). Наряду с этим, законодательство предусматривает для страхователей неработающего населения (органов государственной власти субъекта РФ) возможность увеличить страховой взнос сверх установленной законом обязательной величины для покрытия дополнительных видов и объемов медицинской помощи сверх государственной базовой программы. При этом гарантии дополнительных видов и объемов помощи распространяются на обе категории населения субъекта РФ – как на неработающих, так и на работающих граждан. Тем самым государство обеспечивает баланс средств ОМС и гарантированного объема медицинской помощи через управляемый механизм сбора взносов на страхование неработающего населения. При этом через формальное страхование неработающего населения государство фактически обеспечивает ОМС работающего населения. Таким образом, можно утверждать, что в рассматриваемой модели отношений реальным страхователем (носителем «страхового интереса») является государство, а определенные ст. 11 закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страхователи – это своего рода посредники, выступающие в качестве элементов финансово-экономического механизма формирования средств обязательного медицинского страхования.

Третьим участником, имеющим статус «субъекта», является Федеральный фонд ОМС. В ст. 9 закона об ОМС «субъекты» и «участники» распределены следующим образом:

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица,
- 2) страхователи,
- 3) Федеральный фонд;

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды,
- 2) страховые медицинские организации,
- 3) медицинские организации.

Следует обратить внимание на то, что в данной статье закона третьим субъектом указан не «страховщик», а непосредственно Федеральный фонд. Дело в том, что в российской модели ОМС полномочия и функции страховщика определены следующим образом. В ст. 12 «Страховщик» сказано, что «страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования». «В рамках базовой программы» – то есть в объеме ответственности государства, единой на всей территории страны. В то же время, субъект федерации может устанавливать по отношению к базовой программе дополнительные виды и объемы медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС. Для этих дополнительных объемов ответственности ст. 13 закона страховщиком определены территориальные фонды ОМС.

Кроме того, для непосредственного осуществления организационных и экономических процессов обязательного медицинского страхования закон наделяет «отдельными полномочиями» страховщика как территориальные фонды, так и страховые медицинские организации (ст. 13 и 14). Более того, как следует из ст. 34, 38 и 39, «отдельные полномочия» охватывают весь спектр юридических и экономических отношений между участниками ОМС, направленных на реализацию прав и интересов застрахованных лиц. В итоге мы имеем ситуацию, когда три типа участников системы осуществляют полномочия и функции страховщика.

Рассмотрим основные принципы разделения функций страховщика между участниками системы ОМС. Законом об ОМС определено понятие обязательного медицинского страхования: «вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». В этой системе основная роль Федерального фонда ОМС заключается в формировании и реализации упомянутых правовых, экономических и организационных мер. Принципиальным нововведением действующего Закона является определение Федерального фонда ОМС страховщиком системы ОМС, в то время как прежний закон отводил эту роль только страховым компаниям, и понятия «страховая медицинская организация» и «страховщик» являлись синонимами. В результате данного нововведения система ОМС приобрела юридическую и технологическую стройность. При том, что гражданин имеет право выбора страховой медицинской организации, процесс страхования предусматривает выдачу единого пожизненного полиса от лица государственного страховщика. С одной стороны, это существенно улучшает правовое положение застрахованного, с другой – обеспечивает более рациональную организацию персонифицированного учета в системе ОМС. Однако, несмотря на очевидную значимость и технологичность такого варианта, с позиции застрахованного гражданина Федеральный фонд ОМС является обезличенным номинальным страховщиком, невступающим в непосредственные отношения с застрахованным (в отличие от коммерческих страховщиков или от структур Пенсионного фонда при государственном пенсионном страховании).

Как уже отмечалось выше, операционная деятельность по обязательному медицинскому страхованию возложена на страховые медицинские организации. Спектр этой деятельности включает в себя:

- ♦ оформление страхования и учет застрахованных,
- ♦ оплату медицинской помощи,
- ♦ осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи,

♦ защиту прав застрахованных.

В отдельных случаях, оговоренных законом, данные функции осуществляют и территориальные фонды ОМС, при том, что их основная роль – контролирующая и организующая.

Таким образом, по отношению к застрахованному основная роль в формировании «страхового продукта» принадлежит страховой медицинской организации, которая, в свою очередь, выступает от лица государственного страховщика – Федерального фонда ОМС. Вместе с тем, произошедшая в соответствии с новым законом об ОМС трансформация медицинских страховщиков (страховых компаний) в специфических участников системы – страховые медицинские организации – оставила нерешенным вопрос об экономическом интересе и экономической эффективности их работы при ОМС как некоммерческом виде деятельности.

Наконец, к участникам системы закон относит медицинские организации. Говоря об их роли с точки зрения страховой модели, необходимо учитывать два аспекта. С одной стороны, медицинская организация является основным звеном системы оказания медицинской помощи, и в этом смысле ее миссия очевидна. С другой стороны, она – поставщик страховых случаев, требующих страхового возмещения. При этом возникает потребность управления страховыми рисками, т.е. оптимизации потока пациентов и медицинских технологий по экономическим и медико-социальным критериям. Это, в свою очередь, должно являться основной задачей страхователя и страховщика, реализующих «страховой интерес». В качестве основного элемента данного механизма законом определено применение стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Однако использование данного инструмента до настоящего времени не имеет широкой практики в субъектах Российской Федерации ввиду отсутствия необходимого нормативного и методического обеспечения.

Среди отмеченных проблем, одной из наиболее актуальных, на наш взгляд, является взаимодействие участников при распределении и реализации полномочий страховщика.

Если деятельность Федерального и территориальных фондов ОМС в сфере охраны здоровья непосредственно реализует государственную политику и соответствующие государственные интересы, то страховые медицинские организации призваны выполнять свои функции в интересах застрахованных граждан на возмездной некоммерческой основе, конкурируя друг с другом. При этом качество «страхового продукта» должно быть основным средством конкурентной борьбы. Вместе с тем, остается открытым вопрос экономического смысла конкуренции компаний при некоммерческом характере деятельности в сфере ОМС. Помимо возможной экономии средств на ведение дела, имеющей характер операционной прибыли, экономический интерес этих организаций реализуется в использовании клиентской

базы застрахованных граждан для предложения услуг по добровольному медицинскому страхованию, а также в развитии деятельности аффилированных медицинских организаций как в обязательном, так и в добровольном медицинском страховании. Однако отсутствие экономических нормативов деятельности страховых медицинских организаций не позволяет определить экономически обоснованную величину необходимых расходов на ведение дела. При том, что законом об ОМС установлен возможный размер перечислений в СМО средств на ведение дела в пределах от 1 до 2 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным нормативам, отсутствует возможность рассчитать для указанного диапазона варианты экономической модели деятельности данных организаций и обосновать величину процента для условий конкретного субъекта РФ [6]. По данным Федерального фонда ОМС, в 2012 г. размер указанных перечислений в целом по стране составил 1,3 % [7]. За счет дополнительных отчислений по результатам экспертной деятельности страховая медицинская организация имеет возможность увеличить объем средств на ведение дела и, тем самым, увеличить фактические расходы на эти цели. Предельная величина такого увеличения законом не ограничена. Однако, в 2012 г. фактические расходы на ведение дела здесь составили 1,6 % [7], то есть в сравнении с перечисленными по нормативу средствами увеличились всего лишь на дополнительные 0,3 %. Такое соотношение свидетельствует об ограниченных возможностях самих страховых организаций в увеличении таким образом объема собственных средств, а в целом позволяет говорить о недофинансировании в системе ОМС деятельности по контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных.

Необходимо уйти от ситуации, когда развитие эффективных форм деятельности и конкуренция страховых медицинских организаций подменяется борьбой за величину процента на ведение дела в законодательных органах субъектов РФ. Решение указанной проблемы позволит полноценно использовать экономические механизмы для стимулирования конкуренции в системе обязательного медицинского страхования в интересах граждан.

Подводя итог рассмотрению положения участников системы ОМС, можно выделить основные институциональные проблемы и противоречия, снижающие эффективность функционирования системы: *государство и общество* – отсутствует механизм анализа и оценки эффективности системы ОМС; *Федеральный и территориальные фонды ОМС* – нет понимания роли и функций этих участников-страховщиков у граждан и части профессионального медицинского сообщества; *страховые медицинские организации* – со стороны государства и Федерального фонда ОМС нет четкого акцента на ведущую роль страховых медицинских организаций в механизме защиты интересов

застрахованных, нет понимания роли и функций этого участника у граждан и части профессионального медицинского сообщества.

На основании этого можно сделать вывод о недостаточном соотношении интересов участников системы ОМС, экономических механизмов и нормативно-правовой базы. Вместе с тем, последовательное совершенствование и развитие институтов ОМС является необходимым условием обеспечения баланса интересов участников этой системы.

Литература

1. Абрамов В.Ю. Страхование: теория и практика. М.: Волтерс Клувер, 2007. 512 с.
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: портал государственных программ Российской Федерации. 2014. URL: <http://www.gosprogrammy.gov.ru/Main/ClientBin/Passports/1/Государственная%20программа%2001.pdf> (дата обращения: 02.06.2014).
3. Комаров Ю.М. Реквием по ОМС // Медицинский вестник. 2013. № 28. С. 7.
4. Меламед Л.А., Комаров Г.А. Обязательное медицинское страхование в условиях реформирования здравоохранения. СПб.: Медицинская пресса, 2004. 324 с.
5. Основные направления бюджетной политики на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов: сайт Правительства Российской Федерации. 2014. URL: <http://www.government.ru/media/files/41d47b423d16db7f8be6.pdf> (дата обращения: 02.06.2014).
6. Панурин В.Н., Савченко И.И. Целевой подход к анализу экономических интересов участников договора обязательного медицинского страхования // Вестник Тихоокеанского экономического университета. 2013. № 2. С. 79–87.
7. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. 2014. URL: <http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about> (дата обращения: 25.05.2014).
8. Томсон С., Фубистер Т., Моссиало Е. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Копенгаген: ВОЗ, 2010. 242 с.
9. Экономика здравоохранения: учебное пособие / Л.С. Зосимова, Н.А. Капицына, М.Г. Колосницына [и др.] / под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2008. 479 с.
10. Юлдашев Р.Т. Страховой бизнес: словарь-справочник. М.: Анкил, 2005. 832 с.

Поступила в редакцию 25.03.2014.

Проблемы экономического и правового регулирования отношений участников системы обязательного медицинского страхования

В.Н. Панурин¹, И.И. Шмыкова²

¹ Дальневосточная ассоциация страховых медицинских организаций (690002, г. Владивосток, ул. Алтайская, 3), ² Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Резюме. Статья посвящена экономическим и юридическим аспектам российской модели обязательного медицинского страхования. Проведен анализ экономического и правового положения участников системы, рассмотрены проблемы регулирования их отношений на современном этапе. Показана актуальность совершенствования и развития институтов обязательного медицинского страхования для обеспечения баланса интересов участников системы. Отмечена необходимость развития конкурентных механизмов.

Ключевые слова: фонд обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация, медицинская организация, федеральный закон.