

*Широкова Диана Евгеньевна
студентка 3 курса магистратуры
Юридический институт
Иркутский государственный университет
Россия, г. Москва
e-mail: dina9393@yandex.ru*

*Научный руководитель: Шорников Дмитрий Владимирович,
кандидат юридических наук,
доцент кафедры международного права и сравнительного правоведения
Юридический институт
Иркутский государственный университет
Россия, г. Москва*

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ:
ХАРАКТЕРИСТИКА, ПРОБЛЕМЫ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ
РЕГУЛИРОВАНИЕ**

Аннотация: Рассматриваются современное состояние проблем страхования здоровья в Российской Федерации. Исследуется нормативно-правовая составляющая данного вопроса, субъектный состав, проблемы, преимущества и недостатки одной системы перед другой.

Ключевые слова: страхование, обязательное страхование добровольное страхование, медицинское страхование, здравоохранение.

*Shirokova Diana Evgenievna
3rd year master student
Institute of Law
Irkutsk State University
Russia, Moscow*

*Scientific adviser: Shornikov Dmitry Vladimirovich,
candidate of legal sciences,
Associate Professor, Department of International Law and Comparative
Law, Institute of Law
Irkutsk State University
Russia, Moscow*

**MANDATORY HEALTH INSURANCE AND VOLUNTARY HEALTH
INSURANCE IN RUSSIA: CHARACTERISTICS, PROBLEMS,
REGULATORY AND LEGAL REGULATION**

Abstract: *The current state of health insurance problems in the Russian Federation is considered. The article examines the legal component of this issue, the subject structure, problems, advantages and disadvantages of one system over another.*

Keywords: insurance, compulsory insurance, voluntary insurance, medical insurance, health care.

Один из последних опубликованных докладов Всемирной организации здравоохранения начинается со слов Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен, обращенных к участникам 65 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2012 года: «Всеобщий охват населения медицинскими услугами – это единственная, самая надежная концепция, которую может предложить система общественного здравоохранения» [1].

Ключевым посылом доклада, является достижение охвата всего населения планеты медицинскими услугами: «с обеспечением полного доступа к высококачественным службам укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации, оказания паллиативной помощи и защиты от финансовых рисков невозможно без фактических данных, полученных в результате научных исследований. Научные изыскания обладают необходимым потенциалом для поиска ответов на широкий круг вопросов о том, как мы сможем добиться всеобщего охвата, получив четкое представление о путях повышения уровня здоровья, благополучия и развития человека» [2].

Данный тезис ставится во главу угла по одной простой причине, без должного доступа к безвозмездному лечению ни одно общество не сможет создать сильной и здоровой нации, крепкой экономики, богатства и процветания. Всё дальнейшее развитие человеческого потенциала ставится под угрозу при несвоевременном оказании медицинской помощи, при отсутствии необходимого количества медикаментов, при нежелании граждан осваивать медицинские профессии.

Статья 41 Конституции Российской Федерации закрепляет за гражданами право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств

соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Государство, таким образом, гарантирует обязательную поддержку в случае болезни, для граждан, обладающих полисами обязательного медицинского страхования [3].

В 2010 г. был принят Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании», заменивший собой Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», согласно которому, на всех граждан РФ должна распространять свое действие система обязательного медицинского страхования. Базовым принципом этого закона является обеспечение граждан Российской Федерации равными правами при получении медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Согласно положениям данного закона были учреждены федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, из средств которых, впоследствии и производится компенсация медицинскому учреждению за произведенное лечение. Оплата взносов в фонд обязательного медицинского страхования осуществляется согласно положениями ст. 11 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») и ст. 419 Налогового кодекса РФ, согласно им к страхователям относятся:

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, патентные поверенные, физические лица, применяющие специальный налоговый режим «Налог на профессиональный доход», и иные лица,

занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой.

2. Страхователями для неработающих граждан, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации [4]. Таким образом, все категории населения оказываются «охваченными» защитой системы обязательного медицинского страхования.

Страховым случаем, согласно п. 4 ч. 1 ст. 3 вышеуказанного закона признается: «Совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию»[5]. В главе 7 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» изложены положения относительно Программы обязательного медицинского страхования, закрепляющей поименно перечень болезней и виды возможной оказываемой медицинской помощи по полису ОМС. По принципу деления фондов ОМС, программа так же бывает Базовая и Территориальная. Ежегодно Правительство РФ принимает постановление, содержащее базовую программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в 2019 году: Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»). С помощью перечня, имеющегося в Постановлении, можно убедиться в возможности или невозможности обращения за бесплатной медицинской помощью, отследить статистические данные и данные о финансовых затратах на оказание помощи по ОМС.

Появление подобного закона и в целом введение системы ОМС было обусловлено рядом факторов. Во-первых, в условиях перехода к рынку

актуализировались проблемы социальной защиты населения, в том числе в сфере медицинского обслуживания. Независимо от статусных позиций, финансового положения, социально-демографических характеристик все застрахованные в ОМС могут получить необходимую медицинскую помощь в случае болезни, если она относится к программе ОМС). Во-вторых, усиливающееся расслоение общества, его поляризация приводят к появлению социального неравенства в области медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи – это гарантия государства абсолютно для всех, что позволяет отчасти преодолевать неравенство социальных позиций застрахованных и обеспечивать доступ к медицинским услугам. В-третьих, введение ОМС имеет экономическую значимость, касающуюся «притока» и перераспределения финансовых ресурсов в здравоохранении. Невысокая доля финансовых отчислений на здравоохранение затрудняла решение стратегических задач медицины. Практика ОМС «взяла на себя» часть финансовых проблем и позволила не только обеспечить бесплатную, доступную, качественную медицинскую помощь застрахованным, но и самой системе здравоохранения выжить и ориентироваться на дальнейшее развитие [6].

Несмотря на все кажущиеся положительные моменты строго выстроенной системы ОМС, у нее имеются некоторые существенный недостатки, на исправление которых государство должно обратить внимание в первую очередь, для повышения эффективности функционирования системы.

Одним из самых существенных моментов, вызывающих сложность нормальной реализации работы ОМС это недостаточный объем финансовых вложений, низкий процент страховых взносов, поступающих в фонды обязательного медицинского страхования. Следствием этого является невысокое качество оказываемых медицинских услуг. Процентное соотношение оплаты труда за каждого принятого врачом пациента приводит к естественному желанию со стороны врача ускорить процесс обследования одного пациента и перейти к следующему. Чрезмерный поток пациентов, при

недостатке квалифицированных кадров, оказывающих медицинскую помощь, приводит к тому, что лечение ставится «на поток» и вместо помощи человек может получить даже ухудшение состояния здоровья.

Следующим немаловажным моментом, вытекающим из первого является недостаточная оснащённость больниц, поликлиник, иных учреждений, в которых оказывается медицинская помощь. Отдалённые населённые пункты порой бывают оснащены по стандартам прошлого века, отсутствует необходимое оборудование и техника. Таким образом, человек лишенный дополнительных средств для оплаты каких-либо услуг в частных клиниках, либо не желающий заключить договор добровольного страхования, оказывается лишен качественного медицинского обслуживания, что существенно снижает уровень и качество жизни любого человека.

В противовес к действующей с переменным успехом системе обязательного медицинского страхования, на законодательном уровне не запрещено заключать договоры со страховыми компаниями на добровольное медицинское страхование (далее - ДМС). Согласно статистическим данным за 2011 г., доля финансирования отечественного здравоохранения по полисам ДМС составляет всего 4 %, что является ничтожно малым количеством, в отношении общей массы поступающих в медицину средств. Остальную базу составляют по-прежнему доходы от полиса ОМС и прямая оплата населением медицинских услуг (почти 18%) [7]. Если обратиться к более актуальным статистическим данным, представленным Центральным банком России за 2017 г., то процент заключенных договоров ДМС, от числа любых иных заключенных страховых договоров составляет 6,8 %. Конечно, сравнить эти два показателя: доля финансовых поступлений от ДМС в медицину и долю заключенных в страховых организациях договоров ДМС бессмысленно, однако, общая картина тем ни менее становится ясной: добровольно страховать свое здоровье граждане РФ не стремятся. Часть более платежеспособного населения предпочитает оплачивать медицинские услуги напрямую, за оказанные услуги в частных клиниках, другая же часть, не имеющая в распоряжении лишних

денежных средств вынуждена терпеть все недостатки описанной выше системы ОМС.

Основная специфика добровольного медицинского страхования заключается в том, что оно применяется в дополнение к системе ОМС. Полис ДМС обеспечивает право получения высококачественного медицинского обслуживания по выбранной программе в лечебных учреждениях, предусмотренных программой страхования в течение оговоренного срока. Стоимость полиса ДМС варьируется в зависимости от наполнения программы и объема медицинских услуг, уровня лечебных учреждений (в этом случае отсутствует фиксированная ставка, как в системе ОМС и страховые премии могут составлять существенную сумму).

Если полис приобретается физическим лицом, то стоимость зависит от возраста и состояния здоровья, исходя из данных медицинской анкеты. Если договор ДМС заключается для организации, то стоимость будет зависеть от количества принимаемых на страхование. Страховым случаем по договору ДМС является обращение застрахованного лица в медицинское учреждение для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в программу добровольного медицинского, по поводу ухудшения состояния здоровья или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи и повлекшее возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу.

Добровольное медицинское страхование в Российской Федерации регламентируется Законом РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». В ст. 32.9. медицинское страхование, наряду с другими видами страхования включено в официальный перечень доступных видов страхования в РФ. Помимо этого, отдельные положения, регулирующие этот вид страхования, можно встретить и в других законах, например в Налоговом кодексе РФ.

В связи с тем, что государственная медицина объективно нуждается в дополнительных источниках финансирования, кроме поступлений из средств

бюджета - законодатели пошли навстречу всем работодателям, и чтобы простимулировать увеличение количества застрахованных по системе ДМС граждан включили расходы на оплату полисов ДМС в расходы на оплату труда, ч. 9 п. 16 ст. 255 НК РФ: «К расходам на оплату труда относятся: взносы по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников, расходы работодателей по договорам на оказание медицинских услуг, заключенным в пользу работников на срок не менее одного года с медицинскими организациями, имеющими соответствующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданные в соответствии с законодательством Российской Федерации» [8]. Так же, наряду с юридическими лицами, для физических лиц расходы по оформлению полиса ДМС учитываются при предоставлении социального налогового вычета (п. 3 ст. 219 НК РФ).

Учитывая все имеющиеся факторы, в секторе ДМС наибольшая доля (86%) страховых премий приходится на договоры, заключенные с юридическими лицами на медицинское обслуживание («корпоративное» ДМС). Несмотря на заинтересованность частных лиц в возможности добровольного страхования, стоит заметить, что уровень розничного ДМС значительно ниже коллективного. Одной из причин данной ситуации является в первую очередь низкий доход населения: многие граждане не могут позволить полиса ДМС. Второй причиной низкой заинтересованности розничного ДМС является то, что, несмотря на большое обилие частных клиник в каждом городе, доверие со стороны населения к организациям данного типа остается низким из-за устоявшегося мнения, что частные клиники стремятся назначить как можно больше ненужных процедур, чтобы увеличить собственную прибыль [9].

Ни в одной стране мира здравоохранение не финансируется государством в полном объеме. Каждая страна стремится к оптимальному сочетанию государственных и частных источников финансирования, будь то распределение рисков, расширение мощностей и доступа, повышение эффективности или ускоренное внедрение инноваций.

С учетом современной экономической и политической ситуации в России в качестве основного источника дополнительных средств остаются ДМС и платные услуги. Программы ДМС, хотя и дешевле для граждан, чем платные услуги, благодаря исключению за счет контроля со стороны страховых организаций ряда не нужных для лечения медицинских услуг, все же еще недоступны по цене (из-за дублирования части гарантированной медицинской помощи) для большей части населения. Чтобы повысить доступность, необходимо развивать программы ДМС как дополнение к программам ОМС в целях сокращения времени ожидания высокотехнологичной медицинской помощи и повышения уровня медицинского сервиса. Это позволит снизить стоимость программ ДМС, исключить двойную оплату одних и тех же услуг и повысить эффективность использования дополнительных средств в медицинской организации [10].

Список литературы:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г. ВОЗ [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2013.pdf> (Дата обращения 01.03.2019 г.).
2. Конституция Российской Федерации : принята всенар. голосованием 12 дек. 1993 г. // Рос.газ. 1993. 25 декабря.
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. 2010. 03 декабря.
4. Антонова Н.Л. Становление и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России: автореф. дис. ... д-ра социологических наук. Екатеринбург, 2012. 39 с.
5. Сплетухов Ю.А. Направления совершенствования медицинского страхования в стране // Финансы. 2011. № 1. С. 45-49.

6. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05 августа 2000 г. № 117-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2000. 07 августа.

7. Ефимова О.Н., Умникова Е.С. Особенности развития медицинского страхования в России: Международная заочная научно-практическая конференция студентов, аспирантов и молодых ученых [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://konesh.ru/osobennosti-razvitiya-medicinskogo-strahovaniya-v-rossii.html> (дата обращения 25.02.2019 г.).

8. Архипов А.П. О страховых принципах финансирования Российского здравоохранения // Финансы. 2012. № 2. С. 43-44.