

08.00.00 Economic sciences

08.00.00 Экономические науки

UDC 368.9.06 (470)

Health Insurance in the Russian Federation

Kseniya E. Bistrova

Saint-Petersburg State University of Economics and Finance, Russia

21 Sadovaya str., Saint-Petersburg, 191023

PhD Student

E-mail: kshome@mail.ru

Abstract. The contribution is focused on health insurance in the Russian Federation, brings in comparative analysis of compulsory and voluntary health insurance.

Keywords: compulsory health insurance; voluntary health insurance; fee-for-service medicine; free medical service.

Медицинское страхование — особый вид страховой деятельности, предусматривающий компенсацию материальных потерь и расходов застрахованных лиц, связанных с восстановлением здоровья [1]. В Российской Федерации выступает как инструмент социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Система медицинского страхования признана наиболее оптимальным механизмом обеспечения прав граждан на оказание медицинской помощи. Объясняется это тем, что государственная медицина зачастую не обеспечивает необходимого качества медицинской помощи вследствие недостаточного бюджетного финансирования и неэффективного управления. В идеале страховая медицина призвана обеспечивать за счёт своих источников финансирования качественную медицинскую помощь любому застрахованному лицу. Страховая медицина - это медицина, расходы на которую покрываются за счет специальных страховых фондов – обязательных и добровольных. Социальная функция страховой медицины заключается в том, что вне зависимости от размера уплаченных страховых взносов, социально-незащищенные граждане имеют одинаковые права с остальными гражданами на объем и качество медицинской помощи.

Любая система страхования подразумевает обязательное наличие объекта страховой защиты и участников страхования (страхователь, страховщик, застрахованный). В соответствии с вышесказанным, определим в медицинском страховании участников формирования страховой защиты:

- Объект страховой защиты – страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. В отличие от общемировой практики, в Российской Федерации страховая защита покрывает только один риск – расходы на оплату оказываемой медицинской помощи. Потеря временной нетрудоспособности является риском другой отрасли социального страхования – «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

- Страхователь – инициатор страхования, уплачивающий страховые взносы на обеспечение гражданам медицинского страхования.

- Страховщик – это сторона, аккумулирующая взносы страхователей и обеспечивающая за счет средств страхового фонда медицинское страхование и

страхование обеспечения необходимыми лекарственными средствами граждан.

• **Застрахованный** – лицо, в пользу которого заключается договор медицинского страхования и получатель медицинской помощи.

Необходимо отметить, что в отличие от других видов страхования, в медицинском страховании появляются два важных участника страхования:

• **Страховая медицинская организация** – страховая организация, выполняющая исключительно медицинское страхование в двух формах: обязательной и добровольной.

• **Медицинское учреждение** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, главной деятельностью которого является медицинская деятельность.

Для выявления организационных особенностей медицинского страхования, стоит рассмотреть сравнительную характеристику обязательного и добровольного медицинского страхования

Таблица

Сравнительная характеристика ОМС и ДМС

Признак сравнения	ОМС	ДМС
Вид страхования	Обязательный	Добровольный
Страховое обеспечение	Минимальный гарантированный объем медицинской помощи	Расширенная программа в соответствии со страховым интересом страхователя
Принцип возмещения	Солидарности	Эквивалентности
Сочетание с другими видами страхования	Только с ДМС	Со всеми рисковыми видами и ОМС.
Страхователь	Органы местного самоуправления и работодатели	Работодатели и физические лица
Страховщик	Единый - ФОМС	Множество страховых компаний
Программа страхования	Устанавливается Правительством	Разрабатывается каждой компанией индивидуально
Тариф	Утверждается Правительством	Рассчитывается актуариями
Охват страхованием	Всеобщий	Коллективный или индивидуальный
Срок страхования	Неограничен	Устанавливается условиями договора
Социально-экономическое значение	Социальное	Коммерческое

Анализ сравнительных характеристик добровольного и обязательного медицинского страхования показал, что:

1. Трактовка двух систем определяет их содержание, т.е в системе ОМС всегда возникают обязательства по уплате страховых взносов, а в системе ДМС возникает факультативность уплаты страховых взносов.

2. Страховое обеспечение в ОМС определяется в соответствии с

законодательством – минимальный набор медицинского обслуживания в соответствии с Программой ОМС. В добровольном медицинском страховании разрабатывается расширенная программа страхования, включающая родовспоможение, стоматологическую помощь, санаторно-курортное лечение и другое.

3. Несмотря на то, что и та, и другая системы страховые, ОМС использует принцип страховой солидарности (одинаковые программы для всех), а ДМС – принцип страховой эквивалентности. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

4. ОМС осуществляется только с ДМС в специальных страховых медицинских организациях. ДМС функционирует как с ОМС, так и с другими видами рискованного страхования во всех страховых организациях, имеющих лицензию на данный вид страхования.

5. Страхователями при обязательном медицинском страховании выступают для работающих граждан – работодатели, а для неработающих – государство (органы местной исполнительной власти). Страхователями в добровольном медицинском страховании являются работодатели или физические лица. При ДМС договор заключается только на добровольной основе. При ОМС не существует договора между страхователем и страховщиком, однако страховые взносы уплачиваются в обязательном порядке.

6. Начиная с 1 января 2011 года в системе ОМС Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования выступает единственным страховщиком в системе. В системе ДМС реализуется право выбора страховщика.

7. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, предоставляющая перечень медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на территории субъекта РФ. При добровольном медицинском страховании перечень услуг и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.

8. Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются на территориальном уровне соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой организацией и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

9. ОМС является всеобщим, а добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

10. В отличие от добровольного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов, и страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

11. Несмотря на то, что ДМС преследует социальные цели, являясь формой социальной защиты населения, основная цель ДМС – коммерческая, т.е. получение прибыли. В ОМС нет цели извлечения прибыли.

С учетом вышеизложенного, автор выделяет следующие особенности системы медицинского страхования:

1. Отсутствие выплат в медицинском страховании. Все расчеты производятся между ЛПУ и страховыми организациями. В Российской Федерации

медицинское страхование покрывает только расходы на лечение и другие виды медицинской помощи. Согласно законодательству, ни в системе ОМС ни в системе ДМС не существует риска, связанного с потерей личного дохода в результате болезни. Актуальность покрытия данного риска в современных условиях очевидна. Во-первых, установлена достаточно низкая минимальная граница государственного социального пособия по временной нетрудоспособности (на уровне средней заработной платы по стране) и очень низкий размер государственных пенсий по инвалидности (коэффициент замещения средней пенсией средней зарплаты не превышает одну треть). Во-вторых, достаточно большая социальная группа – самозанятое население, индивидуальные предприниматели – не имеет вообще обязательной государственной социальной защиты по временной нетрудоспособности [2].

2. Отсутствие законодательства, регулирующего оба вида медицинского страхования. С 1 января 2011 года начал действовать «Закон об обязательном медицинском страховании», регулирующий страховые отношения в сфере ОМС. До принятия этого закона действовал «Закон о медицинском страховании граждан», определяющий правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации. В частности, закон определял правовое положение как обязательного, так и добровольного медицинского страхования. В настоящее время сложилась ситуация, при которой организация ОМС четко регламентирована федеральным законом, а регулирование ДМС отсутствует. При организации данного вида страхования остается лишь сослаться на главу 48 ГК РФ и «Закон об организации страховой деятельности в РФ».

3. Наличие страховых медицинских организаций, выполняющих полный контроль за качеством оказанных услуг, обоснованностью предоставленных услуг и соблюдением прав застрахованных. При этом СМО – это посредник, не имеющий возможности осуществлять классическое страхование в системе ОМС. В добровольном медицинском страховании СМО осуществляет рисковое страхование. В ст. 14 «Закона об ОМС» сказано, что СМО может заниматься только обязательным и добровольным медицинским страхованием. Также в законе указано, что СМО выполняет некоторые полномочия страховщика (ФФОМС) и, как следствие, фактически не является страховщиком в системе ОМС. Таким образом, автоматически СМО выполняет функции страховщика в системе добровольного медицинского страхования, при этом разграничивает средства по ОМС и ДМС. Однако отличительной чертой ДМС является его убыточность. Так, за 9 месяцев 2010 года коэффициент составил 83,2 % (за 9 месяцев 2009 года – 77,2 %). По итогам 2010 года показатель убыточности превысил 90 %, в 2009 году – 87,4 % [3]. Поэтому страховщики предпочитают сочетать ДМС с остальными видами страхования, поскольку в соответствии с федеральным законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», объектами страхования могут быть либо имущественные интересы, связанные с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни), либо имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование) и страхование объектов имущественного страхования [4]. Проанализировав вышеизложенное, автор делает вывод о том, что фактически СМО является связующим звеном между застрахованным и медицинским учреждением, выполняет лишь функции по защите прав застрахованных и регулирует все возникающие споры в сфере ОМС. Более того, чаще всего российские страховщики выделяют отдельную дочернюю компанию, которая занимается исключительно обязательным медицинским страхованием.

4. Система добровольного медицинского страхования граждан выполняет замещающую функцию по отношению к ОМС. Согласно статье 80, пункту 1 Закона «Об обязательном медицинском страховании» [5], граждане имеют право на четыре вида бесплатной медицинской помощи: первичную, специализированную, скорую и паллиативную. В пункте 3 этой же статьи указано, что при нахождении в больнице для граждан должны быть бесплатными процедуры, лекарства, а также транспортировка в другое медицинское учреждение для диагностики и лечения, если в этом признают необходимость. Несмотря на указанный в статье 80 перечень бесплатных медицинских услуг, в законе существует пробел относительно определения перечня платных медицинских услуг. Так, в статье 84 п.1 закона об ОМС сказано, что граждане по своему желанию имеют право получать платные медицинские услуги и платные немедицинские услуги (сервисные, бытовые, транспортные и иные услуги). В пункте 5 этой же статьи указывается, что медучреждения, которые участвуют в программе государственных гарантий, в том числе территориальной, могут оказывать платные медицинские услуги пациентам на иных условиях, чем предусмотрено программами государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Далее нигде в Законе не уточняется - что подразумевается под иными услугами, не предусмотренными программами государственных гарантий. В связи с отсутствием конкретного понятия иных услуг, автор выявляет, что под иными услугами можно понимать как сервисные услуги, так и медицинские услуги, оказанные иным способом. Остается непонятным – является ли отклонение от медицинских стандартов и порядков оказания медицинской помощи, утвержденных для всей территории Российской Федерации и закрепляемых в пункте 1 статьи 37 настоящего Закона иным условием оказания медицинской помощи или нет. То есть, если у человека есть непереносимость того или иного назначаемого препарата или выявилась новая форма заболевания, и в стандарте не существует порядка оказания помощи таким пациентам, то данный случай можно считать иным и оплачивать его нужно самостоятельно. В связи с этим, для медицинских учреждений существует множество способов оказывать медицинские услуги на платной основе. Таким образом, программы ДМС полностью дублируют программы ОМС, только качество медицинских услуг и сервис их предоставления намного выше, чем в системе ОМС.

5. Параллельное существование системы ОМС с ДМС. Наличие полиса ДМС у застрахованного не означает отказ в помощи по ОМС или наоборот. Программы ОМС и ДМС не конфликтуют между собой, а существуют параллельно и призваны улучшить здоровье населения.

Примечания:

1. Страхование: учебник / под ред. Т.А.Федоровой. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Магистр, 2008. 1006 с.
2. Страхование: учебник / под ред. Л. А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. М.: Издательство Юрайт; Высшее образование, 2010. С. 424.
3. Эксперт РА: рейтинговое агентство. <http://www.raexpert.ru>.
4. Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации от 27 ноября 1992 г № 4015-1.
5. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. N 326 –ФЗ.

УДК 368.9.06 (470)

Особенности медицинского страхования в Российской Федерации

Ксения Евгеньевна Быстрова

Санкт-Петербургский государственный университет экономики и финансов, Россия
191023, Санкт-Петербург, ул. Садовая, 21

Аспирант

E-mail: kshome@mail.ru

Аннотация. В предлагаемой статье рассмотрены особенности медицинского страхования в Российской Федерации. Проведен сравнительный анализ обязательного и добровольного медицинского страхования.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование; добровольное медицинское страхование; платные медицинские услуги; бесплатные медицинские услуги.