

Особенности правового регулирования обязательного медицинского страхования в России и в странах Таможенного союза в современных условиях

В статье выделены особенности и тенденции развития правового регулирования обязательного медицинского страхования в России. Определены сущность и содержание правового обеспечения медицинского страхования как основы социальной защиты в условиях социально ориентированной рыночной экономики России. На примере анализа обязательного медицинского страхования, существующего в России и в странах Таможенного союза, предложены конкретные меры по совершенствованию правового обеспечения обязательного медицинского страхования в РФ.

Ключевые слова: система обязательного медицинского страхования, Таможенный союз, финансирование, здравоохранение, финансовые средства, страховые медицинские организации.

По состоянию на 2017 г. Таможенный союз (ТС) включает в себя Армению, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Россию. Желание стать участником этого соглашения озвучено Сирией и Тунисом. Кроме этого, известно о предложении включить в соглашение ТС Турцию. Однако до настоящего момента не принято конкретных процедур для вступления этих государств в ряды Союза.

В Российской Федерации обязательное медицинское страхование (ОМС) закреплено на законодательном уровне. В целом в России обязательное медицинское страхование регулируется Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹, Федеральным законом от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»², Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании

в Российской Федерации»³ (далее – Закон об ОМС) и др. Государство осуществляет постоянный контроль за деятельностью субъектов данного вида страхования.

Предпринятые меры по изменению правового регулирования ОМС в России в 2011–2016 гг. должны были обеспечить повышение качества и количества предоставляемых медицинских услуг.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предполагалось, что до 2015 г. все виды специализированной медицинской помощи должны были быть переведены на финансирование из системы ОМС.

В настоящее время анализ обеспечения населения России бесплатной медицинской помощью с использованием средств Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) показывает, что существует достаточно много нерешенных проблем.

Страхование должно обеспечивать возмещение возникших убытков в результате страхового случая. Это аксиома, которая признается всеми правоведами и подтверждается законодательством не только в России, но и во всем мире.

К сожалению, нормы существующего российского законодательства зачастую не реализуются на практике в полной мере.

Одна из основных причин неразвитости страхового рынка вообще и, в частности, рынка услуг по обязательному медицинскому страхованию – низкий уровень платежеспособного спроса населения. Повышение уровня доходов населения – необходимое и важнейшее условие развития рынка страхования. Страхование, развиваясь, будет способствовать начавшемуся процессу экономического оздоровления. Именно интересы населения в первую очередь определяют стратегию развития любого страхового рынка. Роль благосостояния населения в условиях рыночной экономики, становится особенно значимой.

Если посмотреть на систему современного российского здравоохранения, то базовой проблемой можно считать несоответствие декларируемых государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и реальных возможностей государства по выполнению этих гарантий, что приводит к недофинансированию отрасли⁴.

В феврале 2013 г. был создан Евразийский конгресс страховых организаций (ЕКСО), который в настоящее время готовит проект по созданию единого страхового рынка на территории стран Таможенного союза (ТС). Согласно плану ЕКСО, единый страховой рынок стран, входящих в ТС, должен быть создан к 2019 г. в рамках Единого экономического пространства (ЕЭП)⁵.

С 1 января 2017 г. вступила в силу новая редакция правил обязательного медицинского страхования, в соответствии с которой временно пребывающие иностранные граждане из Армении, Беларуси, Казахстана и Киргизии, работающие в Российской Федерации по трудовым договорам, могут бесплатно оформить себе полисы обязательного медицинского страхования (указанное правило не распространяется на членов семей указанных работников, хотя это противоречит международным обязательствам Российской Федерации, принятым на себя в Договоре о ЕАЭС).

Но одной из основных проблем в обеспечении ОМС в России является низкое качество правового регулирования данного вида страхования.

Так, Правительством Российской Федерации Минздраву России были даны поручения по разработке и утверждению стандартов медицинской помощи, оказываемой в системе ОМС.

Однако за период с 1 июля 2014 г. по 28 октября 2016 г. Минздравом России к имеющимся 794 приказам Минздрава России были дополнительно приняты только 48 приказов, утверждающих стандарты медицинской помощи.

Так, отсутствуют стандарты медицинской помощи по таким распространенным заболеваниям, как астма, аппендицит, кишечная непроходимость, и ряду других.

В данной связи неясно, каким образом выявляются и устанавливаются нарушения в отношении заболеваний, не охваченных стандартами медицинской помощи⁶.

И что самое странное, эти и другие нарушения страхового законодательства, факты недостоверности бухгалтерской отчетности СМО, признаки финансовой неустойчивости отдельных СМО могут свидетельствовать о ненадлежащем исполнении Банком России своих полномочий по надзору за деятельностью СМО, установленных статьей 30 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Анализируя данные представленного отчета Счетной палаты, можно сделать вывод, что обеспечение защиты прав застрахованных лиц сведено только к их информационному сопровождению.

При этом какие-либо иные нормативные правовые акты, которые предусматривают возможность напрямую защищать интересы застрахованных лиц, отсутствуют.

Международные договоры РФ наряду с общепризнанными принципами и нормами международного права являются составной частью правовой системы РФ. Международные договоры об-

разуют существенный элемент стабильности международного правопорядка и отношений России с зарубежными странами, функционирования правового государства.

В 2016 г. в Россию въехали 16 290 031 иностранных граждан, что соответствует населению некоторых европейских стран.

Урегулирование вопросов предоставления медицинской помощи иностранным гражданам может осуществляться путем подписания как многосторонних, так и двусторонних договоров и соглашений. В качестве примера:

1) Европейское соглашение от 17 октября 1980 г. «О предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны»⁷.

2) Соглашение между Правительством Республики Беларусь, Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики и Правительством РФ от 24.11.1998 г. «О взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи»⁸.

3) Соглашение Правительств государств – участников стран СНГ от 27.03.1997 г. «Об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств»⁹.

4) Соглашение между Правительством РФ и Правительством Республики Беларусь от 24.01.2006 г. «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»¹⁰.

5) Соглашение от 19.11.2010 г. «О правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей»¹¹.

6) Договор между Российской Федерацией и Республикой Казахстан от 20 января 1995 г. «О правовом статусе граждан РФ, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан, и граждан Республики Казахстан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации»¹², и др.

В странах ТС выявляются существенные различия в организации обязательного страхования. В частности, в Республике Беларусь в силу значительной централизации и государственного регулирования обязательное страхование осуществляется исключительно государственными страховыми организациями и организациями, свыше 50 процентов акций которых находится в государственной собственности. Сближение национальных страховых систем осуществляется путем развития и согласования взаимных интересов по гармонизации отраслевого законодательства, форми-

рованию единых условий и требований к субъектам страхового дела, установлению единых параметров регулирования.

Содержание и направления унификации систем государственного регулирования страховой деятельности интегрируемых стран определяются уровнем экономического развития, историческими, национальными, геополитическими и отраслевыми условиями. Интеграция национальных страховых систем осуществляется на основе взаимного развития институциональных систем. Несмотря на ряд межправительственных соглашений по сближению национальных страховых систем в рамках Евразийского экономического пространства, еще наблюдаются существенные расхождения в сфере регулирования¹³.

Представляют интерес новые реформы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), проводимые в Республике Казахстан (РК) в 2017 г.

Финансовые средства системы ОСМС формируются из поступлений страховых взносов работодателей, работников, самих граждан, также платежей из государственного бюджета за социально-уязвимые категории населения и неработающих лиц.

Согласно закону РК «Об обязательном социальном медицинском страховании»¹⁴ существуют 15 категорий граждан, которые освобождаются от уплаты обязательных взносов – за них производит отчисления государство за счет государственного бюджета.

Указанные особенности обязательного медицинского страхования РК могут вызвать серьезные препятствия в унификации страхового законодательства среди стран Таможенного союза.

В качестве примера: страховая система здравоохранения в Европейском союзе представлена в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции. В основе этой модели лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями. Медицинское страхование, как правило, является обязательным для всех работающих по найму. В большинстве стран ЕС обязательным медицинским страхованием охвачено практически все население: так, например, в Австрии и Люксембурге только 1–3% населения остаются незастрахованными; в основном это богатые жители Люксембурга. В Германии большинство населения (88%) охвачено обязательным медицинским страхованием¹⁵.

В настоящее время продолжается унификация законодательства стран ТС, регулирующего обязательное медицинское страхование.

В настоящий момент на рынке ОМС работают 109 страховых организаций, при этом численность застрахованных по договорам

ОМС составила 141 млн чел., т. е. почти все население Российской Федерации (142 млн чел.). Доля работающих граждан, взносы за которых вносятся работодателями, в общем числе застрахованных остается стабильной и составляет от 40 до 42%¹⁶.

Медицинское страхование может по праву считаться одним из столпов страхового рынка России. Его доля в общем сборе страховых взносов составляет около 34%. В целом для системы здравоохранения характерны наличие многих каналов финансирования и чрезвычайно слабая нормативная база обоснования издержек. Это обстоятельство сказывается на деятельности всех медицинских страховщиков – как в части ОМС, так и ДМС. Для того чтобы сделать медицинское страхование более эффективным в деле защиты интересов людей, надо, на наш взгляд, решить 2 задачи: во-первых, усилить позиции ОМС и, во-вторых, оптимальным образом сочетать функции ОМС и ДМС, что должно придать дополнительный стимул развитию ДМС.

При реализации политики по правовому регулированию обязательного медицинского страхования государство должно опираться на достижения современной науки. В частности, на принципы страхового права.

Публично-правовые принципы страховой деятельности основаны на действенном контроле со стороны государства. Для этого применяется механизм государственно-правового регулирования. Способы регулирования страховых отношений со стороны государства раскрывают специфику методов регулирования в отдельных областях общественных отношений и выражаются в особенности юридических норм. Есть три основных способа: запрещение, дозволение и обязывание. Государственно-правовое регулирование страховой деятельности осуществляется в основном в форме государственно-властных предписаний для участников страховых отношений. Выделяют следующие направления регулирования страховой деятельности со стороны государства:

- а) государственный надзор за деятельностью субъектов страхового дела;
- б) обеспечение финансовой устойчивости страховщиков;
- в) пресечение монополистической деятельности и недобросовестной конкуренции на страховом рынке;
- г) проведение единой государственной политики в сфере страхования;
- д) формирование механизмов, обеспечивающих экономическую безопасность граждан и хозяйствующих субъектов на территории Российской Федерации.

Для развития российского страхового рынка необходимо сближение страхового законодательства с международными стандартами с целью увеличения разнообразия страховых продуктов и услуг и наращивания объема страховых операций, развития долгосрочного накопительного страхования жизни, страхования ответственности за исполнение договорных (контрактных) обязательств, укрепления капитализации и качества активов российских страховщиков.

В целях прекращения практики принятия нормативных правовых актов, содержащих декларативные нормы об обязательности страхования, необходимо создать законодательную основу обязательного страхования на территории Российской Федерации. Система обязательного страхования должна предусматривать эффективную защиту имущественных интересов государства от стихийных бедствий, аварий и катастроф при минимальных затратах бюджетных средств. Для этого необходимо провести инвентаризацию соответствующих объектов, определить их стоимость, риски, от которых будет предоставляться страховая защита, и формы страхования, а также изыскать источники осуществления страховой защиты.

Российская практика организации обязательного медицинского страхования имеет значительные отступления от классического механизма страхования. В первую очередь это связано с тем, что создание страховых фондов осуществляется не страховой организацией, а специально созданными для этой цели государственными некоммерческими организациями – Федеральным и территориальными фондами ОМС. В классическом механизме страхования недостаточный размер страховой премии или возможность ее неуплаты одним страхователем не влияет существенным образом на общую финансовую устойчивость страховой компании вследствие использования ею обычного для страхования гарантийного механизма – страховых резервов, формируемых из взносов других страхователей. Организационный механизм российской системы ОМС, в котором перечисление средств страховой компании осуществляется только территориальным фондом ОМС, ведет к нарушению автономности страховой организации. Поскольку в функциях как страховой организации, так и фонда ОМС присутствуют черты страховой деятельности, то такие отношения между двумя участниками этой системы следует отнести скорее к внутриорганизационным.

Во-вторых, в российской системе ОМС функции страховщика оказываются разделенными между территориальными фондами

и страховыми организациями. В результате получение страховых взносов возложено на один субъект, а страховые выплаты осуществляет другой.

Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования, размещают на собственных официальных сайтах в сети Интернет, опубликовывают в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе о праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц¹⁷. К сожалению, указанное требование законодательства страховыми медицинскими организациями не выполняется в полной мере.

Представляет интерес введение системы паритетного участия работодателя и работника в финансировании обязательного медицинского страхования. Данный вариант софинансирования населением системы ОМС можно рассматривать как одно из возможных решений проблемы, которое позволит повысить финансирование до уровня, требуемого для финансирования услуг, подпадающих под государственные гарантии. Важным эффектом такого решения было бы не только увеличение объема средств, поступающих в систему ОМС, но и возникновение серьезного основания для застрахованных предъявлять требования к страховщикам и лечебным учреждениям по поводу оказания качественной медицинской помощи в полном объеме, предусмотренном программами ОМС без неофициальных платежей из личных средств пациентов за те или иные услуги¹⁸.

В нынешней системе ОМС отсутствует баланс интересов ее участников: государства, страхователей, страховщиков, медицинских организаций и застрахованных граждан. Отметим, что нет и критериев эффективности работы системы ОМС, от которых бы

зависел объем финансирования, поэтому, на наш взгляд, система медицинского страхования по-прежнему «платит» не за результат, а за процесс оказания помощи. А последние события показали, что в большинстве стационаров имеются еще и «приписки» по количеству посещений пациентов с целью увеличения финансирования и оплаты услуг по ОМС (ситуация с личным кабинетом граждан в лечебном учреждении в Москве). Исходя из этого, одной из наиболее негативных характеристик современного российского здравоохранения стало все углубляющееся противоречие между гарантируемым государством правом граждан на получение бесплатной медицинской помощи и его реальным обеспечением¹⁹.

В соответствии со Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. особую роль государство отводит развитию страховых принципов модели ОМС.

Так, в частности, одним из основных параметров развития модели обязательного медицинского страхования является повышение ответственности страховых медицинских организаций за эффективность расходов в системе здравоохранения.

Необходимо коренное изменение принципов работы страховых медицинских организаций, включая переход от администрирования платежей по факту оказания услуг к эффективному управлению расходами на застрахованных, в том числе путем возложения на страховые медицинские организации части финансовых рисков по оплате медицинской помощи.

Источником покрытия данных расходов для страховых медицинских организаций могли бы стать страховые резервы, сформированные за счет части прибыли, полученной в результате введения льготного налогообложения для страховых организаций, осуществляющих «классические виды» страхования.

Примечания

- ¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
- ² Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» // СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3686.
- ³ Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.
- ⁴ Ахметзянов А.Р., Устюгов А.В. Пути совершенствования механизмов финансового обеспечения здравоохранения за счет средств обязательного медицинского страхования // Модернизация России: Ключевые проблемы и решения:

- XII Междунар. науч. конф., 15–16 декабря 2011 г. / Ин-т научной информации по общественным наукам РАН. М., 2012 г.
- ⁵ *Миляева М.Б., Громова С.В.* Организация системы медицинского страхования в рамках Таможенного союза // Российский внешнеэкономический вестник. 2013. № 5. С. 45.
 - ⁶ Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Оценка эффективности деятельности страховых медицинских организаций как участников обязательного медицинского страхования в 2014–2015 годах и истекшем периоде 2016 года» // Бюллетень Счетной палаты. 2017. № 3. С. 260.
 - ⁷ См.: Сборник международных договоров СССР. Вып. 47. М., 1994.
 - ⁸ См.: СЗ РФ. 2002. № 24. Ст. 2251.
 - ⁹ См.: Российская газета. № 90. 12.05.97.
 - ¹⁰ См.: СЗ РФ. 2008. № 9. Ст. 811.
 - ¹¹ См.: Бюллетень международных договоров. 2013. № 6.
 - ¹² См.: Бюллетень международных договоров. 1996. № 9. С. 78.
 - ¹³ *Насырова Г.А.* Межстрановая интеграция как фактор гармонизации национальных систем регулирования страховой деятельности // Проблемы современной экономики. 2015. № 2 (46). С. 68.
 - ¹⁴ См.: Ведомости Парламента РК. 2015. № 22-1. Ст. 142.
 - ¹⁵ *Антропов В.В.* Социальная защита в странах Европейского союза. М.: Экономика, 2009. С. 45.
 - ¹⁶ *Штиб А.В.* Система обязательного медицинского страхования и добровольного страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы. [Электронный ресурс] URL: <http://novainfo.ru/article/10976/pdf> (дата обращения: 15.09.2017).
 - ¹⁷ СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.
 - ¹⁸ *Цыганова О.А., Ившин И.В.* Медицинское страхование: Учеб. пособие. Архангельск: Изд-во Северного гос. ун-та, 2014. С. 157.
 - ¹⁹ *Мурзаева О.В.* Анализ финансового обеспечения здравоохранения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (на примере Республики Мордовия) // Мир науки и образования. 2015. № 5. С. 56.