

## Организация системы медицинского страхования в рамках Таможенного Союза

Созданный в феврале 2013 года Евразийский конгресс страховых организаций (ЕКСО) приступил к разработке проекта по созданию единого страхового рынка на территории стран Таможенного союза (ТС). Согласно плану, единый страховой рынок стран, входящих в ТС должен быть создан к 2019 году в рамках Единого экономического пространства (ЕЭП). Внедрение общих принципов свободного трансграничного перемещения товаров, услуг, капитала и рабочей силы невозможно без внесения изменений в вопросы регулирования страховой деятельности на национальном уровне. Несмотря на то, что наибольший интерес для разработчиков дорожной карты по созданию единого рынка представляют вопросы трансграничного страхования в сфере страхования ответственности, а также открывающиеся возможности перестрахования рисков, следует обратить внимание и на вопросы личного страхования, связанные, в частности, с общепринятой в мире практикой медицинского страхования иностранных граждан. В России накоплен достаточный опыт в этой области, подкрепленный наличием международных соглашений, в том числе и со странами ЕЭП.

Под медицинским страхованием в России чаще всего понимают вид личного страхования, который является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья и осуществляется в двух видах: обязательном – обязательном медицинском страховании (ОМС) и добровольном – добровольное медицинское страхование (ДМС). Именно такая трактовка медицинского страхования содержалась в нормативных актах, регламентирующих деятельность страховщиков в медицинском страховании до 2010 года.

*М.Б. Миляева,  
С.В. Громова*

УДК 368  
ББК 65.271  
М-609



С 2010 года действуют специальные нормы, регулирующие исключительно обязательное медицинское страхование, которые определение понятий медицинского страхования и добровольного медицинского страхования не содержат. При этом обязательное медицинское страхование воспринимается как совокупность различных мер как правового, так и экономического и организационного характера, которые должны предоставить бесплатную медицинскую помощь застрахованным. Такая помощь осуществляется в рамках законодательно установленных случаев на основе базовых программ данного вида страхования и за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы ОМС.

Деление медицинского страхования на обязательное государственное и добровольное (частное) свойственно большому числу стран мира. Также необходимо отметить и опыт обязательного частного страхования (например, данный вид страхования нашел применение в целях сокращения госрасходов в Нидерландах), где страхование осуществляется не за счет государственных фондов и бюджетов. В целом на долю обязательного медицинского страхования приходится большая часть расходов по медицинскому страхованию.

Например, на рисунке 1 отражено участие частного и государственного социального страхования в покрытии расходов на медицинское страхование в разрезе некоторых стран Европейского Союза.

Рисунок 1

**Доля государственного бюджета и частного сектора экономики в покрытии расходов на здравоохранение в некоторых странах — членах ЕС**



Источник: базы данных «Eurostat» и «OECD»

Как видно из приведенного рисунка, государственное медицинское страхование наиболее сильно развито в Великобритании, Норвегии, Чехии, Швеции. Следует отметить, что государственное медицинское страхование также имеет некоторые отличия в финансировании. Так, оно может полностью финансироваться из государственного бюджета (как в Великобритании и Швеции) или за счет обязательных взносов в государственные страховые фонды, или совмещать оба подхода, как в большинстве стран – членов ЕС.

Опыт Европейского Союза в области создания единых правил и общих принципов медицинского страхования физических лиц, перемещающихся внутри Европейского Союза, весьма полезен для участников ЕЭП. Речь идет о единой карте медицинского страхования Европейского Союза, которая подтверждает право на получение необходимой или неотложной медицинской помощи в том же объеме, в каком она гарантирована для жителей соответствующего государства. Европейская карта медицинского страхования, или ЕНИС (European Health Insurance Card) – это документ, подтверждающий, что лицо является жителем страны-участницы Европейского Союза или Норвегии, Лихтенштейна, Исландии или Швейцарской Конфедерации, и социально застрахованным лицом в своей стране. Карту следует получить перед выездом из страны постоянного пребывания, она выдается бесплатно и в некоторых странах совмещена с национальной картой медицинского страхования.

В России на долю обязательного медицинского страхования приходится большая часть рынка и, соответственно, страховых взносов, что отражено в таблицах 1 и 2, где представлены официальные статистические данные по обязательному и добровольному медицинскому страхованию.

Таблица 1

**Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и причитающиеся к получению страховой медицинской организацией в рамках ОМС в 2012 году**

Средства, предназначенные для оплаты	в том числе			Число застрахованных		Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, тыс. руб.
	от территориального фонда ОМС, тыс. руб.	из медицинских организаций, тыс. руб.	от юридических или физических лиц, тыс. руб.	в отчетном периоде, человек	на конец отчетного периода, человек	
всего, тыс. руб.	714 834 537	22 658 616	11 881	18 839 337	146 657 256	697 429 514

Источник: <http://www.fcsm.ru/>



Таблица 2

**Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и причитающиеся к получению страховой медицинской организацией в рамках ДМС в 2012 году**

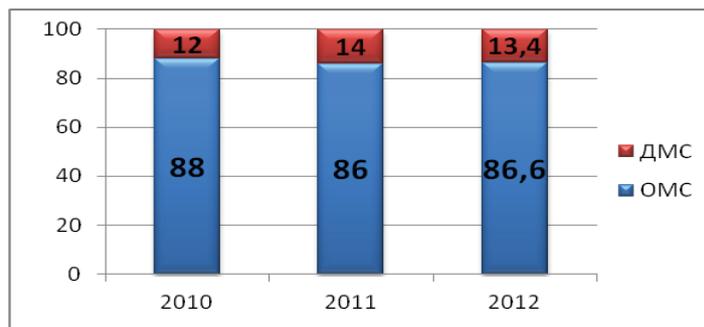
Страховые премии по договорам страхования, тыс. руб.	Страховые премии по договорам, переданным в перестрахование			Страховая сумма по заключенным договорам страхования, тыс. руб.	Количество договоров страхования		Количество страховых случаев		
	всего, тыс. руб.	в том числе			заключенных, единица	действовавших на конец отчетного периода, единица	заявленных, единица	урегулированных	
		на территории РФ, тыс. руб.	за пределы РФ, тыс. руб.					всего, единица	из них отказов в страховой выплате, единица
2 537 542	25 245	25 245	0	114 320 977	349 659	195 917	845 048	825 952	3 871

Источник: <http://www.fcsм.ru/>

Структура рынка медицинского страхования в динамике за последние 3 года представлена на рисунке 2. Данные за 2012 года свидетельствуют, что доля ОМС составила 86,6 % , доля ДМС остается по-прежнему низкой – 13,6% (14,0% за 2011 год).

Рисунок 2

**Структура российского рынка медицинского страхования в 2010-2012 г.**



Источник: <http://www.fcsм.ru/>

Отмечая малую долю ДМС в медицинском страховании, следует заметить, что на динамику рынка оказало влияние увеличение взносов по ОМС. Динамика роста взносов по ОМС и темпы прироста нашли свое отражение в рисунке 3.

Увеличение темпов прироста взносов по ОМС в 2011 году связано с повышением тарифа страховых взносов с 3,1 до 5,1% за работающее население и с увеличением взносов за неработающее население. В бюджете фонда ОМС на 2012 год на расходы на здравоохранение были предусмотрены в размере 891,7 млрд рублей, на 2013 год – 1 059,3 млрд рублей, на 2014 год – 1 208,8 млрд рублей, на 2015 год – 1 442,5 млрд рублей.

Рисунок 3

**Прогноз динамики взносов по ОМС**



**Источник:** <http://www.fesm.ru/>

В целом в России обязательное медицинское страхование регулируется следующим:

- ♦ Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
- ♦ Федеральный закон от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»,
- ♦ Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС) и др.

Безусловно, регламентация ОМС сохраняет приоритет применения норм международного договора Российской Федерации, если в нём установлены правила иные, чем в отечественном страховом законодательстве.



В соответствии с Законом об ОМС застрахованными лицами являются как граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, так и лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ (ред. от 07.06.2013) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 N 4528-1 (ред. от 30.12.2012) «О беженцах».

По данным Федеральной Миграционной Службы России за 2012 год на территорию страны въехало 15 889 421 иностранных граждан, из них 346 830 человек получили вид на жительство и разрешение на временное проживание. Всего на середину 2013 года в России находится 10 967 780 иностранных граждан, из них 309 593 граждан Белоруссии, 537 992 - Казахстана.

В письме Минздравсоцразвития России от 2010 года разъясняется порядок осуществления медицинского страхования для лиц, не имеющих гражданства и определенных категорий иностранных граждан. В соответствии с этим письмом обязательному медицинскому страхованию не подлежат иностранные граждане, временно находящиеся на территории Российской Федерации и лица без гражданства, работающие по трудовым и гражданско-правовым договорам, в том числе по договорам авторского заказа.

В Постановлении Правительства РФ от 11 декабря 1998 г. № 1488 «О медицинском страховании иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, и российских граждан при выезде из Российской Федерации» указано, что в рамках медицинского страхования предоставление и финансирование медицинской помощи временно находящимся на территории страны иностранным гражданам, осуществляется в соответствии с договором страхования и размером выплаченного страхового взноса, но в объеме не меньшем, чем предусмотрено минимальным перечнем медицинских услуг для иностранных граждан на территории страны.

Также в постановлении указан порядок, при котором введение иностранным государством требования медицинского страхования на все время пребывания в качестве обязательного условия въезда на его территорию российских граждан, влечет за собой рассмотрение вопроса о необходимости введения аналогичного условия при въезде граждан этого государства в Россию. Например, в настоящее время наличие полиса медицинского страхования является необходимым условием для въезда на территорию России граждан стран Шенгенской группы.

Граждане из вышеуказанных стран, относящиеся к категории постоянно или временно проживающих в России работающих иностранцев, иностранцев-предпринимателей и постоянно проживающих в РФ неработающих иностранцев, получают медицинскую помощь по общим правилам.

Перечень услуг, оказываемых в рамках ОМС иностранным гражданам закреплён в приказе Минздрава России 1999 года и включает в себя скорую медицинскую помощь, а также медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях при внезапном расстройстве здоровья и несчастных случаях в объёме, необходимом для устранения угрозы жизни пациента и (или) снятия острой боли. Кроме этого, предусматриваются услуги по транспортировке пациента медицинским транспортом, включая медицинское сопровождение (медицинская бригада, врач, медицинская сестра), с места заболевания в медицинское учреждение и посмертную репатриацию останков.

В письме Федерального Фонда ОМС (ФФОМС), определяющем статус иностранных граждан в системе ОМС, помимо указания права иностранных граждан на получение медицинской помощи в рамках ОМС упомянут порядок обеспечения медицинской помощи граждан Союза Независимых Государств (СНГ), временно находящихся на территории России. Оказание медицинской помощи следует осуществлять исходя из обстоятельств, закреплённых межправительственными и межведомственными соглашениями. Так, бесплатно за счёт средств бюджета оказывается скорая и неотложная медицинская помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и острых заболеваниях). Плановая же медицинская помощь оказывается на коммерческой основе за счёт личных средств иностранных граждан либо за счёт средств организаций, принимающих граждан.

Урегулирование вопросов предоставления медицинской помощи иностранным гражданам может осуществляться путём подписания как многосторонних, так и двусторонних договоров и соглашений. В качестве примера, среди большого массива международных актов Российской Федерации, в рамках которых можно говорить об осуществлении медицинского страхования иностранных граждан в России и российских граждан за рубежом, отметим следующие:

1. Европейское Соглашение от 17 октября 1980 года о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны. Соглашение ратифицировано Верховным Советом СССР 17 апреля 1991 года.

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

Данное Соглашение не изменяет общие правил медицинского страхования в России, а лишь уточняет последовательность действий при оказании неотложной и скорой медицинской помощи.



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

Стоит заметить, что Россия не входит в число стран СНГ, для которых Соглашение вступило в силу, но положения Соглашения об общих правилах медицинского обеспечения дублируют нормы российского законодательства.

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

В рамках договоренности с Белоруссией равные права с гражданами РФ на получение медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, имеют граждане Белоруссии, постоянно проживающие в России, Герои Советского Союза и кавалеры ордена Славы трех степеней из числа граждан Белоруссии. Указанным белорусским гражданам (независимо от их трудового статуса) должна предоставляться медицинская помощь в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Перечень услуг в рамках программы закреплен в статье 80, которая предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи, включая доврачебную, врачебную и специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную и иную. Временно проживающие или работающие по трудовому договору на территории России граждане Белоруссии могут получить только скорую и неотложную медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования.

Российские граждане на территории Белоруссии получают медицинскую помощь за счет средств республиканского и местных бюджетов Белоруссии, средств добровольного медицинского страхования, личных средств граждан и других источников, не запрещенных белорусским законодательством.

Аналогично граждане Белоруссии имеют право на получение медицинской помощи, как в государственных, так и муниципальных учреждениях здравоохранения России за счет средств федерального бюджета Российской Федерации, бюджетов её субъектов, а также муниципальных образований. Кроме перечисленных источников финансирования, оплата медицинских услуг может производиться за счет личных средств граждан, а также средств ОМС и иных источников, но в рамках действующего российского законодательства.

5. Соглашение от 19.11.2010 «О правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей», подписанное Правительством Республики Беларусь, Правительством Республики Казахстан и Правительством Российской Федерации.

6. Договор между Российской Федерацией и Республикой Казахстан «О правовом статусе граждан РФ, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан, и граждан Республики Казахстан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации».

Особенность предоставления медицинских услуг в Казахстане заключается в том, что бесплатно медицинская помощь оказывается только гражданам Республики Казахстан и оралманам – иностранным гражданам или лицам без гражданства казахской национальности, которые прибыли в Казахстан для постоянного проживания после приобретения им суверенитета. В отношении иных иностранных граждан фактически им предоставляется бесплатно только скорая медицинская помощь, хотя формально они и имеют равные права и обязанности в сфере охраны здоровья, что и граждане Республики Казахстан.

В итоге можно заключить, что для образования единого страхового рынка на территории стран-участниц Таможенного союза необходимо обеспечить единый подход к регламентации отдельных видов страховых услуг и, в первую очередь, в таком социально значимом виде страхования, как медицинское. Разработка единых принципов защиты имущественных интересов иностранных граждан из стран ТС, предоставление медицинской помощи всем категориям иностранных граждан, оказание им не только скорой и неотложной помощи, но и обеспечение гарантий по предоставлению определенного объема плановой медицинской помощи за счет финансирования из соответствующих бюджетов стран-участниц позволит сформировать единую систему охраны жизни и здоровья граждан в рамках Единого экономического пространства.

### БИБЛИОГРАФИЯ:

1. ФЗ N 1499-1 от 28 июня 1991 года «О Медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
2. ФЗ N 326 от 9 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. Громова С.В., Миляева М.Б. Основы страхования. Часть 1: Учебное пособие. Издание 2-е, переработанное и дополненное/С.В. Громова, М.Б. Миляева; Всероссийская академия внешней торговли Минэкономразвития России. – М.: ВАВТ, 2011. – 133 с.
4. Федеральная Миграционная Служба России. <http://www.fms.gov.ru/>
5. Федеральная Служба по Финансовым Рынкам. <http://www.fcsm.ru/>

