

## Особенности финансовых отношений при добровольном медицинском страховании в Российской Федерации

© 2012 А.В. Мозалев

Московский финансово-промышленный университет “Синергия”

E-mail: OET2004@yandex.ru

Финансовые отношения, возникающие при осуществлении добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, имеют определенную специфику. В статье исследуются обстоятельства, обуславливающие такую специфику.

*Ключевые слова:* добровольное медицинское страхование (ДМС), страховое покрытие, основные участники ДМС, финансирование здравоохранения.

Сегодня медицинское страхование - один из самых востребованных видов страхования в Российской Федерации. Уровень его развития характеризуют следующие данные. В 2011 г. общий объем медицинского страхования в нашей стране составил 699 млрд. руб. (без учета страхования выезжающих за рубеж). Из них 604 млрд. руб. (т.е. 86 %) пришлось на обязательное медицинское страхование (ОМС); 95 млрд. руб. (т.е. 14 %) - на добровольное медицинское страхование (ДМС). За 2011 г. по сравнению с 2010 г. рынок ОМС увеличился на 24,3 %, рынок ДМС - на 13,3 %<sup>1</sup>.

Следует отметить, что медицинское страхование - один из тех видов страхования, которые возрождаются на российском рынке после длительного отсутствия. Он успешно развивался в дореволюционной России, однако в период административно-командной экономики прекратил свое существование. В то же время в странах с рыночно ориентированной экономикой этот вид страхования имеет длительную непрерывную историю развития начиная с последних десятилетий XIX в. до настоящего времени.

Как известно, данный вид страхования может осуществляться в двух формах - обязательной и добровольной. В ряде стран (Германия, Франция, Швейцария и др.) обязательное медицинское страхование является основой медицинского обслуживания населения. В других странах (Швеция, Норвегия и др.) обязательное медицинское страхование отсутствует, так как оказание медицинской помощи населению страны строится на основе ее прямого финансирования из бюджета. Однако добровольное медицинское страхование существует и в этих странах, хотя и в меньших объемах, чем в первой группе стран<sup>2</sup>.

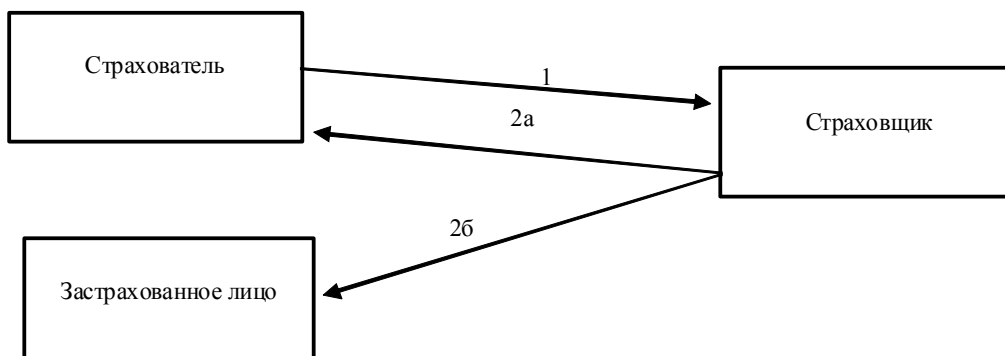
В нашей стране в настоящее время организация медицинского обслуживания населения строится на основе обязательного медицинского

страхования. Возрождение медицинского страхования как в обязательной, так и в добровольной форме стало возможным после принятия 28 июня 1991 г. Закона РФ № 1499-1 “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, который регулировал осуществление как обязательного, так и добровольного медицинского страхования. С 1 января 2011 г. данный закон утратил силу в связи с вступлением в силу Федерального закона РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”. Само название нового закона говорит о том, что он регулирует осуществление только обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование начиная с этой даты осуществляется в соответствии с требованиями Закона РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 “Об организации страхового дела в Российской Федерации”.

Данные изменения в законодательном регулировании отразили тот факт, что на практике добровольное и обязательное медицинское страхование в РФ в организационном плане жестко отделены друг от друга. Отношения страхователей со страховщиками по добровольному медицинскому страхованию никак не зависят и никак не связаны с их отношениями по обязательному медицинскому страхованию.

Форма страхования предопределяет специфику его осуществления, в частности, специфику финансовых отношений, возникающих в процессе предоставления страховой защиты. Рассмотрим особенности таких отношений при добровольном медицинском страховании.

Как известно, медицинское страхование относится к рисковому видам страхования. Типичные финансовые отношения участников при осуществлении таких видов сводятся к двум основным процессам (рис. 1). Суть первого процесса состоит в том, что после заключения договора



**Рис. 1. Схема финансовых отношений при рисковом виде страхования, кроме медицинского страхования:**

1 - уплата страхователем страховщику страховой премии; 2а - выплата страховщиком страхового возмещения страхователю, если он же является застрахованным лицом; 2б - выплата страховщиком страхового возмещения застрахованному лицу, которое не является страхователем

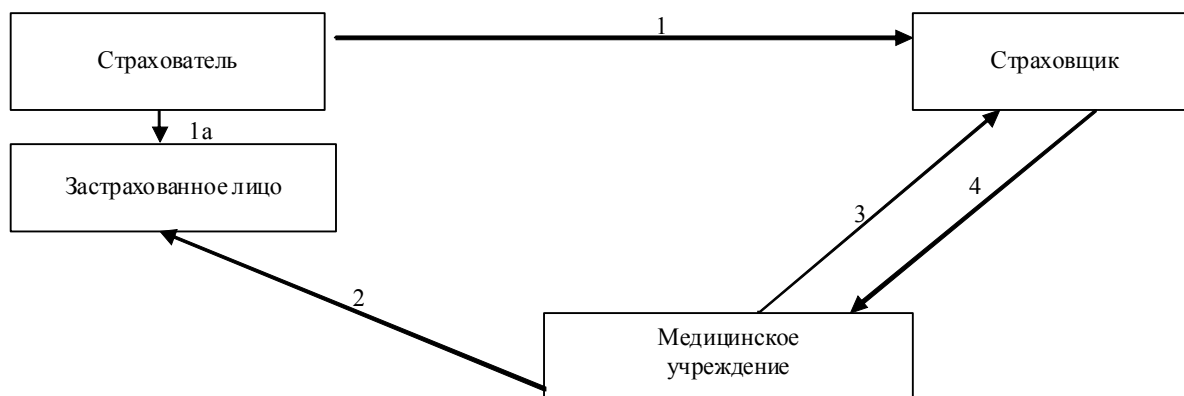
страхования страхователь уплачивает страховщику страховую премию. Второй процесс происходит только тогда, когда у застрахованного возникает право на получение страхового возмещения. В этом случае страховщик выплачивает застрахованному лицу страховое возмещение. При этом в качестве застрахованного лица и, следовательно, получателя страхового возмещения может выступать как страхователь (см. рис. 1, процесс 2а), так и иное лицо, указанное в договоре страхования (см. рис. 1, процесс 2б).

Таким образом, основными участниками финансовых отношений при рисковом виде страхования могут быть два лица - страхователь и страховщик - или три лица в том случае, если страхователь не является застрахованным, т.е. страхует не себя, а иное лицо.

При осуществлении добровольного медицинского страхования в Российской Федерации<sup>3</sup> схе-

ма финансовых отношений более сложная и число основных участников таких отношений не ограничивается страхователем, застрахованным лицом и страховщиком (рис. 2). Это связано со спецификой объекта страхования и определением понятия "страховой случай" в данном виде страхования.

Объектом добровольного медицинского страхования выступает имущественный интерес застрахованного лица, связанный с затратами на получение медицинских и иных услуг при возникновении страхового случая. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение застрахованного лица в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со страховщиком за медицинскими<sup>4</sup> и иными услугами<sup>5</sup> (например, медикотранспортными услугами) по поводу ухудшения состояния здоровья в резуль-



**Рис. 2. Схема финансовых отношений при добровольном медицинском страховании:**

1 - уплата страхователем страховщику страховой премии; 1а - предоставление права на получение страхового покрытия застрахованному лицу, иному, чем страхователем; 2 - получение застрахованным лицом медицинских услуг при наступлении страхового случая; 3 - выставление медицинским учреждением страховщику счета за медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу; 4 - перечисление страховщиком в медицинское учреждение платы за медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу

тате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи.

В российской практике предоставление страхового возмещения при добровольном медицинском страховании всегда производится не в денежной, а в натуральной форме - в виде оказания застрахованным лицам медицинских услуг. В данном случае страховщик ничего не возмещает застрахованному лицу, не выплачивает ему никаких денежных средств. Договор добровольного медицинского страхования предусматривает не денежную выплату страховщика застрахованному, а обязанность страховщика обеспечить застрахованному возможность получения медицинских услуг. В этом состоит еще одна особенность финансовых отношений при добровольном медицинском страховании в РФ.

В связи с такой спецификой представляется, что вместо термина "страховое возмещение" здесь лучше использовать термин "страховое покрытие", так как он более точно отражает то обстоятельство, что страховое возмещение производится в натуральной форме<sup>6</sup>.

Уже было отмечено, что при добровольном медицинском страховании участниками финансовых отношений являются не только страхователь, застрахованное лицо и страховщик. Есть еще один участник. Как следует из приведенного выше определения страхового случая, в этих отношениях всегда участвует медицинское учреждение. Оно оказывает медицинские услуги застрахованным лицам и получает плату за оказанные услуги от страховщика. Без участия медицинского учреждения страховщик не может выполнить свои обязательства по договору ДМС. При этом страховщик и медицинское учреждение вступают в финансовые отношения, суть которых состоит в оплате страховщиком медицинскому учреждению тех услуг, которые были оказаны застрахованным лицам.

Таким образом, медицинское учреждение является еще одним основным участником финансовых отношений при добровольном медицинском страховании.

Наличие таких отношений позволяет страховщику использовать методы материального стимулирования для обеспечения качества медицинских услуг, а также контролировать качество работы медицинского учреждения. Ведь мнение клиента страховой компании, т.е. застрахованного лица, о качестве предоставляемых ему услуг в данном случае зависит от работы не только этой компании, но и от медицинского учреждения. В сознании застрахованного качество стра-

ховых услуг нередко отождествляется с качеством обслуживания и лечения в медицинском учреждении.

В связи со спецификой предоставления страхового покрытия по ДМС застрахованное лицо не всегда является участником финансовых отношений. Это происходит в том случае, если застрахованный не является страхователем.

Как известно, ДМС может осуществляться за счет средств субъектов предпринимательской деятельности, которые страхуют своих сотрудников (коллективное страхование) или за счет личных средств физических лиц (индивидуальное страхование).

При коллективном страховании в качестве страхователя выступает юридическое лицо, а в качестве застрахованных - его работники. Уплату страховой премии производит юридическое лицо, а застрахованные не платят по договору и не получают страховое возмещение в денежной форме. Следовательно, они никак не участвуют в финансовых отношениях, существующих в рамках ДМС. Для них получение страхового покрытия выглядит как получение бесплатной медицинской помощи<sup>7</sup>.

Аналогичная ситуация может сложиться и при индивидуальном страховании. Если в качестве страхователя выступает физическое лицо, которое страхует не себя, а иных лиц, например, членов своей семьи, то застрахованные только получают при необходимости медицинские услуги, но не уплачивают страховую премию и не получают страховое возмещение в денежной форме.

Если застрахованное лицо имеет право на получение медицинских услуг, но не участвует в финансовых отношениях, оно не имеет возможности непосредственно воздействовать на качество услуг, предоставляемых ему как страховой компанией, так и медицинским учреждением. Застрахованное лицо имеет право сообщить страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по договору ДМС. Но самостоятельно перейти в другую страховую компанию или добиваться снижения размеров платы за медицинские услуги в связи с их низким качеством застрахованный не может, так как решение о таких действиях принимает страхователь (в первом случае) или страховая компания (во втором случае). Застрахованный может только направить жалобу страхователю или в страховую компанию. Но ответной реакции на данную информацию может и не быть.

В связи с изложенным представляется, что исключение страхователя из финансовых отношений по ДМС является негативным фактором.

Такая цепочка взаимоотношений затрудняет получение “обратной связи” о качестве как страховых, так и медицинских услуг в рамках ДМС. Следовательно, здесь отсутствует непосредственная связь между мнением застрахованного лица и выбором страховой компании, с которой заключает договор страхователь. Нет непосредственной связи и между мнением застрахованного лица о качестве предоставляемых медицинских услуг и выбором страховой компанией медицинских учреждений для заключения договора об обслуживании застрахованных в ней лиц. Эта связь опосредованная; в качестве посредников выступают в первом случае страхователи (юридические или физические лица), а во втором случае страховые компании.

Однако организация получения медицинского обслуживания посредством ДМС имеет свои положительные стороны, которые и обусловили его широкое распространение. Страховая компания, заключая договор с медицинским учреждением, обеспечивает последнему стабильный поток пациентов и, следовательно, стабильную плату за оказываемые услуги. Это выгодно медицинскому учреждению, так как означает стабильное поступление финансовых средств. Происходит своего рода оптовая сделка по купле-продаже медицинских услуг. Этот факт позволяет страховщику как оптовому покупателю получать более выгодные цены на медицинские услуги. Более низкие цены на медицинские услуги способствуют снижению цен на страховые услуги, что в конечном итоге выгодно страхователю.

Для застрахованного по ДМС положительные моменты связаны с тем фактом, что страховая компания проверяет соответствие оказываемых ему услуг требованиям профессиональных медицинских стандартов, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг. Если медицинское учреждение предоставляет застрахованному лицу услуги, предусмотренные договором страхования, в неполном или некачественном виде, страховщик на основании письменного заявления застрахованного лица принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме страховой ответственности.

Как уже было отмечено, осуществление добровольного медицинского страхования и мнение клиентов об осуществляющей его страховой компании находятся в непосредственной зависимости от качества работы медицинских учреждений. В связи с этим страховые компании, осуществляющие ДМС, непосредственно заинтересованы в развитии медицинских учреждений, которые могли бы оказывать качественные и разнообразные услуги в рамках добровольного ме-

дицинского страхования. Такая заинтересованность проявляется, в частности, в том, что страховые компании финансируют создание медицинских учреждений. Например, в компании “Росгосстрах” уже реализован пилотный проект по созданию многопрофильного страхового медицинского учреждения в Республике Коми, на очереди Тверь и Ставрополь. Утверждена концепция реализации масштабного общероссийского инвестиционного проекта по созданию медучреждений системы Росгосстраха в большинстве регионов Российской Федерации<sup>8</sup>.

Компанию “Ингосстрах” также планирует инвестировать свыше 100 млн. руб. в создание сети медицинских учреждений, которые оказывали бы медпомощь в рамках договоров о добровольном медицинском страховании. Она намерена открыть в различных регионах страны 24 клиники, каждая из которых, согласно плану, будет обслуживать порядка 20–23 тыс. чел. в год<sup>9</sup>.

Такая деятельность представляет собой непосредственное финансовое участие страховщиков в развитии национального здравоохранения. Благодаря ей увеличивается количество лечебных учреждений в Российской Федерации, улучшается их техническая оснащенность, следовательно, повышается качество медицинского обслуживания населения нашей страны.

В российских публикациях улучшение медицинского обслуживания населения зачастую связывают только с развитием обязательного медицинского страхования. Очевидно, однако, что в настоящее время система ОМС в Российской Федерации развита недостаточно, она не может в полной мере удовлетворить потребности всех застрахованных в связи с отсутствием необходимых специалистов и оборудования, с длительным периодом ожидания приема к врачу, проведения операции и т.п. Поэтому нередко ДМС в Российской Федерации обеспечивает услуги не только сверх программы ОМС, но и входящие в нее.

Ряд сервисных услуг не предусмотрен программами ОМС в принципе, например, забор анализов на дому, массаж на дому, пребывание в палатах повышенной комфортности при стационарном лечении. Но оплата страхователями возможности получения таких услуг по договорам ДМС в итоге трансформируется в оплату страховыми компаниями подобных услуг уже существующим медицинским учреждениям или в финансовые затраты на создание медицинских учреждений.

Таким образом, страховые компании, осуществляющие в нашей стране добровольное медицинское страхование, аккумулируют финан-

совые средства, которые при добросовестном ведении дела обязательно поступают в систему здравоохранения нашей страны. Следовательно, добровольное медицинское страхование играет значительную положительную роль в развитии российского здравоохранения.

<sup>1</sup> Структура рынка медицинского страхования. URL: [http://raexpert.ru/researches/insurance/med\\_insur/part2](http://raexpert.ru/researches/insurance/med_insur/part2).

<sup>2</sup> О добровольном медицинском страховании в Швеции см.: *Антропов В.В.* Здравоохранение и медицинское страхование в Швеции // Проблемы управления здравоохранением. 2006. □ 1. С. 43-48. URL: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?id=472&show=1&theme=3>.

<sup>3</sup> Вопрос об особенностях осуществления ДМС в зарубежных странах в данной статье не рассматривается.

<sup>4</sup> В рамках ДМС медицинские услуги могут предоставляться застрахованному в виде оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой

медицинской помощи, неотложной медицинской и иной помощи.

<sup>5</sup> Далее будем обобщенно называть все подобные услуги медицинскими услугами.

<sup>6</sup> На английском языке термин “страховое возмещение” буквально означает “страховые деньги” - Insurance Money. В то же время существует и термин “Insurance Coverage”, который буквально переводится как “страховое покрытие”.

<sup>7</sup> В отечественных публикациях термин “бесплатная медицинская помощь” нередко применяется в отношении медобслуживания в рамках обязательного медицинского страхования. На наш взгляд, и при ОМС, и при ДМС о бесплатной медицинской помощи целесообразно говорить только как о представлении, возникающем у застрахованного лица. Ведь и в первом, и во втором случае данная помощь имеет совершенно конкретную цену. Эта помощь должна быть оплачена, иначе медицинское учреждение не сможет существовать.

<sup>8</sup> *Фридман А.* Российский рынок частных медицинских услуг. URL: <http://www.trcw.ru/articles/detail.php?ID=386>.

<sup>9</sup> Там же.

*Поступила в редакцию 04.04.2012 г.*