

СТРАХОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ

В.В. Кущенко

Профессор кафедры международного частного права и гражданского процесса Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов РФ

В Конституции РФ в 1993 г сформулировано волеизъявление граждан иметь достаточный уровень государственной охраны здоровья, который проявлялся бы в возможности не нести дополнительных финансовых потерь в случае возникновения необходимости получения медицинской помощи. Это требование было зафиксировано в статье 41 Конституции и сформулировано *как право граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях.*

Следует отличать медицинскую помощь от медицинских услуг.

Медицинские услуги – это предмет купли-продажи, то, что называется объектом гражданского оборота. Медицинские услуги предоставляются на основании договора. За каждую услугу кто-то платит. В медицинском страховании продаются и покупаются медицинские услуги. Здесь медицинские учреждения услуги продают, страховые медицинские организации их заказывают и покупают. Они же контролируют их объем и качество.

Медицинская помощь – это то, что предоставляется, а не продается, это разновидность социальной помощи. Она оплачивается из бюджета либо предоставляется благотворительными организациями (Красный Крест, например). Здесь нет договорного регулирования взаимных обязательств (Скорая медицинская помощь, лечение социально значимых заболеваний, лечение с помощью высокотехнологичных методов в федеральных клиниках).

Следует уточнить, что из 41 статьи Конституции вовсе не вытекает часто приводимый тезис о бесплатности нашего здравоохранения. В ней гражданам РФ действительно гарантируется оказание медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно, однако далее определяются источники компенсации этой «бесплатности» - «за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов, других поступлений». Длительное время вопрос об объемах и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи оставался открытым, однако в последние годы гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с ежегодными *Программами государственных гарантий*

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В качестве государственной политики в сфере обеспечения права граждан на бесплатную медицинскую помощь была принята преимущественно страховая модель ее организации и финансирования. В течение 10 лет (1992 – 2002) была сформирована общегосударственная система обязательного медицинского страхования (ОМС). Таким образом, сформированы нормативные предпосылки для определения границы между государственными обязательствами в области бесплатной медицинской помощи и сферой медицинских услуг, на которую эти гарантии не распространяются.

Обязательное медицинское страхование

Любой вид страхования преследует цель защитить человека от каких-либо материальных издержек при наступлении события, предусмотренного договором страхования. Не нести материальных затрат в случае возникновения необходимости получения медицинской помощи – это основной страховой интерес как в обязательном, так и в добровольном медицинском страховании.

ОМС – это система контролируемых государством договорных отношений, обеспечивающих равные возможности для всех граждан в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет страховых средств, в объеме и на условиях соответствующих Программ обязательного медицинского страхования (Базовой и Территориальной).

Базовая программа обязательного медицинского страхования – это минимальный перечень требований к бесплатной медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, который обязателен для исполнения на всей территории Российской Федерации.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – это перечень требований к бесплатной медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, который обязателен на всей территории

субъекта Федерации. Виды, объемы и условия предоставления медицинских услуг в рамках Территориальной программы не могут быть ниже таковых Базовой программы.

На территории каждого субъекта РФ действуют имеющие специальную лицензию юридические лица - страховые медицинские организации (СМО), чаще их называют страховые компании. Их задачами являются: заключение договоров ОМС граждан, организация оказания медицинской помощи застрахованным гражданам, оплата услуг, оказанных медицинскими организациями застрахованным, защита прав и законных интересов застрахованных. Страховые медицинские организации являются коммерческими организациями (закрытое или открытое акционерное общество). Именно с ними заключают договоры медицинского страхования плательщики взносов - страхователи (работодатели, местные администрации). Страховая медицинская организация заключает договоры с выбранными ею медицинскими учреждениями на оказание своим застрахованным медицинских услуг. При наличии у страховой организации (а) лицензии, (б) заключенных договоров со страхователями работающего и (или) неработающего населения и (в) договоров с услугодателями (медицинскими учреждениями) Территориальный фонд ОМС передает ей на основании договора доверительного управления денежные средства в объеме пропорциональном количеству застрахованных граждан. Таким образом, формируется система взаимосвязанных договоров, заключенных в интересах и в пользу застрахованных граждан.

Полис ОМС - это документ, удостоверяющий право застрахованного гражданина на получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме Базовой программы обязательного медицинского страхования и в объеме Территориальной программы ОМС - в месте получения полиса. Экономические возможности субъектов Федерации существенно отличаются. Соответственно, отличаются и объемы поступающих в фонды страховых взносов. Возникают основания для отличий в объемах и условиях медицинской помощи, установленных Территориальной программой. Однако объем медицинской помощи на любой территории не может быть ниже установленного Базовой программой ОМС. Для этого Федеральный фонд ОМС из аккумулированных в нем денег имеет возможность финансировать нехватку средств, необходимых для выполнения требований Базовой программы в экономически депрессивных регионах. Территориальная же программа в экономически активных регионах может сколько угодно отличаться от Базовой, но лишь в сторону ее расширения.

Страховым случаем по обязательному медицинскому страхованию является необходимость получения застрахованным медицинской помощи, которая возникает в связи с заболеванием застрахованного и(или) иными обстоятельствами, требующими предоставления ему медицинской помощи, включая профилактические услуги, в том числе противоэпидемические, которые определены Программой обязательного медицинского страхования.

Застрахованные в ОМС граждане - это физические лица, относящиеся к работающему или неработающему населению, которые вправе при наступлении страхового случая по обязательному медицинскому страхованию требовать предоставления им медицинской помощи не за счет собственных денежных средств, а за счет денежных средств, накопленных в фондах ОМС. Принцип всеобщности обязательного медицинского страхования означает, что право на него имеют не только все граждане Российской Федерации, но и иностранцы и лица без гражданства, при одном условии - если в их пользу заключен договор страхования. Ребенок с момента рождения до момента выбора его родителями для него страховой компании является застрахованным той страховой медицинской организацией, которая страхует неработающее население территории, где постоянно зарегистрирована его мать. Есть категории граждан России, не имеющие права на ОМС. Это лица, чьи работодатели не являются плательщиками единого социального налога - военнослужащие (МО, МВД, ФСБ), сотрудники МЧС, налоговых и таможенных служб. Они обеспечены медицинской помощью в медицинских учреждениях своих ведомств, но в экстренных ситуациях им обязаны оказывать медицинскую помощь все медицинские учреждения, работающие в ОМС.

Обязанность защиты прав и законных интересов граждан в сфере медицинского страхования возложена законодательством на страховые медицинские организации и на Территориальные фонды ОМС. На органы власти Российской Федерации, субъекты Федерации, муниципальные образования возложены полномочия по контролю за реализацией конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи за счет страховых взносов в государственных медицинских учреждениях.

В соответствии со статистическими данными россиянин ежегодно обращается за медицинскими услугами 9 раз. Поэтому основным местом, где не только реализуются, но и нарушаются права застрахованных граждан, является медицинское учреждение. Большинство правонарушений связано с недостаточной профессиональной компетентностью медработников, поэтому основным лицом, призванным защи-

титель застрахованного является руководителем учреждения (либо его заместитель). Эти действия входят в их должностные обязанности. Если проблему не удается урегулировать непосредственно в медицинском учреждении, эту работу обязана провести страховая медицинская организация, где застрахован гражданин. Если застрахованный не удовлетворен работой по защите его прав со стороны СМО, он может обратиться в *Управление организации защиты прав застрахованных граждан Территориального фонда ОМС*, который располагает квалифицированными кадрами не только для организации и управления ОМС в масштабах территории субъекта Федерации, но и для непосредственной правозащитной деятельности и экспертизы качества медицинской помощи.

Самозащита гражданином нарушенного права, защита застрахованного со стороны страховой медицинской организации или Территориального фонда обязательного медицинского страхования относятся к первой (досудебной) стадии урегулирования спора. Если проблема всеми перечисленными способами урегулировать не удалось, гражданин может (впрочем, он имеет на это право с любого момента после нарушения его права) обратиться в суд. Опыт показывает, что урегулирование правонарушения непосредственно в медицинском учреждении (при помощи его руководителя и страховой компании) занимает от нескольких минут до нескольких дней, тогда как судебное урегулирование может занимать от нескольких месяцев до нескольких лет.

Договор обязательного медицинского страхования в пользу работающих граждан заключают их работодатели, в пользу неработающих - местная администрация. Самозанятые граждане (адвокаты, нотариусы, предприниматели без образования юридического лица, фермеры и т.д.) заключают в свою пользу договор самостоятельно. У любого застрахованного есть *право выбора страховой медицинской организации*, что означает возможность в индивидуальном порядке прекратить договорные отношения с одной СМО и начать с другой. Реализация этого права не оказывает столь существенного влияния на качество получаемых медицинских услуг, как, например, использование застрахованным *своего права выбора медицинской организации*.

Начиная с 1993 г основной объем оказываемых гражданам медицинских услуг оплачивается из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования. Однако существуют виды медицинской помощи, которые относятся к сфере не только личного интереса граждан, но и интереса государственного (публичного, социального) и потому находятся по-прежнему на бюджетном финансировании. К ним относятся:

- скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая в специализированных диспансерах и больницах при следующих заболеваниях:
 - заболевания, передаваемые половым путем;
 - заразные заболевания кожи;
 - туберкулез;
 - заболевания, вызываемые особо опасными инфекциями;
 - синдром приобретенного иммунодефицита;
 - психические расстройства и расстройства поведения;
 - наркологические заболевания.

Более 60% смертей российских граждан трудоспособного возраста имеют своей причиной заболевания сердечно-сосудистой системы. Современная медицина научилась эффективно предупреждать преждевременные «кардиологические» смерти путем своевременного корректирующего вмешательства. Ежегодное количество российских пациентов, нуждающихся в таких видах лечения, измеряется сотнями тысяч, фактическое же количество выполняемых оперативных вмешательств (в большинстве регионов) в десятки и сотни раз меньше. Для специалистов-кардиологов очевидным является факт того, что при сердечно-сосудистой патологии современный уровень и реальность помощи при большинстве сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечиваются именно такими вмешательствами. По количеству этих операций Россия значительно отстает даже от слаборазвитых стран. Сделать реально доступными для пациентов высокоэффективные виды помощи для большинства нуждающихся могло бы включение хотя бы некоторых из них в программу ОМС, однако сегодня это под силу, пожалуй, лишь такому субъекту РФ, как Москва. Любой иной территориальный фонд, согласившись оплачивать по реальным расценкам такие операции, рискует быстро оказаться неплатежеспособным.

Сегодня же пациент попадает на дорогостоящие кардиологические операции либо в индивидуальном порядке, либо за наличные деньги, либо после длительного ожидания своей очереди, и лишь иногда в экстренном варианте из-за угрожающего жизни состояния или при проведении клинических испытаний.

Из федерального бюджета финансируется работа клиник научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. Там концентрируются наиболее квалифицированные специалисты, современные виды медицинской техники и лечебно-диагностических технологий. В связи с тем, что большинство

клиник участвуют и в выполнении Программы ОМС, сегодня практически каждый житель России имеет минимум 2 способа получить там консультацию и лечение. Первый - воспользоваться правом застрахованного на выбор медицинского учреждения и получить услуги, которые будут оплачены из средств ОМС, второй – получить официальное направление из медицинского учреждения по месту жительства и пройти обследование и лечение уже за счет средств федерального бюджета.

Добровольное медицинское страхование

Страхование, являясь одной из наиболее эффективных форм защиты материальных интересов, в зависимости от видов интересов (имущественный или личный), от носителей таковых (человек, организация, государство), от источников (закон или договор сторон) имеет несколько видов. При имущественном страховании защищается имущество, при личном - неимущественные блага: жизнь, здоровье, либо возможная гражданская ответственность застрахованного перед третьими лицами (например, страхование ответственности владельцев транспортных средств). Страхование является обязательным, если его необходимость установлена законом (обязательные социальное, пенсионное, медицинское страхование, страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств и т.п.), либо добровольным, когда решение о том, заключать или не заключать договор страхования, принимают сами заинтересованные стороны.

Объектом добровольного медицинского страхования (ДМС) является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При ДМС страховщик не производит денежных выплат непосредственно застрахованному или назначенному им лицу (как при имущественном страховании), а осуществляет *только оплату услуг медицинских организаций*. В отличие от ОМС, при ДМС плательщик взносов (страхователь) и страховая компания (страховщик) в своем договоре всегда определяют предельную сумму расходов, которые могут быть произведены в интересах застрахованного – *лимит ответственности*. От размера лимита ответственности, вида программы страхования, длительности договора и режима платежей страхователя зависят размеры страховых взносов.

Если государство создает систему ОМС для обеспечения *всеобщего и доступного минимума медико-социальной помощи* для всех своих граждан, то ДМС создано для того, чтобы дополнить этот минимум до оптимума (или до максимума) качественными медицинскими и сервисными услугами. Однако это до-

полнение уже касается не всех граждан РФ (сегодня по разным данным в ДМС застраховано порядка 5-8% населения РФ) и финансируется оно не из государственных, а из частных средств.

Необходимо подчеркнуть, что медицинские услуги по договору ДМС не заменяют, а дополняют услуги ОМС и медицинскую помощь, финансируемую из бюджета. По этой причине при оказании гражданину услуг в рамках ДМС медицинской организацией, работающей одновременно и в ОМС и (или) финансируемой из бюджета (муниципального, государственного), одну часть средств за пролеченного пациента она получит от страховщика по ДМС, вторую - от страховщика того же человека, но по ОМС (или из бюджета).

Договор медицинского страхования может заключаться как в пользу одного человека (личное ДМС), так и в пользу группы лиц (коллективное ДМС). Коллективное ДМС в России является пока преобладающим, хотя движение государственной политики в сторону страховой модели здравоохранения предполагает, что большинство работающих граждан будут самостоятельно дополнять ОМС добровольным.

Понятие страхового случая - одно из ключевых в добровольном страховании. *Страховой риск*, который объективно существует для застрахованного в виде выраженной в процентах вероятности наступления того или иного события в сфере его здоровья, иногда воплощается в события реальные - **страховой случай**. Стоит привести официальное определение страхового случая - это «... *реализация страхового риска развития предусмотренного договором события, в связи с которым страховая организация обязана произвести выплаты в пользу застрахованного*». Всякое заболевание или травма для человека являются событием, но далеко не каждое в ДМС является событием страховым. Это означает, что компенсировать затраты на медицинские услуги страховая организация будет лишь в случае, если возникшее событие подпадает под четко определенный в договоре со страховщиком перечень заболеваний, состояний и условий их возникновения. Это же означает, что застрахованный должен четко представлять себе объем своих правомерных притязаний к страховщику.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» и действующими обычаями делового оборота, страховщик имеет право не возмещать медицинскому учреждению стоимость услуг, оказанных застрахованному в случаях, когда:

- застрахованным получены услуги, которые не предусмотрены договором страхования;
- застрахованным получены медицинские услуги в учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

- застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи:

- с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- с получением расстройства здоровья в результате совершения застрахованным умышленного преступления, самоубийства, за исключением тех случаев, когда застрахованный был доведен до такого состояния действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений.

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников

В настоящее время большинство пациентов медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей осознают, что медицинские работники должны нести материальную ответственность за причинение вреда вследствие профессиональной медицинской ошибки, как и любые другие участники рыночных отношений. В наибольшей степени это относится к тем областям медицины, в которых выше доля услуг, предоставляемых на договорной основе. Кроме того, увеличивается контингент пациентов, имеющих полисы ДМС: косметологические центры, стоматологические клиники, ведомственные и вновь создаваемые частные медицинские центры, частнопрак-

тикующие врачи. При этом возникает вопрос об источниках финансирования выплат пациентам, которым причинен материальный и моральный вред вследствие ошибок в диагнозе и лечебной программе; непредвиденных осложнений в результате операции или применения назначенного курса медикаментозного лечения, включая случаи неправильной дозировки; сокращения срока лечения в стационаре или амбулаторно; осложнений, вызванных переливанием крови или внутривенным вливанием, применением медицинской техники со скрытыми недостатками (дефектами, поломками). Суммы выплат по удовлетворенным судом искам могут быть весьма большими.

Для решения этих проблем существуют специальные программы **страхования профессиональной ответственности**. Нужно сказать, что медицинские учреждения (клиники) при наличии страхового полиса освобождаются от бремени финансовых потерь, которые могут быть ими получены в результате конкретного риска профессиональной ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни, здоровью и имуществу граждан из-за совершения профессиональных ошибок. Кроме того, превентивные меры, которые может предложить страховая компания после изучения деятельности медицинского учреждения, позволяют в значительной степени снизить уровень риска, а значит, и ставки страховых тарифов.