

ЕКАТЕРИНА СЕРГЕЕВНА АНДРЕЕВСКАЯ

аспирант кафедры международного и конституционного права юридического факультета ПетрГУ

*etaka@onego.ru*

## ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья. Для уяснения современного механизма функционирования обязательного медицинского страхования в России необходимо проследить путь его исторического развития.

Ключевые слова: история обязательного медицинского страхования в России, страховая медицина, страхование на случай болезни

Развитие медицинского страхования в России прошло несколько этапов. В литературе нет однозначного подхода к периодизации обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). По мнению А. В. Решетникова, зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось еще в XVIII – начале XIX века, когда на первых капиталистических предприятиях появились кассы взаимопомощи. Сами рабочие стали создавать (без участия работодателей) общества взаимопомощи – предшественники больничных касс [34; 100–104], [35; 1]. Аналогичного мнения придерживаются ряд других исследователей в области ОМС, в частности А. В. Свидерский [39; 19–22], Ю. Б. Махтина [28; 17], Е. Погорелая [33; 42–43], В. И. Кашин, А. Т. Бойко, К. И. Шевченко [20; 8–9], Л. Г. Штельмах [51; 25–26], Ю. П. Лисицын, В. И. Стародубов, Е. Н. Савельева [27; 16–17], А. М. Бабич, Е. Н. Егоров, Е. Н. Жильцов [10; 96] указывают на зарождение элементов ОМС в XVII веке. В отличие от них, В. В. Дрошнев считает, что история ОМС имеет глубокие исторические корни, и выделяет 4 этапа [16; 47] [17; 31]:

I этап – с X века по 1775 год, характеризующийся обязательной церковной и государственной благотворительностью, отсутствием какой-либо системы медико-социальной защиты населения.

II этап – с 1775 (издание «Уложения о губерниях») по 1917 год, когда в стране развивалась государственная система социального признания и медико-социальное обеспечение.

III этап – с 1917 года (принятие Временным правительством четырех законодательных актов по социальному страхованию) по 1937 год, характеризующийся преобразованием социального страхования в систему государственного обеспечения.

IV этап – с 1991 года по настоящее время – возрождение медицинского страхования в России.

Аналогичный подход поддерживает Н. А. Садовникова [38; 11].

С. Рябухина считает, что ОМС ведет отсчет с 1903 года, когда был принят Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности» [37; 68].

По мнению Ю. В. Бондарь, началом становления медицинского страхования как отношений по защите имущественных интересов, связанных с затратами на получение медицинской помощи, следует считать 1917 год. Автор отмечает, что именно в этот период появился термин «страховая медицина» [13; 43–44].

Некоторые исследователи последним этапом развития ОМС считают период с 1 января 2001 года. Он связан с введением в действие второй части Налогового кодекса Российской Федерации [2], который ввел единый социальный налог и изменил ранее действующую схему поступления финансовых ресурсов в систему ОМС [23; 53].

На наш взгляд, периодизацию ОМС в России целесообразно вести с 1861 года, так как обязательная церковная и государственная благотворительность не являлись страхованием. Предлагаем выделить следующие этапы в развитии ОМС:

I этап – с марта 1861 года по июнь 1912 года – зарождение ОМС в России и начало его практической реализации, принятие Закона «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семей на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности».

II этап – с июня 1912 года по июль 1917 года – принятие Государственной думой четырех страховых законов: «О страховании рабочих от несчастных случаев», «О страховании рабочих на случай болезни», «Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих», «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих».

III этап – с июля 1917 года по октябрь 1917 года – реформирование медицинского страхования в связи с приходом к власти Временного правительства.

IV этап – с октября 1917 года по ноябрь 1921 года – введение в России «рабочей страховой медицины», переход от социального страхования к социальному обеспечению, крах системы социального страхования в России.

V этап – с ноября 1921 года по 1929 год – новая экономическая политика и возрождение элементов медицинского страхования.

VI этап – с 1929 года по июнь 1991 года – период государственного здравоохранения.

VII этап – с 1991 года – современный этап становления ОМС.

#### I ЭТАП – С МАРТА 1861 ГОДА ПО ИЮНЬ 1912 ГОДА

6 марта 1861 года был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России (Закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах» [9; 20]). В соответствии с этим законом, при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарище-

ства и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах были рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы в пределах 2–3 % заработной платы [16; 52], [20; 9], [35; 2].

В 1866 году был принят закон, которым предусматривалось создание при фабриках и заводах больниц. Согласно закону, к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы с числом коек, зависимым от количества рабочих на предприятии (1 койка на 100 работающих). Однако данный закон выполнялся не всегда и не везде, а открывшиеся в 70–80-е годы XIX века больницы на крупных заводах были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся медицинской помощью. В целом медицинская помощь, оказываемая рабочим того времени, характеризуется как неудовлетворительная [16; 52], [35; 2].

Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 году Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семей на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». По данному закону, работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, путем выплаты пособий и пенсий потерпевшим или членам их семей [16; 52], [20; 11], [35; 2].

Закон определял выплаты пособий только при несчастных случаях и не затрагивал другие виды временной и стойкой утраты трудоспособности. Поэтому весь последующий период до июня 1912 года вопрос о государственном страховании рабочих за счет взносов предпринимателей находился в центре внимания и стал одним из требований русского пролетариата в революционной борьбе, особенно в период русской революции 1905–1907 годов [35; 2].

#### II ЭТАП – С ИЮНЯ 1912 ГОДА ПО ИЮЛЬ 1917 ГОДА

23 июня 1912 года III Государственная дума приняла четыре страховых закона, разработанных царским правительством:

«О страховании рабочих от несчастных случаев на производстве»;

«Об обеспечении рабочих на случай болезни»;

«Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих»;

«Об учреждении Совета по делам страхования рабочих» [10; 97].

Таким образом, спустя четыре с лишним десятилетия в России на практике была внедрена социально значимая идея о необходимости обязательного страхования рабочих на случай болезни.

Действие указанных законов распространялось на все промышленные предприятия, за исключением казенных и железных дорог общего пользования, на которых число занятых рабочих и служащих

достигало 20 человек, а при отсутствии машин и механизмов – 30. Не подлежали страхованию строительные и сельскохозяйственные рабочие, торговые служащие, ремесленники и прислуга [39; 23].

В соответствии с законами, на вышеуказанных предприятиях учреждались больничные кассы, отдельные для крупных и общие для нескольких мелких предприятий. Число участников одной больничной кассы должно было быть не менее 200 человек. Средства больничной кассы составлялись из страховых взносов рабочих и приплат к этим взносам со стороны предпринимателей. Взносы рабочих определялись в пределах от 1 до 2 % заработной платы. Для мелких больничных касс закон разрешал увеличивать взносы до 3 %. Приплата предпринимателей устанавливалась в размере 2/3 от взносов рабочих. Важным является то обстоятельство, что в определении окончательного размера взноса в пределах, установленных законом, кассы были самостоятельны. Окончательный размер взноса определялся постановлением общего собрания уполномоченных больничной кассы [10; 18].

Врачебная помощь за счет предпринимателей оказывалась участнику в четырех видах: 1. Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях. 2. Амбулаторное лечение. 3. Родовспоможение. 4. Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного. Медицинская помощь рабочим оказывалась либо больницами и амбулаториями, находящимися в ведении фабрик и заводов, либо городскими и земскими лечебными учреждениями согласно заключенному с ними предпринимателем договору, либо, в случае отсутствия фабрично-заводских лечебных учреждений и договоров, медицинская помощь оказывалась на общих основаниях с местным населением [35; 3].

Необходимо также отметить, что денежная помощь больничных касс предназначалась только работнику – участнику больничной кассы. Закон не обязывал оказывать помощь членам их семей. Однако больничные кассы в пределах 2/3 средств имели право организовывать для них лечебницы, которыми они активно пользовались. Первая кассовая лечебница была создана в России в 1914 году при тульских медно-прокатных и патронных заводах. У каждого участника больничной кассы имелось удостоверение, в котором перечислялись все члены семьи, находящиеся на его иждивении. Врачи кассовых лечебниц могли работать как семейные врачи [10; 19–20].

Законы 1912 года стали первыми законодательными актами, наиболее подробно описывающими систему управления и взаимоотношений между субъектами страхования на случай болезни. Впервые вводился принцип обязательного страхования; взносы исчислялись с начисленных доходов работающего по всем основаниям (заработная плата, пособия и т. д.); сохранялись расходы предпринимателей по лечению рабочих и т. д. Вместе с тем данные законы имели и ряд существенных недостатков, такие как ограниченный круг действ-

ия, разрешение образовывать только один тип больничных касс (фабричные или заводские), в большей степени материальная тяжесть страхования возлагалась на рабочих и др. Законы касались лишь двух видов страхования – от несчастных случаев и болезней. Их действие охватывало лишь шестую часть российских рабочих (чуть более двух миллионов человек), оставляя без страхования целые регионы, такие как Сибирь, Кавказ, Средняя Азия [34; 118].

В последующие после принятия законов годы наметилась тенденция к объединению и укрупнению больничных касс, вплоть до создания общегородских касс. К 1916 году в России существовали 2403 больничные кассы с числом застрахованных – 1 962 000 человек [35; 4]. Анализируя данный период работы больничных касс, Т. А. Бажан отмечает, что они являлись важной составной частью системы страхования рабочих и сыграли большую роль в улучшении организации медицинской помощи [11; 43]. Врачи больничных касс положили начало изучению профессиональных заболеваний на основе повседневного обслуживания рабочих и определили значение социального и профессионального компонентов в возникновении заболеваний [46; 33].

### **III ЭТАП – С ИЮЛЯ 1917 ГОДА ПО ОКТЯБРЬ 1917 ГОДА**

После Февральской революции 1917 года к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области ОМС. В частности, им были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьезно пересматривались и исправлялись многие недостатки законов, принятых III Государственной думой в июне 1912 года: расширялся круг застрахованных; уравнивались взносы рабочих и предпринимателей; увеличивались размеры выплачиваемых застрахованным пособий; больничным кассам разрешалось объединяться в союзы и самостоятельно осуществлять организацию и предоставление медицинской помощи застрахованным; от уплаты взносов освобождались рабочие с низкой заработной платой, а предпринимателям вменялось в обязанность вносить за них двойные взносы; введено управление больничными кассами только рабочими [35; 4–5].

Страховые законы Временного правительства открыли огромные возможности для развития медико-социального страхования в России, но они не были реализованы [12; 19].

### **IV ЭТАП – С ОКТЯБРЯ 1917 ГОДА ПО НОЯБРЬ 1921 ГОДА**

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с декларации Народного комиссариата труда от 30 октября 1917 года о введении в России «полного со-

циального страхования». Основные положения декларации были следующие:

- распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;
- распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы);
- возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство;
- возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы [33; 42–43], [35; 5].

В 1917 году был издан ряд декретов, в корне изменивших систему социального страхования: 14 ноября 1917 года – декрет о передаче больничным кассам лечебных учреждений, 29 ноября – о страховых присутствиях и страховом совете, 11 декабря – о страховании на случай безработицы, 22 декабря – о страховании на случай болезни.

В соответствии с декретами началось создание системы под названием «рабочая страховая медицина». Больничные кассы развернули активную деятельность, и за короткое время была создана система лечебных учреждений, где застрахованные получали квалифицированную медицинскую помощь. Амбулатории и больницы больничных касс были лучше, чем другие учреждения, обеспечены оборудованием, лекарствами, специалистами, имели лаборатории и другие вспомогательные учреждения. Рабочая страховая медицина была относительно самостоятельна, контролировалась лишь Народным комиссариатом труда в плане соблюдения законов, декретов, постановлений. Создание в июле 1918 года Народного комиссариата здравоохранения привело к существованию двух параллельных систем здравоохранения: «рабочей страховой медицины», подчиненной Народному комиссариату труда, и «советской медицины», созданной на основе земской и народной медицины и подчиненной Народному комиссариату здравоохранения. В результате было принято решение об объединении страховой медицины с общегосударственной. 18 февраля 1919 года Совет народных комиссаров принял Постановление «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному комиссариату здравоохранения». «Рабочая страховая медицина» была ликвидирована и утверждена единая «советская медицина». Одновременно проходила реформа всей системы социального страхования, которая заменялась государственной системой социального обеспечения [10; 99–100], [27; 20–21].

Данный процесс построения модели социальной защиты населения В. Д. Роик называет «национализацией обеспечения», а период ее функционирования – периодом «социального обеспечения» [36; 47]. В этот период произошел полный отказ от системы страховой медицины.

#### V ЭТАП – С НОЯБРЯ 1921 ГОДА ПО 1929 ГОД

В 1921 году в стране была провозглашена новая экономическая политика (далее – НЭП), и правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины. 15 ноября 1921 года Советом народных комиссаров и ВЦИК издается Декрет «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности [16; 54], [35; 6].

Размер взносов на социальное страхование определялся в зависимости от опасности и вредности производства для здоровья работающих в процентном отношении к фонду заработной платы. Первоначально максимальный взнос на лечебную помощь составлял от 5,5 до 7 % фонда заработной платы. Ряду предприятий устанавливался пониженный (льготный) тариф, в частности предприятиям транспорта, бюджетным и работающим на экспорт и военную промышленность. Для хорошо оборудованных предприятий, создающих благоприятные условия работающим, устанавливался «поощрительный» тариф, а для плохо оборудованных – «карательный».

Страховые взносы взимались органами социального страхования и передавались органам здравоохранения – Фонды социального страхования разделялись на местные, губернские и межсоюзный. В последний поступало 10 % отчислений от взносов, которые передавались Наркомздраву. Управление фондами осуществляли вновь созданные страховые кассы, в функции которых входило участие в разработке планов медико-санитарной помощи застрахованным [10; 100], [27; 22].

В 1928 году был введен новый порядок отчислений на медицинскую помощь, устанавливающий обратную зависимость суммы отчислений от расходов по временной нетрудоспособности и инвалидности. Повышалась роль страховых организаций в области регулирования отчислений по отдельным районам в зависимости от состояния медицинской помощи, коэффициента заболеваемости, профвредности и социально-производственного значения. Ассигнования по фонду медицинской помощи застрахованным были включены в общий бюджет здравоохранения [28; 24].

Таким образом, то, что некоторые понимали в годы НЭПа под страховой медициной, было просто составной частью единой государственной системы здравоохранения, позволившей использовать дополнительные (но по-прежнему недостаточные) источники финансирования – страховые фонды, формирующиеся за счет взносов работодателей.

#### VI ЭТАП – С 1929 ГОДА ПО ИЮНЬ 1991 ГОДА

В начале 1930-х годов социальное страхование в стране было передано профсоюзам, а страховые

кассы, система финансирования и все, что связано со страховой медициной, ликвидировано. Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья. Как пишет Н. А. Левант, «в условиях бюджетного дефицита, резкого спада производства, с одной стороны, разработки и принятия Верховным Советом СССР различных социальных программ – с другой, нельзя ожидать не только улучшения создавшегося катастрофического положения в медицине, но даже его стабилизации» [25; 44].

Кризис здоровья и здравоохранения в стране обострил и без того серьезную проблему постоянного роста стоимости медицинского обслуживания населения при стремлении правительства ограничить фактические расходы государства на здравоохранение. Попытка внести кардинальные изменения в стратегию и тактику развития государственной системы здравоохранения были предприняты XXVII съездом Коммунистической партии Советского Союза (КПСС). Съезд КПСС в 1985 году принял новую редакцию программы КПСС и «Основные направления экономического и социального развития СССР на 1986–1990 годы и на период до 2000 года». В данных документах были определены конкретные пути ускорения развития здравоохранения, расширения научных медицинских исследований по ведущим фундаментальным и прикладным проблемам, повышения качества медицинского обслуживания, укрепления и реконструкции материально-технической базы медицинской отрасли в соответствии с новейшими достижениями науки и техники.

Съездом КПСС была поставлена задача по осуществлению перестройки работы органов учреждений здравоохранения и перехода с экстенсивного на интенсивный путь развития медицинской отрасли, использованию экономических рычагов управления и наиболее эффективному достижению конечных результатов – подъема уровня здоровья жителей страны, повышению качества медицинской помощи, осуществлению повсеместного высококвалифицированного медицинского обслуживания всего населения; обоснована необходимость преодоления имеющихся недостатков в организации и управлении здравоохранением. В стране в условиях экономического кризиса начался переход к рынку, что требовало принятия радикальных мер, кардинально меняющих структурные, организационные, финансовые, экономические и политические основы функционирования системы социального обеспечения и реализации прав граждан на охрану своего здоровья [16; 57–58].

Декларируемые реформы невозможно было осуществить без радикального изменения источников финансирования и методов управления системой здравоохранения. Данные изменения стали возможными при введении обязательного медицинского страхования населения страны.

## VII ЭТАП – С 1991 ГОДА

С 1991 года в России началось введение современной системы медицинского страхования. Одной из основных причин введения ОМС явилась необходимость улучшения системы здравоохранения, так как выделяемые ранее средства из госбюджета не доходили до поликлиник и больниц, распыляясь на нужды, далекие от потребностей медицины. Второй причиной стала насущная необходимость повышения качества медицинского обслуживания. Недаром возникла поговорка: «Лечиться даром – даром лечиться». Третья причина состояла по существу в «крепостной» привязанности жителей к своим районным, сельским и городским поликлиникам по месту жительства [14; 87–95], [15; 64], [16; 58], [18; 129–130], [19; 105–109], [20; 73], [21; 27], [22; 5], [24; 185], [26; 5–7], [29; 90–92], [30; 3], [31; 53], [32; 326], [40; 3–4], [41; 531–533], [42; 89–91], [43; 217], [45; 85], [47; 6–9], [48; 140–141], [49; 27], [50; 375], [52; 61].

Таким образом, одной из главных предпосылок реформы явилась необходимость влить в отрасль дополнительные финансовые ресурсы.

Основываясь на опыте зарубежных стран, был разработан и 28 июня 1991 года принят Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [6], положивший начало новому этапу в развитии здравоохранения – созданию и развитию бюджетно-страховой медицины. Как отмечает А. М. Таранов, за основу данного закона «была взята голландская модель организации обязательного медицинского страхования», главный аргумент в пользу выбора которой заключался в «активной роли государства в формировании социально ориентированной системы, направленной на уменьшение различий в общественном положении тех граждан, которые получали медицинские услуги в системе социального страхования (малообеспеченные слои населения), и тех, кто должен страховать себя сам (высокооплачиваемые граждане) в системе добровольного страхования» [44; 20].

Специалисты отмечают, что указанная модель, «довольно громоздкая по своей сути, достаточно высокозатратная и организационно малопонятная для руководителей здравоохранения, поскольку в этой модели в основном функционировали частные медицинские организации, а не государственные, как в России» [14; 104]. Новый механизм финансирования здравоохранения встретил сопротивление по трем основным причинам:

- большинство руководителей опасались введения защиты прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья и создания вневедомственных организаций, связанных с контролем предоставления медицинской помощи;
- реализация указанного закона требовала коренного изменения существовавших методов руководства и повышения ответственности должностных лиц в органах управления здравоохранением и руководителей медицинских учреждений;

- в условиях отсутствия достаточного нормативного правового регулирования отношений в сфере обязательного медицинского страхования у руководителей здравоохранения вызывало опасение и само введение в систему охраны здоровья рыночных отношений.

Для исправления такого положения был принят ряд нормативных актов. Так, Постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 23 января 1992 года № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»» [7] были утверждены типовые договоры обязательного медицинского страхования, положение о страховых медицинских организациях и другие нормативно-правовые документы.

Несмотря на то что эти шаги и стали важными для дальнейшего развития системы обязательного медицинского страхования, они не решили всех проблем выполнения данного закона на территории Российской Федерации. В частности, не было определено:

- как организуются потоки финансовых средств, формирующиеся за счет уплаты страховых взносов;
- как обеспечивается всеобщность ОМС; как достигаются социальная справедливость и равенство всех застрахованных;
- кто определяет «правила игры» в системе ОМС;
- как осуществляется государственное регулирование страхового рынка в системе ОМС и т. д.

Особенность первоначальной редакции закона состояла в том, что страховые взносы должны были поступать от страхователей непосредственно к страховщикам, в страховые медицинские организации. В них должны были образовываться фонды обязательного медицинского страхования. При этом другой формой финансирования мероприятий по охране здоровья населения должны были стать фонды здравоохранения, функции по управлению которыми передавались органам государственной власти как на федеральном и территориальном уровнях, так и на муниципальном уровне.

Правовой статус фондов здравоохранения был определен в первоначальной редакции закона достаточно скрупульно, и в статье 10 указывалось, что это самостоятельные фонды. Если путь поступления средств в фонды обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций был определен однозначно, то пути поступления средств в фонды здравоохранения могли быть любыми, если не противоречили действующему законодательству.

Это привело к необходимости совершенствования законодательства в области охраны здоровья граждан. Так, статья 41 Конституции Российской Федерации [1] декларировала право граждан Российской Федерации на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь за счет средств бюджетов всех уровней, страховых взно-

сов и других поступлений, а статья 72 – право субъектов Российской Федерации на самоуправление в области хозяйственной деятельности.

Принятые 22 июля 1993 года «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (статья 20) [3] гарантировали объем бесплатной медицинской помощи гражданам, который должен обеспечиваться в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Для введения обязательного медицинского страхования на всей территории России был необходим публичный интерес, создание государственной структуры, которая бы не только отвечала за осуществление проводимой реформы, но в силу своего положения была бы заинтересована в ней. Потребовалось совершенствование нормативной правовой базы функционирования здравоохранения, основой которой стал принятый 24 февраля 1993 года Верховным Советом Российской Федерации и подписанный 2 апреля 1993 года президентом Российской Федерации Закон Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»» [4]. Законом медицинское страхование было определено как комплекс отношений, имеющих своей целью защиту связанных с охраной здоровья имущественных интересов населения путем оплаты медицинской помощи, в частности, за счет средств обязательного медицинского страхования. При этом предоставление самой медицинской помощи должно было организовываться на основе действующей системы здравоохранения.

Принципиальной поправкой к закону стало положение, предусматривающее создание в системе ОМС специальных государственных финансово-кредитных учреждений, на которые возлагались функции реализации государственной политики в обязательном медицинском страховании, сбор и аккумулирование страховых взносов, обеспечение всеобщности и равенства в ОМС. Эти учреждения получили название фондов ОМС, которые создавались на федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации.

Поскольку предполагалось, что совокупность отношений в системе здравоохранения только частично совпадает с совокупностью финансовых отношений в системе обязательного медицинского страхования, а правовое регулирование этих отношений различно, возникла необходимость создания соответствующей инфраструктуры, без которой финансовые средства обязательного медицинского страхования не смогут надлежащим образом поступать в систему здравоохранения. В связи с этим во исполнение Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» Верховным Советом Российской Федерации принимается Постановление от 24 февраля 1993 года № 4343-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год», утверждаются положения о Федеральном и

территориальном фондах обязательного медицинского страхования и «О порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» [5]. Распоряжением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 27 мая 1993 года № 927-р [8] создается Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а в субъектах Российской Федерации – территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Был введен четко установленный размер взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в размере 3,6 % по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. Установлена обязанность органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления вносить платежи за неработающее население. Вместе с тем размер страховых взносов на ОМС неработающего населения установлен не был, что впоследствии создало проблему неуплаты взносов за данную категорию граждан.

С января 2001 года в связи с принятием второй части Налогового кодекса Российской Федерации [2] утвержден новый порядок исчисления и уплаты страховых взносов в государственные социальные внебюджетные фонды, в том числе и в фонды ОМС. Отныне работодатели уплачивают их в составе единого социального налога.

В настоящий момент система ОМС в Российской Федерации сложилась следующим образом. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение [6].

Страхователями при ОМС являются:

- для неработающего населения – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления;
- для работающего населения – организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые, в соответствии с законодательством Российской Федерации,

начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Также к субъектам ОМС можно отнести и фонды обязательного медицинского страхования, хотя формально законом в качестве субъектов они не выделяются. Однако именно они, будучи самостоятельными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями, реализуют государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

Отношения между субъектами ОМС, помимо закона, строятся на основе договоров, к которым относятся:

1. Договоры обязательного медицинского страхования;
2. Договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию;
3. Договоры о финансировании обязательного медицинского страхования, заключаемые между территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями.

Таким образом, обязательное медицинское страхование в России начиная с 1861 года прошло несколько этапов своего развития. В настоящий момент сложилась комплексная и полу-субъектная система ОМС. Вместе с тем изучение истории обязательного медицинского страхования в России позволяет выявить положительные и негативные стороны в его формировании и использовать накопленный опыт в современной России.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) // Российская газета. 1993. 25 декабря.
2. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2008 № 117-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2000. № 32. Ст. 3340.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утверждены Верховным Советом Российской Федерации от 22.07.1993 г. № 5487-1) // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.
4. Закон Российской Федерации от 02.04.1993 г. № 4741-1 «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» // Российская газета. 1993. 27 апреля.
5. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (вместе с «Положением о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования», «Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования», «Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования») // Российская газета. 1993. 28 апреля.
6. Закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27. Ст. 920.

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.01.1992 г. № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» // Российская газета. 1992. 26 февраля.
8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.05.1993 г. № 927-р // Собрание актов Президента и Правительства РФ. 1993. № 22. Ст. 2093.
9. Ахмедов С. А. Медицинское страхование как элемент социальной защиты населения: Дисс. ... канд. экон. наук. М., 1997. 170 с.
10. Бабич А. М. Экономика социального страхования: Курс лекций. М.: ТЕИС, 1998. 189 с.
11. Бажан Т. А. Роль больничных касс в системе страховой медицины в дореволюционный период // Советское здравоохранение. 1991. № 1. С. 42–46.
12. Басаков М. И. Страховое дело в вопросах и ответах: Учебное пособие для студентов экономических вузов и колледжей. Ростов н/Д, 1999. 576 с.
13. Бондарь Ю. В. Комплексное развитие обязательного и добровольного медицинского страхования: Дисс. ... канд. экон. наук. М., 2007. 217 с.
14. Вялков А. И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 523 с.
15. Гозденко А. А. Страхование: Учебник. М.: Проспект, 2004. 462 с.
16. Дронов В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 1. С. 47–59.
17. Дронов В. В. Теоретико-методологические основы совершенствования финансового механизма функционирования обязательного медицинского страхования в России: Дисс. ... д-ра экон. наук. Екатеринбург, 2005. 351 с.
18. Ивасенко А. Г. Некоторые вопросы развития медицинского страхования в России // Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы: Сборник научных трудов / Под ред. М. В. Удальцовой, М. Ричардсон. Новосибирск: НГАЭиУ, 1997. 186 с.
19. Ильин В. Медицинское страхование: начало пути // Проблемы теории и практики управления. 1993. № 2. С. 105–109.
20. Кашин В. И. Страховая медицина и рыночные отношения: Учебное пособие. Петрозаводск, 1993. 135 с.
21. Ковалевская Н. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования // Закон. 1995. № 7. С. 27–37.
22. Комаров Г. А. Деятельность системы ОМС в условиях современной системы финансирования // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. 2005. № 1. С. 5–10.
23. Конюкова О. Л. Финансирование медицинского страхования в Российской Федерации: Дисс. ... канд. экон. наук. Иркутск, 2003. 197 с.
24. Кузьменко М. М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. М.: Медицина, 1994. 297 с.
25. Левант Н. А. Страховая медицина и медицинское страхование // Финансы СССР. 1991. № 11. С. 44–47.
26. Линдебрант А. Л. О финансировании здравоохранения // Медицинская помощь. 2005. № 1. С. 3–10.
27. Лисицын Ю. П. Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: Медицина, 1995. 142 с.
28. Махтина Ю. Б. Финансовый механизм функционирования обязательного медицинского страхования: Дисс. ... канд. экон. наук. Иркутск, 2003. 182 с.
29. Медик В. А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. М.: Медицина, 2003. 390 с.
30. Миронов А. А. Медицинское страхование. М.: Наука, 1994. 312 с.
31. О реформировании системы обязательного социального страхования // Человек и труд. 2004. № 1. С. 52–57.
32. Основы страховой деятельности: Учебник / Отв. ред. Т. А. Федорова. М.: БЕК, 2002. 768 с.
33. Погорелая Е. Медицинское страхование в дореволюционной России и в первые годы советской власти // Врач. 1999. № 9. С. 42–43.
34. Решетников А. В. Социальный маркетинг обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: Дисс. ... д-ра экон. наук. М., 1997. 595 с.
35. Решетников А. В. Формирование и эволюция системы обязательного медицинского страхования в России // Медицина труда и промышленная экология. 2000. № 9. С. 1–8.
36. Ройк В. Д. Эволюция форм социальной защиты в России // Страховое дело. 2005. № 1. С. 41–49.
37. Рябухина С. Азбука страхования // Охрана труда и социальное страхование. 2005. № 5. С. 67–70.
38. Садовникова Н. А. Развитие системы обязательного медицинского страхования в регионе: Дисс. ... канд. экон. наук. Саранск, 2006. 177 с.
39. Сидерский А. В. Административно-правовые проблемы управления обязательным медицинским страхованием в Российской Федерации: Дисс. ... канд. экон. наук. Тюмень, 2001. 195 с.
40. Семенков А. В. Медицинское страхование. М.: Финстатинформ, 1993. 128 с.
41. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения. М.: МЦФЭР, 2004. 648 с.
42. Становление нового экономического механизма российского здравоохранения // Общество и экономика. 1993. № 5. С. 87–98.
43. Страховое право: Учебник для вузов / Под ред. В. В. Шахова, В. Н. Григорьева, С. Л. Ефимова. М.: ЮНИТИ: Закон и право, 2007. 332 с.
44. Таранов А. М. Система ОМС: история и перспективы // Вестник государственного социального страхования. 2003. № 12. С. 20–28.
45. Тишук Е. Проблемы здравоохранения в Европе // Современная Европа. 2005. № 3. С. 76–87.
46. Четыркин Е. М. Медицинское страхование на Западе и в России // Мировая экономика и международные отношения. 2000. № 12. С. 31–37.
47. Швирков Г. Ю. Перспективы развития медицинского страхования в России // Здравоохранение Российской Федерации. 1992. № 8. С. 6–9.
48. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Издательство, 1998. 335 с.
49. Шишкян С. Метаморфозы реформы российского здравоохранения // Вопросы экономики. 1995. № 9. С. 26–33.
50. Шишкян С. Выбор страховой модели финансирования и процесс практического внедрения обязательного медицинского страхования // Социальная политика в постсоциалистическом обществе: задачи, противоречия, механизмы. М.: Наука, 2001. 415 с.
51. Штельмах Л. Г. Государственное регулирование обязательного медицинского страхования населения в условиях построения социально ориентированной экономики региона: Дисс. ... канд. экон. наук. Орел, 2005. 185 с.
52. Юркин Г. Система обязательного медицинского страхования: проблемы функционирования и модернизации // Врач. 2003. № 5. С. 61–62.