МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ

Зарождение элементов страховой медицины в России началось еще в 18 – начале 19 вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. Сами рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи – предшественников больничных касс. Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт – Петербурге.

Развитие и оформление системы медицинского страхования в России проходило несколько этапов.

**I. C марта 1861 по июнь 1903 года.** В 1861 году был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. 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 товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы ( в пределах 2-3-х процентов от заработной платы). В 1866г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.

Открывшиеся в 70-80-е года 19 в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи. В целом медицинская помощь фабрично-заводским рабочим была крайне неудовлетворительной.

**II. С июня 1903 - по июнь 1912 года.** Особое значение в становлении медицинского страхования в России имел принятый в 1903 году Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». По этому закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждения потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

**III. С июня 1912 по июль 1917 года.** В 1912г. 3-ей Государственной Думой было сделано немало усилий для социального обновления страны, в том числе 23 июня 1912г. был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев. В декабре 1912г. был учрежден Совет по делам страхования. В январе 1913г. в Москве и Санкт – Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С июля 1913г. были созданы больничные кассы во многих территориях Российской Империи. В январе 1914г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих от несчастных случаев. По закону 1912г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы 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.

**IV. С июля 1917 по октябрь 1917г.** После Февральской революции 1917г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области медицинского страхования. 25 июля 1917г. было принято Положение, согласно которому: расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одномоментно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных); предоставление права больничным кассам объединятся, при необходимости в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового Присутствия (окружные, общегородские больничные кассы); повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек; полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты 4 законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьезно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона 1912г.

**V. С октября 1917 по ноябрь 1921года.** Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссариата труда от 30 ноября 1917г. о Введении в России «полного социального страхования». Основные положения Декларации: 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, сиротства); возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство; возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы. Логическим продолжением начатой политики наркомздравской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31 октября 1918г., которым было утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся». В новом Положении термин «страхование» был заменен на термин «обеспечение». 19 февраля 1919г. В. И. Ленин подписал Декрет «о передаче все лечебной власти части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упразднялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизились уровень заболеваемости болезными, детская смертность и др.

**IV. С ноября 1921 по 1929 год.** С 1921г. в стране была провозглашена новая экономическая политика и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют Постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период с 1921 по 1929гг. 15 ноября 1921г. 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. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых определялись Советом Народных комиссаров. Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками стали комиссии по охране труда и социального обеспечения. По постановлению совета Народных Комиссаров №19 из всех средств социального страхования образовывались следующие операционные фонды: 1) фонды, находящиеся в непосредственном распоряжении органов социального страхования; 2) фонды медицинской помощи застрахованным, находящиеся в распоряжении органов здравоохранения (уездные=районные ФМПЗ, губернские, республиканские, окружные или городские – там, где бюджет здравоохранения в городе или округе выделен из общего бюджета).

И лишь с принятием Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991г., который в дальнейшем претерпел множество изменений и дополнений, можно говорить о новом этапе в развитии и продвижении обязательного медицинского страхования в России.

В соответствии с Законом РФ от 28 июня 1991г. медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование осуществляется в 2-х формах: обязательном и добровольном.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане или предприятия, представляющие интересы граждан. Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственную лицензию на право заниматься такой деятельностью. Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования, которые выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с действующим законодательством. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым организация обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному всех необходимых медицинских услуг в соответствующем объеме и качестве. Такой договор должен содержать: наименование сторон, сроки действия договора, численность застрахованных, размер, сроки и порядок внесения страховых взносов, перечень медицинских услуг, права и обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству условия. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

В соответствии со ст. 9 Закона «О медицинском страховании» страхователь имеет право на привлечение средств из прибыли предприятия на добровольное медицинское страхование. Вместе с тем, согласно п. 5 Постановления Правительства РФ от 22 ноября 1996г. №1387 «О первоочередных мерах по развитию рынка страхования в РФ» с 15 ноября 1996г. страховые взносы по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней, а также медицинскому страхованию относятся на себестоимость продукции (работ, услуг). Суммарный размер отчислений на указанные цели, включаемый в себестоимость продукции, не может превышать 1 процента объема реализуемой продукции. Расходы по договорам добровольного медицинского страхования, заключенным на срок менее года, или размер которых превышает 1 процент объема реализуемой продукции, покрываются за счет чистой прибыли, остающейся в распоряжении предприятия после налогообложения.

В соответствии с ФЗ «О подоходном налоге с физических лиц», суммы страховых взносов, произведенных работодателями по договорам добровольного медицинского страхования, не подлежат включению в совокупный облагаемый доход физических лиц лишь при условии, если застрахованные лица не получают страховых выплат. Это же положение закреплено в инструкции Госналогслужбы России от 25.06.95 № 35 «По применению закона РФ «О подоходном налоге с физических лиц». Во всех случаях суммы страховых взносов подлежат налогообложению в составе совокупного годового дохода, если они вносятся за физических лиц из средств предприятий, учреждений, организаций или иных работодателей, за исключением случаев, когда страхование своих работников производится работодателями в обязательном порядке в соответствии с законодательством и по договорам добровольного медицинского страхования при отсутствии выплат застрахованным физическим лицам.

В соответствии с Практическим пособием по заполнению декларации о совокупном годовом доходе не включается в состав совокупного облагаемого дохода физических лиц стоимость амбулаторного или стационарного медицинского обслуживания, предоставляемого им по договорам добровольного медицинского страхования, осуществляемого за счет средств предприятия в пользу своих работников или членов их семей. При применении этой льготы следует иметь в виду, что к амбулаторному медицинскому обслуживанию относится медицинское обслуживание приходящих больных и оказание помощи на дому: зубопротезирование, судебно-медицинское освидетельствование и др., а к стационарному – медицинское обслуживание в лечебном учреждении с больничными койками. Не относятся к медицинскому обслуживанию косметологические и сервисные услуги.

В соответствии с п. 9 Постановления Правительства РФ от 07.05.97 № 546 « о перечне выплат, на которые начисляются страховые взносы в Пенсионный фонд РФ» страховые взносы не начисляются на суммы страховых платежей, выплачиваемых организацией: по договорам добровольного медицинского страхования работников, заключаемым на срок не менее одного года; по договорам добровольного личного страхования, заключаемым исключительно на случай наступления смерти застрахованного или утраты им трудоспособности в связи с исполнением трудовых обязанностей. Эти льготы могут быть предоставлены только в случае, если у работодателя отсутствует задолженность по платежам в Пенсионный фонд и если эти договоры не предусматривают страховых выплат застрахованным без наступления страхового случая. Во всех остальных случаях начисление взносов в Пенсионный фонд производится в общеустановленном порядке.

Начисление взносов по договорам медицинского добровольного страхования в Фонд социального страхования РФ, в Фонд обязательного медицинского страхования РФ и в Государственный Фонд занятости действующим законодательством не предусмотрено.

Что касается настоящего времени, то сейчас Московская область занимает второе место по затратам на здравоохранение в Центральном федеральном округе и одно из первых мест в стране. Как сообщил министр здравоохранения правительства Московской области Владимир Семенов, в 2001 году расход Московской области на душу населения в области здравоохранения составил около 2 тысячи рублей. Первое место по расходам на душу населения в Центральном федеральном округе занимает Москва: в 2001 году на каждого москвича было выделено приблизительно 2,4 тысячи рублей. В масштабах страны на здравоохранение тратит больше всех Ханты-Мансийский автономный округ, на каждого жителя этого региона из регионального бюджета затрачивается около 10 тысяч рублей (если вычесть из этой суммы северный коэффициент, то получится около 6000 рублей).

Что касается будущих расходов, то в соответствии с проектом федерального бюджета на 2002 год на здравоохранение выделяется 30,7 млрд. рублей.