

на законодательном уровне (имеет место роль субъективного фактора). Во-вторых, характер самих законов о табаке по мере распространения табакокурения и табаководства в России сам по себе так же менялся в сторону детализации технической стороны производства и оборота табака. Впервые такая попытка была предпринята законодателем в конце XIX века, но уже в XX веке наблюдалась наиболее детальная регламентации табакопроизводства. В третьих, современное законодательство о табакообороте вобрало в себя общие положительные черты права прошлого, при этом учитывая аспекты современной реальности и нормы международного права. В четвёртых, в ходе анализа мы также наблюдаем проблему правореализационного характера, поскольку каким бы детальным и жестким не был современный закон, активный рост потребления табачной продукции, в том числе смертности от её воздействия, свидетельствует о недостаточной эффективности реализации такого закона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богданов И. Дым отечества, или краткая история табакокурения. М.: Новое литературное обозрение, 2007, с. 6-21.
2. Винниченко О.Ю. Специфика российской государственности и реализация конституций: историко-правовой аспект // Сборники президентской библиотеки. Серия «Историческое правоведение». Вып. 1: Российский конституционализм в контексте историко-правовых исследований: сборник научных трудов / науч. ред.: Д.И. Луковская, Н.В. Дунаева. — СПб: Президентская библиотека. — 2014. — С. 63-74.
3. Максименко А.А., Пичугина Е.Г. Контрмаркетинг табакокурения. — Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2012. — 358 с.
4. Полное собрание законов Российской империи, с 1649 года. Т. 3. 1689-1699/ Россия. Законы и постановления / Полное собрание законов Российской империи, с 1649 года. 1689-1699. [Санкт-Петербург]: тип. 2 Отд-ния Собств. е. и. в. канцелярии, 1830-1851.
5. Свод законов Российской империи, повелением государя императора Николая Павловича составленный. [Т. 5]: Уставы о податях, о пошлинах, и о сборах с питей, с свеклосахарного производства, и с табаку. Россия. Законы и постановления. Санкт-Петербург: В типографии Второго отделения Собственной Его Императорского Величества канцелярии, 1857-1868.
6. Соборное Уложение 1649 года. — Л.: Наука, 1987.
7. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917—1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М. 1942, стр. 1362-1363.
8. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1921 г. Управление делами Совнаркома СССР М. 1944, стр. 492-493.
9. Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Д.О. Афанасьев,
студент 1 курса ИГиП ТюмГУ
направление «Юриспруденция»
www.afanasev@mail.ru
Научный руководитель:
О.Г. Геймур,
доцент кафедры административного и
финансового права ИГиП ТюмГУ,
кандидат юридических наук

В преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье трактуется как «такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие» [1]. По мнению ВОЗ первичным параметром здоровья считается продолжительность здоровой жизни, вторичными по отношению к нему — уровень доходов и уровень образования. Но кроме такого, идеалистического подхода к определению здоровья его необходимо рассматривать с социальной и экономической точек зрения, как возможность к общественной и индивидуальной полезной деятельности. И отсюда понятно, что общественное здоровье, как и здоровье каждого гражданина — стратегическая цель государства, условие национальной безопасности страны. В своём ежегодном обращении к Федеральному Собранию РФ Президент Владимир Владимирович Путин заявил, что система обязательного медицинского страхования должна обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медпомощи. «Базовый вопрос — это реальный переход к страховому принципу в здравоохранении. Сегодня функция обязательного медицинского страхования, по сути, сводится к прокачке денег до получателя, но только не через бюджет, как раньше, а через внебюджетный фонд», он поставил совершенно другую задачу, которая состоит в том, чтобы работал именно страховой принцип, чтобы возросла ответственность человека за свое здоровье. Как отметил Президент, еще одна задача — чтобы страховые компании «были заинтересованы в том, чтобы медицинские учреждения предоставляли качественные услуги, следили за этим и давали финансовую оценку работы, чтобы у пациента была, наконец, возможность выбрать то медицинское учреждение, которое, по его мнению, работает лучше» [2]. В целях непосредственной заинтересованности каждого человека в сохранении здоровья, возможно, необходимо разработка систем страховых выплат и страховых премий с учётом личного вклада каждого в своё здоровье. Но это требует внесения новых законодательных инициатив и пониманием каждым гражданином его общественной и личной значимости.

Обязательное страхование — страхование, осуществляемое в силу требований закона. Особой разновидностью является обязательное государственное страхование. Это означает, что страхование осуществляется в силу веления госу-

дарства, вне зависимости от того хочет или не хочет сам страхователь. Это страхование носит социальный оттенок и отражает заботу государства обо всех членах общества. Обязательное медицинское страхование (далее ОМС) осуществляется в пользу третьих лиц. Теория страхования выделяет несколько признаков обязательного страхования: экономические (массовость, широта охвата, всеобщность, доступность, экономичность, унифицированность); юридические (устанавливается правовым актом, имеющим форму федерального закона, условия определяются нормативно-правовым актом, а не договором, носит принудительный характер и уклонение страхователей от обязательного страхования влечёт установленную ответственность) [3, 306]. Права и свободы граждан являются высшей ценностью. В обязанности государства входят признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина. К числу конституционно защищаемых ценностей относятся право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений [4].

В данной статье более подробно хотелось бы рассмотреть правовую и экономическую составляющую системы ОМС. Основным оператором финансовых средств ОМС является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее ФФОМС). Он организует оперативное разделение средств на реализацию территориальных программ ОМС в виде субвенций. Ещё одна важная функция — создание страховых резервов, которые могут быть направлены на дополнительные дотации Территориальным фондам обязательного медицинского страхования (далее ТФОМС), на покрытие кассовых разрывов и другое. Кроме этого важным вопросом является распоряжение временно свободными средствами ФФОМС. Они могут размещаться на счетах кредитных учреждений, в ценных бумагах для получения инвестиционного дохода. Порядок их размещения утверждён постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 №1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования» [5].

Необходимо отметить, что кроме вертикальных взаимодействий, рассмотренных выше, в системе ОМС существуют ещё и горизонтальные. Взаимоотношения между страховыми медицинскими организациями строятся на равноправных основах. Между медицинскими организациями также возможно конкурентные взаимоотношения, но это более характерно для крупных городов, для медицинских учреждений федерального подчинения, не имеющих прикреплённой базы застрахованных.

В целом федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» изначально был хорошо подготовлен, поправки в него до настоящего времени вносились очень редко и имели в основном технический характер [6]. Принципиальные изменения были внесены федеральным законом от 30.12.2015 г. №432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»» [7]. Ранее законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» устанавливалось, что, как и другие страховые организации СМО обязаны иметь уставной капитал не менее 60 млн. руб., внесение в уставной капитал заёмных средств и имущества, находящегося в залоге, не допускается [8]. С 2017 года размер уставного капитала иного страховщика определяется на основе базового размера его уставного капитала, равного 120 миллионам рублей. Это приведёт к дополнительному уходу с рынка мелких и средних СМО.

Страховые компании склонны монополизировать часть рынка обязательного медицинского страхования. По признанию сотрудников некоторых страховых компаний, когда крупные страховщики начинают осуществлять страховую деятельность в каком-либо регионе, то они часто заключают соглашения о разделе рынка, вместо того чтобы конкурировать друг с другом. При таком подходе страховщики получают стабильный доход и при этом совершенно не заинтересованы в привлечении клиентов, в том числе путем качественной защиты их интересов. Отмечается резкое сокращение числа страховых медицинских организаций, укрупнение бизнеса ОМС вследствие ухода с рынка мелких региональных страховщиков, не выдержавших требований законодательства по увеличению уставного капитала, и из-за скупки бизнеса региональных страховщиков крупнейшими федеральными страховщиками.

Необходимо указать, что деятельность СМО абсолютно открыта. В соответствии с правилами ОМС все СМО публикуют на собственных сайтах и в СМИ информацию о деятельности в сфере ОМС, о финансовых результатах, о составе учредителей и другое [9]. К примеру, в ЯНАО в настоящее время работают две страховые компании ОАО «ГМСК «Заполярье», МСК «Новый Уренгой», и филиал страховой компании «СОГАЗ-Мед». Данные по этим организациям представим в таблице.

Считается, что крупная компания минимизирует организационные расходы и работает эффективнее. В связи с этим, хотелось бы представить некоторые данные из отчётности крупной страховой компании (СОГАЗ-Мед — 16,5 млн. застрахованных) и сравнительно небольшой (ОАО «ГМСК «Заполярье» — 230 тыс. застрахованных). Количество штатных сотрудников в СОГАЗ-Мед — 2911, в ОАО «ГМСК «Заполярье» — 45. Несколько больший показатель экспертиз в «СОГАЗ-Мед» при их меньшей результативности. Расходы на оплату труда в части общих расходов в компаниях равны, но в «Заполярье» заметно выше на одного сотрудника, что связано с нахождением компании в районах крайнего Севера, где применяется районный коэффициент и надбавки за стаж работы. При этом чистая прибыль на одного застрахованного и на одного работника значительно выше, чем в «СОГАЗ-Мед».

Сравнительные показатели деятельности страховых компаний «СОГАЗ-Мед» и ОАО «ГМСК «Заполярье» за 2014 год

Показатель	«СОГАЗ-Мед»	ОАО «ГМСК «Заполярье»
Количество застрахованных, на 1 сотрудника	5668	5111
Количество обращений, на 100 застрахованных	25,5	29,3
Количество обращений за консультацией, на 100 застрахованных	1,9	1,4
Количество жалоб, на 10000 застрахованных	0,7	0,2
Количество экспертиз, на 100 застрахованных	13,9	9,1
Количество экспертов, принимающих участие в экспертизах, на 10000 застрахованных	1,7	0,9
Суммы, поступившие на собственные средства СМО в результате применения штрафных санкций к медицинским организациям на 100 застрахованных, руб.	23300	110300
Расходы на содержание персонала на 1 сотрудника, тыс. руб.	509	1269
Расходы на содержание персонала в % от всех расходов	71,0	72,6
Чистая прибыль на 1 застрахованного	11,6	40,0
Чистая прибыль на 1 сотрудника, тыс.руб.	65,8	199,2

Из приведённых данных можно сделать вывод, что эффективность средних СМО достаточно высока и уменьшение их количества на страховом рынке ведёт к снижению конкуренции.

В качестве вывода хотелось бы сказать, что взаимодействие субъектов и участников ОМС многогранно. На всех его этапах, с одной стороны возникает движение финансовых средств и контроль за их использованием, с другой стороны организация системы оказания медицинской помощи застрахованному гражданину и контроль за её качеством.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946 г. [Электронный ресурс]. — Документ опубликован не был. — Доступ из справочно-правовой системы «Консультант-Плюс» (дата обращения 05.02.2016).
2. Худяков А.И. Теория страхования. / А.И. Худяков — М.: Статут, 2010. — 656 с.
3. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.: по сост. на 21 июля 2014 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2014. — №31. — Ст. 4398.
4. и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования: постановление Правительства РФ от 31.12.2010 г. №1225: по сост. на 30.07.2014 г. //Собрание законодательства Российской Федерации. — 2011. — №2. — Ст. 388.
5. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ: по сост. на 30.12.2015 г. // Собрание законодательства РФ. — 2010. — №49. — Ст. 6422.
6. О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: федеральный закон от 30.12.2015 г. №432-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2016. — №1 (часть I). — Ст. 52.
7. Об организации страхового дела в Российской Федерации: закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. №4015-1: по сост. на 30.12.2015 г. // Российская газета. — 1993. — №6.
8. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования: приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 28.02.2011 г. №158н: по сост. на 25.03.2016 г. // Российская газета. — 2011. — №47, 51.