

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ЗАЛОГ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

Тигран Зограбян

Аспирант Российско-Армянского университета

Общественное здравоохранение, а также охрана здоровья каждого индивида, являющегося её составным, однозначно воспринимаются как важнейшие условия стабильности здорового общества и предосылками дальнейшего развития последнего. Права человека на физическое и психическое здоровье представляются собой высшую ценность и классифицируются со стороны науки конституционного права как основополагающие права человека. Вполне естественно, что в экономически развитых государствах применяются различные передовые правовые, экономические, социальные и иные механизмы поддержания и развития здравоохранения, в числе которых значимое место занимает внедрение системы медицинского страхования, которая, кратко выражаясь, представляет собой, основу обеспечения социальной стабильности населения и механизм сокращения социальных расходов из государственного бюджета.

Известно, что здоровье нельзя купить и его утрата часто безвозвратна. Более того, в долгосрочной перспективе недостаточное внимание, уделённое общественному здравоохранению может, привести к негативной тенденции демографических показателей. Относительно Армении, как выше было отмечено, статья 85 Конституции РА устанавливается право каждого на охрану здоровья: "Каждый в соответствии с законом имеет право на охрану здоровья. Законом устанавливается перечень и порядок оказания основных бесплатных медицинских услуг". Далее статья 86-ая 7-ым пунктом устанавливает реализацию программ общественного здравоохранения и оздоровления, создание условий для эффективной и доступной медицинской помощи в числе основных целей государственной политики.

Тем не менее, медицинское страхование в РА на данный момент имеет весьма ограниченное применение, поскольку данный механизм доступен лишь для весьма узкого слоя населения. Внедрение и развитие медицинского страхования в РА, в особенности его обязательная форма, которая на данный момент доступна лишь для государственных служащих и то в размере 54 тысяч драм, предполагает системные изменения в правовой, экономической и социальной сферах, фундаментальные изменения в отдельных сегментах системы здравоохранения, а также работу по повышению осведомленности населения.

Медицинское страхование можно рассматривать как в узком, так и в широком смыслах. В частности, в узком смысле медицинское страхование представляет собой механизм, обеспечивающий поток финансовых средств, с помощью которых осуществляется финансирование необходимых медицинских услуг. В результате чего, застрахованным лицам предоставляется возможность получить медицинскую помощь, объем и качество которой определяется договором страхования, в случае наступления страхового случая. В широком смысле же, медицинское страхование представляет собой механизм, обеспечивающий поток финансовых средств, стимулирующий развитие конкуренции в сфере оказания ме-

дицинских услуг и повышение доступности последних для населения. Весьма интересным признаком медицинской страховки, отличающей её от иных видов страхования, является факт выплаты страховой суммы не в денежном, а, как правило, в натуральном выражении. К примеру, в рамках наступления страхового случая с застрахованным автомобилем, страховая компания выплачивает сумму, равную денежному выражению нанесённого ущерба стороне договора, в случае же медицинского страхования, при наступлении страхового случая пациент получает не сумму, достаточную для оплаты необходимых медицинских услуг, а компенсацию в виде совокупности медицинских и иных услуг, направленных на восстановление и поддержание здоровья, оплаченных страховщиком. Согласно некоторым исследованиям, медицинское страхование имеет наибольшую популярность в числе иных страховых услуг, однако, ввиду высоких цен и комплексности данного продукта, предложение намного уступает спросу на последний¹. Следовательно, в данном контексте, применение нестандартных подходов в данном вопросе, тем более в развивающихся странах, представляется наиболее актуальным решением вопроса.

Говоря о развивающихся странах, в РА по признаку обязательности заключения договора о медицинской страховке различают добровольное и обязательное медицинское страхование, согласно части 2-ой, статьи 983 ГК РА² и статьи 6 Закона РА “О страховании и страховой деятельности”. В рамках нашей работы, учитывая определённые показатели достатка населения нашей страны, рассмотренные далее, и факт того, что добровольное медицинское страхование является более эффективным механизмом в странах с относительно высоким уровнем благосостояния населения, мы более детально остановимся и рассмотрим обязательный вид медицинского страхования.

Итак, по данным 2016 года средства бюджета РА, выделенные на здравоохранение, составили 86 млрд. 125 млн. драм, или 6.2%³, а по данным 2017 года расходы бюджета на здравоохранение планируется снизить на 3%⁴. Учитывая факт того, что страны с сформировавшейся системой страховой медицины выделяют 12% средств бюджета на здравоохранение, внедрение системы в РА может сопровождаться весьма тяжким экономическим процессом. Тем не менее, с точки зрения перспектив системы здравоохранения и социального развития, РА не имеет иных альтернатив нежели переход к системе страховой медицины. Более того, страны-участники ЕврАзЭС также прошли либо проходят процесс внедрения системы страховой медицины. К примеру, РФ завершила данный процесс и действует на основе Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”⁵. Согласно последнему, обязательное медицинское страхование (ОМС) является видом обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхо-

¹ Regional: Financial Sector Development in Central and West Asia. Making Insurance Work for Central and West Asian Countries, стр. 17.

² Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г.

³ Официальный информационный источник Электронного Правительства РА: <https://www.e-gov.am/interactive-budget/>

⁴ Там же: <https://www.e-gov.am/interactive-budget/>.

⁵ Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017)

вания в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования¹. Тем же законом закрепляются основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования: 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования; 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования; 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами; 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика; 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования; 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования².

Тем самым можно предположить, что основной целью ОМС является сбор и капитализация страховых взносов, с помощью которых обеспечивается медицинская помощь всем гражданам в обусловленных законом объеме и порядке. Следует отметить, что в рамках ОМС компенсируются лишь затраты, связанные с медицинскими услугами, а затраты, связанные с упущенными доходами, неполученной зарплатой ввиду прохождения лечения, и т.д. не являются предметом ОМС, и могут быть покрыты иными социальными страховыми программами.

В ряде научных юридических источниках объектом ОМС признаётся страховой риск, связанный с затратами оказываемых лечебно-профилактических услуг в случае наступления страхового случая³. Субъектом же признаются страхователи, застрахованные лица, организации медицинского страхования, медицинские учреждения. В лице страхователей, иными словами плательщиками взносов медицинского страхования в пользу всех граждан, выступают работодатели. Экономической базой ОМС выступает страховой фонд, сформированный из соответственных платежей и направленный на приобретение соответственных услуг. Страховой тариф индивидуален и обусловлен состоянием здоровья, возрастом и иными условиями, которые могут быть решающими для проявления различных заболеваний у застрахованного лица. К примеру, принимаются к сведению неблагоприятные воздействия окружающей среды, бытовые и рабочие условия, вредные привычки и т.д.

Правовые предпосылки внедрения системы обязательного медицинского страхования в Армении. Внедрение новых юридических институтов всегда сопряжено с определенными рисками, связанными с решением вопросов адекватного

¹ Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017). Статья 3.

² Там же Статья 4.

³ **Бабич А.М., Павлова Л.Н.** Финансы. Денежное обращение. Кредит: Учебник. - М.: ЮНИТИ - ДАНА, 2000, стр. 470.

правового регулирования, установлением необходимых системных связей, гармоничным взаимодействием с уже существующими институтами и другими правовыми условиями. С точки зрения внедрения института ОМС в РА, упомянутые соображения имеют особое значение, поскольку система здравоохранения в нашей стране продолжает претерпевать кардинальные продолжительные изменения.

Кратко о сложившейся ситуации в данном контексте в стране. На данный момент в РА действует по большей части добровольная формы медицинского страхования (ДМС), которой пользуются довольно узкие группы населения, а также ОМС доступная государственным служащим в ограниченном размере. Что касается бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в рамках социального пакета, следует отметить, что объем бенефициаров социального пакета распространяется только на работников следующих структур: государственные органы; сотрудники государственных некоммерческих организаций в сферах образования, культуры, науки и социальной защиты; персонал Ереванского метрополитена; работники в особо вредоносных для здоровья условиях, к примеру, работники ЗАО «Армянская атомная электростанция»; а также лица, заслужившие почетные звания СССР и Республики Армения и постоянно проживающие в РА. Действие бесплатной медицинской помощи в рамках социального пакета распространяется также на членов семьи вышеназванных групп¹. Подобные программы также действуют в Министерстве обороны РА, Полиции и других военизированных структурах. В данном контексте следует также упомянуть, программы бесплатной сердечной хирургии и бесплатного медицинского обслуживания младенцев и детей в возрасте до 7 лет, которые, несомненно, важны с точки зрения здравоохранения. Тем не менее, большинство населения, включая безработных и пенсионеров, не пользуются бесплатными или привилегированными медицинскими и диагностическими услугами.

Правовая основа для внедрения ОМС в Армению, помимо конституционных норм, также включает соответствующие правовые акты в области здравоохранения, страхования и страховой деятельности, а также некоторые институты смежного права.

Политическая и правовая повестка внедрения медицинского страхования была сформулирована в программе Правительства Армении², в частности, в разделе 3.2.2 предусматривается постепенное внедрение института медицинского страхования по определенным видам заболеваний и для социально уязвимых слоев в пределах государственного заказа. Крайний срок - 2017 год, однако, до сих пор не разработаны соответствующие концептуальные документы. Следует отметить, что это не предполагает обязательного медицинского страхования для всех групп населения, а, следовательно, данный шаг не является полноценным решением.

Относительно базиса для задействования механизма ОМС, согласно статье 6 Закона РА «О страховании и страховой деятельности», законодатель указывает на определённый нормативно-правовой акт, определяющий случаи, порядок и условия действия ОМС. Следовательно, необходимо принять соответствующий закон о введении обязательного медицинского страхования.

Социальные предпосылки внедрения системы ОМС в РА. Наиболее актуальным вопросом внедрения модели ОМС с социальной точки зрения является воп-

¹ Более детально см. программа «Предоставление социального пакета работникам государственных учреждений и организаций».

² Принята 18.06.2012, вошла в силу 19.06.2012, не опубликована.

рос определения источников финансирования медицинских услуг: из государственного бюджета, из платежей работодателей, из определенного процента от зарплаты граждан либо иной смешанной модели. Кроме того, необходимо учесть возможность и готовность граждан производить платежи в случае недостатка выплат из государственного бюджета и платежей работодателей. Согласно данным опроса, проведенному разделом Medicine информационного новостного источника news.am в марте 2016 года¹, граждане РА в основном не готовы осуществлять платежи за медицинское страхование. В данном опросе приняло участие 1,310 человек. Итак, в ходе опроса на вопрос «Сколько готовы Вы выплачивать за годовой медицинский страховочный полис»: 65% (857 человек) ответили, что не готовы; 27% (351 человек), что готовы выплачивать от 40 до 60 тысяч драмов в год; и лишь 8% (102 человека) ответили, что готовы выплачивать от 80 до 100 тысяч драмов в год. Данные результаты необходимо рассмотреть сквозь призму показателей социальной обеспеченности народа Армении. В частности, с 2011 по 2015 гг. Количество получателей пособий для повышения уровня жизни семьи стабильно возросло – 83,997 семей по данным 2011 года и 106,371 семей по данным 2015 года². Картина дополняется индексом бедности Национальной статистической службы РА, в частности, уровень бедности в Армении в 2015 году составил 29,8% против 27,6% в 2008 году. Общее число бедных людей в 2015 году составило 900,000 человек, число очень бедных (включая крайне бедных) - около 310,000 человек, а крайне бедных – 60,000 человек. 8,4% от общего числа бедных людей из 29,8% бедняков страны очень бедны, а 2% крайне бедны, остальные же 19,4% просто бедны³.

Вышеупомянутые показатели, очевидно, оправдывают подход, согласно которому платежи системы ОМС в Армении не должны формироваться за счет средств граждан, особенно тех, кто не работает или работает за минимальную заработную плату. В то же время, подчеркивая императив экономического развития, формирование необходимых ресурсов для ОМС также не должно значительно увеличивать выплаты работодателей в государственный бюджет. Следовательно, на лицо потребность в создании источника бюджетных инвестиций, который будет призван компенсировать разницу между платежами работодателей, граждан и средствами, необходимыми для функционирования системы ОМС.

Внедрение ОМС в систему здравоохранения РА в числе основных законодательных поправок также предполагает создание соответствующих экономических механизмов, в том числе источников финансирования системы, которые смогут стать источником долгосрочных инвестиций. Помимо того, внедрение и эффективное функционирование системы ОМС включает в себя широкие информационно-просветительские мероприятия, которые позволят максимально плавно перейти к новой культуре медицинской помощи. Внедрение системы ОМС радикально изменит порядок и подходы к обращению в медицинские учреждения, готовность населения, а также соответствующих медицинских учреждений, имеет важное значение для повышения эффективности услуг.

Необходимые условия для внедрения системы ОМС в данном контексте, разумеется, не ограничиваются, и в дополнение к предпосылкам также необходимы всеобъемлющие и углубленные юридические, экономические, социальные, социологические, этические и прочие исследования.

¹ <https://med.news.am/arm/news/1196/hayastani-bnakchutyuny-patrast-che-vtcharel-bzhshkakan-apahovagrutyun-hamar---newsam-medicine-i-harcum.html>

² «Հայաստանի Հանրապետության մարզերը և Երևան քաղաքը թվերով», 2016 թ., էջ 113:

³ «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը», 2016 թ., էջ 39:

Основные модели ОМС. Внедрение системы ОМС предполагает переход от традиционной системы здравоохранения с основным источником финансирования со стороны пациента к классической триполярной схеме «страховая компания – пациент – медицинское учреждение»¹. Следует отметить основные характерные особенности модели ОМС, которыми являются: 1) обязательность и равенство; 2) система ОМС фокусируется на всех рисках, одновременно распределяя услуги по мере необходимости, а финансовое бремя - в соответствии с платежеспособностью; 3) платежи, производятся сотрудником и работодателем; 4) четкое законодательное регулирование; 5) частные страховые компании, задействованы в системе социального обеспечения². Сравнивая традиционную систему здравоохранения, фонды которой формируются из сбора налогов, с рассматриваемой моделью ОМС, необходимо подметить явное преимущество последней, заключающееся в прямой связи и направленности между накопленными средствами и медицинскими услугами, что намного привлекательнее для граждан, чем общий сбор налогов³. Более того, модель сама собой диктует увеличение расходов на сферу здравоохранения, поскольку средства выделяются не из государственного бюджета, а из частного сектора⁴. Говоря о частном секторе, необходимо подчеркнуть однозначное преимущество модели ОМС с точки зрения развития конкуренции, а, следовательно, и повышении уровня качества оказываемых медицинских услуг. Также, возвращаясь к теме стандартов, все учреждения, действующие в рамках модели ОМС и получающие финансирование из фондов страховых организаций, обязаны соблюдать нормы медицинской этики и права человека, как получателя медицинских услуг, что также диктуется конкуренцией на рынке и требованиями страховых организаций. Подводя итоги преимуществ ОМС отметим, что модель однозначно снижает уровень смертности в стране. Бесспорно, население, имея возможность ежегодного обследования, будет чаще обращаться в медицинские учреждения. Учитывая тот факт, что у нас в стране заведено не обращаться к врачу пока боль станет невыносимой, рассчитывая на её скорое прохождение самой или самолечение, повышение количества обследований, кроме развития культуры обращения к врачу, продлит длительность здоровой жизни населения. Люди, ныне не имеющие возможность периодических обследований ввиду финансовых проблем, начнут проходить диагностирование, что выявит болезнь на ранней стадии и намного облегчит процесс её лечение.

Безусловно, также как и у любой другой модели, ОМС имеет и свои недостатки. Согласно, экспертным оценкам, основным из них является высокий уровень административных расходов, связанных с деятельностью системы, а также в силу всеохватывающего характера, обеспечение охвата тех, кто не работает по трудовому договору за счет сотрудников⁵. Более того, согласно Теренцию Публию: «Нет ничего такого, что нельзя было бы извратить плохим исполнением» - относительно рассматриваемой системы, практике известны случаи изв-

¹ World Health Organization (1993). The Process and Management of Change-Transition to a Health Insurance System in the Countries of Central and Eastern Europe. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, p. 15.

² World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization, p. 7.

³ World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization, p. 15.

⁴ Minyaev, V. A., Vishnyakov, N. I., et al. (1998). Social Medicine and Health Care Organization, Vol. 2, S. Petersburg, p. 418-425.

⁵ Hasmik Harutyunyan. Financing of the Health Care System in the Republic of Armenia in the Period of 1999-2001: Perspectives for Improvement. Yerevan, 2003 P. 18-19

ращения системы с целью получения выгоды частных лиц, иными словами махинации. К примеру: медицинские центры, содействуя со страховыми компаниями методом отката от сумм, выплачиваемых за оказанные услуги, образуют постоянный кругооборот «пациент-деньги»; возможны случаи недолечения больных, с целью последующих визитов к врачу, а, следовательно, и последующих денежных потоков; случаи назначения различных медикаментов, эквивалентных по действию, но значительно различающихся в цене, с целью изменения суммы счетов, а, следовательно, и увеличения страховых взносов в дальнейшем; в случае ОМС, где пациент не имеет прямой связи со счетами и финансированием оказанных медицинских услуг, предъявление счета за неоказанные услуги; случаи замены не инвазивного лечения медикаментами на более дорогостоящее лечение хирургическими способами и т.д. Все вышеизложенные теневые действия по-большому счёту являются изъятиями законодательства и отсутствием регламентирующих норм деятельности субъектов, задействованных на рынке медицинских услуг в рамках страховой медицины.

Для лучшего представления того, как оперирует модель ОМС на практике, рассмотрим *примеры стран с развитыми системами здравоохранения – США и Нидерландов*.

В Соединенных Штатах, согласно Закону “О защите пациентов и доступной медицинской помощи”¹, все граждане страны начиная с 2014 года в обязательном порядке должны иметь установленный минимальный медицинский страховой полис. В обратном случае, нарушителя ждёт административная ответственность в виде штрафа².

Федеральный закон Штатов обязывает медицинские учреждения предоставлять необходимую медицинскую помощь в неотложительных ситуациях нуждающимся, независимо от платежеспособности последних³. В то же время медицинские учреждения не обязаны предоставлять бесплатную медицинскую помощь платежеспособным лицам. На чём и опирается налоговая система США “имущий платит за неимущего”. Следует отметить, что в случае незастрахованных лиц, последние сами покрывают первоначальный взнос, одну треть расходов своего лечения, установленную договором. А оставшиеся две трети в большинстве случаев так и не собираются в дальнейшем. Причиной тому в основном бывают неплатежеспособность пациента и недобросовестность платежеспособного лица. В последнем случае порой судебные издержки превышают суммы, которые должны быть удержаны у пациентов в пользу медицинских учреждений, следовательно процесс не оправдывает затрат⁴. В результате чего бремя несобраных платежей возлагается на лиц, платящих за соответствующие услуги.

С 2005 года в Нидерландах была внедрена система всеохватывающей ОМС, которая сменила бывшую государственную и частную систему. С 2006 года каждый гражданин обязан был приобрести полис медицинского страхования у

¹ PUBLIC LAW 111-148 - MAR. 23, 2010 124 STAT. 119

² Kahn, Jeffrey H. and Kahn, Douglas A., Free Rider – A Justification for Mandatory Medical Insurance Under Health Care Reform? (March 12, 2011). Michigan Law Review First Impressions, Forthcoming; Washington & Lee Legal Studies Paper No. 2011-3; U of Michigan Law & Econ, Empirical Legal Studies Center Paper No. 11-005; U of Michigan Public Law Working Paper No. 235. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1784495>, p.1

³ The Emergency Medical Treatment and Labor Act, 42 U.S.C. § 1395dd.

⁴ Kahn, Jeffrey H. and Kahn, Douglas A., Free Rider – A Justification for Mandatory Medical Insurance Under Health Care Reform? (March 12, 2011). Michigan Law Review First Impressions, Forthcoming; Washington & Lee Legal Studies Paper No. 2011-3; U of Michigan Law & Econ, Empirical Legal Studies Center Paper No. 11-005; U of Michigan Public Law Working Paper No. 235. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1784495>, pp. 5-6

любой из 40 страховых компаний. Последние обязаны застраховать любого гражданина, обратившегося к ним на условиях, определенных со стороны государства. Половина прибыли страховых компаний формируется за счет подоходного налога застрахованных лиц, который собирается работодателями и передается страховщикам под надзором налоговых органов. Остальные 50% формируются гражданами, непосредственно выплачивающими страховым компаниям страховые взносы. В то же время сами пациенты – граждане, чей страховой случай наступил, платят лишь символическую сумму за административные расходы. В случае невозможности покрытия данных административных расходов, люди с низким доходом, составляющие приблизительно 40% населения, имеют право обратиться в налоговые органы для субсидирования вышеуказанных расходов¹.

Согласно экспертным оценкам, с введением ОМС медицинские учреждения больше заинтересованы в предоставлении качественных услуг, поскольку они получают финансирование для каждого пациента. Система финансируется за счет части социальных выплат, выплачиваемых работодателями, в то время как расходы на лечение неработающих граждан покрываются за счет бюджетных средств².

Принимая во внимание многослойность ОМС, а также взаимосвязь с другими сферами общественной жизни, можно прийти к выводу, что правовое регулирование сферы должно начинаться с разработки концептуального документа, который будет отражать модель ОМС, источники финансирования, долю платежей разных субъектов, а также иные условия, требования к учреждениям здравоохранения, действующим в рамках системы ОМС, список и объем услуг, включенных в ОМС, порядок получения медицинских услуг застрахованными лицами, вовлеченность первичного звена медицинской помощи, а также ряд иных вопросов.

Безусловно, следует отметить, что институт страховой медицины, помимо вышеизложенных функций, также может быть задействован с целью страхования ответственности за вред, причиненный здоровью пациента. В российском Гражданском Кодексе статье 931-ой закреплено право медицинского учреждения застраховать риск своей ответственности перед пациентами, в случае причинения вреда здоровью последних. Следует отметить, что данный весьма передовой страховой продукт наличен на рынке медицинских услуг РА также, начиная с декабря 2015-ого года, со сравнительно небольшим годовым страховым взносом от 20 до 120 тыс. драм. При том, в рамках договора страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда здоровью других лиц, возможно страхования как риска ответственности самого страхователя (например медицинского центра), так и иного лица (например врача, на которого возможно возложение подобной ответственности). Во втором случае, когда страхуется риск ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда здоровью иным лицом, оно должно быть названо в договоре. В противном случае, застрахованным считается риск самого страхователя. Бенефициар же имеет право при наступлении страхового случая требовать компенсации непосредственно у страховщика. Если договор страхова-

¹ Okma, Kieke, Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance? (January 30, 2009). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1340012> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1340012>, p.20

² И.А. Коноплева, О.А. Хохлова. Формирование системы обязательного медицинского страхования населения России, Экология человека, N 2004.4, 2004, стр. 52-53.

ния включает пункт о возмещении вреда страховщиком, то компенсация вреда здоровью будет осуществлена не медицинским учреждением, в стенах которого был причинён вред, а самим страховщиком. Более того, страховщик возмещает вред в пределах страховой суммы. Если же причинённый вред в материальном выражении превышает страховую компенсацию, то, на примере РФ, согласно статье 1072 ГК РФ, недостающую разницу для полного возмещения причинённого вреда выплачивает гражданин или юридическое лицо, застраховавшие свою ответственность в порядке добровольного страхования в пользу потерпевшего.

Таким образом, создание и развитие эффективной системы страховой медицины в Армении – является важным шагом на пути выявления назревших проблем системы, критического осмысления и нахождения их потенциальных решений. Данный процесс в целом направлен на повышение качества и доступности медицинской помощи, а, следовательно, и повышения эффективности системы здравоохранения РА в целом.

ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹԱՆ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄԸ ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔԻ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐՁՐԱՑՄԱՆ ԵՐԱՇԽԻՔ

Տիգրան Զոհրաբյան

Հայ-ռուսական համալսարանի ասպիրանտ

Հանրային, ինչպես նաև յուրաքանչյուր անհատի առողջության պահպանումը որպես հասարակության կայունության և հետագա զարգացման կարևորագույն պայման է: Մարդու ֆիզիկական և հոգեկան առողջության իրավունքները՝ որպես բարձրագույն արժեք, սահմանադրական իրավունքի գիտությունում դասակարգվում են որպես մարդու հիմնարար իրավունքներ: Այդ իսկ պատճառով միանշանակ բնական է, որ զարգացած երկրները կիրառում են իրավական, տնտեսական, սոցիալական և այլ տարատեսակ առաջադեմ մեխանիզմներ՝ հասարակական առողջապահության պահպանման եւ զարգացման նպատակով: Այդ մեխանիզմների թվում նշանակալի տեղ է զբաղեցնում առողջության ապահովագրության համակարգը: Վերջինս բնակչության սոցիալական կայունության հիմքն և պետական բյուջեից հատկացվող սոցիալական ծախսերի կրճատման կարևոր մեխանիզմ: Հողվածում մանրակրկիտ վերլուծվում են մասնավորապես առողջության ապահովագրության համակարգի պարտադիր ձևը, քանի որ այն բժշկական ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության ապահովվման բանալին է և հետևապես նախադրյալ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի արդյունավետության բարձրացման առումով:

LEGAL REGULATION OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE AS A KEY TO IMPROVING THE EFFICIENCY OF THE HUMAN'S RIGHT TO HEALTH

Tigran Zohrabyan

Ph.D. student at the Russian – Armenian University

Public health, as well as the protection of the health of each individual, who appears to be the inseparable component of the latter, are clearly perceived as the most important conditions for the stability of a healthy society and the preconditions for its further development. Human rights to physical and mental health are of the highest value and are classified by the science of constitutional law as fundamental human rights. It is quite natural that various advanced legal, economic, social and other mechanisms for the maintenance and development of healthcare are applied in economically developed countries, among which health insurance system takes its rightful place. For the health insurance system is the basis for ensuring the stability of the socium and the effective mechanism for reducing social expenditures from the state budget. In this article, it is analyzed its mandatory form as a pledge to increase the availability of medical services and, consequently, the effectiveness of the RA healthcare system as a whole.

Բանալի բառեր – առողջապահական համակարգ, ապահովագրական բժշկություն, պարտադիր բժշկական ապահովագրություն, իրավական կարգավորում, օրենսդրություն, բժշկական ծառայությունների շուկա

Ключевые слова: система здравоохранения, страховая медицина, обязательное медицинское страхование, правовое регулирование, законодательство, рынок медицинских услуг

Key words: health care system, insurance medicine, compulsory medical insurance, legal regulation, legislation, market of medical services