Автономная некоммерческая образовательная организация
высшего образования Центросоюза Российской Федерации
«Сибирский университет потребительской кооперации»

Кафедра «Трудового права и социального обеспечения»

Работа допускается к защите
Заведующий кафедрой
к.ю.н, доцент
_____Р.А. Прощалыгин
(подпись)
«____» _____ 2020 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
на тему
«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК МЕРА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»

Обучающегося очной формы обучения
юридического факультета
ЗАПША АЛИНЫ СТАНИСЛАВОВНЫ,
Шифр ПС-ОП-01-17-050
Специальность:
40.02.01 Право и организация социального обеспечения
Руководитель –доцент
кафедры теории и истории государства и права
КОНЕВ Евгений Викторович

Новосибирск
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ
ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРИРОДА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
1.1 Цели и принципы медицинского страхования
1.2 Финансирование медицинского страхования
1.3 Современная система медицинского страхования в России
ГЛАВА 2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ИХ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
2.1 Обязательное медицинское страхование
2.2 Добровольное медицинское страхование
2.3 Отличительные особенности добровольного медицинского страхования в Российской Федерации
ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ
3.1 Проблемы развития медицинского страхования в России
3.2 Перспективы развития медицинского страхования в России
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

ВВЕДЕНИЕ

Конституция Российской Федерации 1993 г. (ст. 39) гарантирует каждому гражданину право на охрану здоровья. С вступлением в силу этой Конституции в России возникла новая модель здравоохранения, которая предполагает целевой характер накопления и расходования финансовых средств на охрану здоровья и медицинского обслуживания населения, придает финансированию здравоохранения смешанный характер. Итак, появилась страховая система здравоохранения, при которой средства на здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей.

Реформа в области здравоохранения является одной из важнейших составляющих проводимых в России преобразований. При этом среди проблем, решение которых позволит повысить уровень здравоохранения, выделяется проблема поиска новых внебюджетных источников возмещения необходимых затрат на охрану здоровья граждан.

Долгое время единственным источником финансирования здравоохранения в нашей стране был государственный бюджет. Бюджетный метод финансирования ориентирован на возможности бюджета, а не на реальные расходы, складывающиеся в этой сфере.

Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. Медицинское страхование позволяет человеку сопоставить необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерить потребности в медицинской помощи и возможность ее получения необходимо независимо от того, кем производятся затраты: предприятием, профсоюзом или обществом в целом.

В настоящее время в России медицинское страхование существует в двух видах: обязательном и добровольном. Несмотря на то, что все население застраховано по программе обязательного медицинского страхования (ОМС), на

рынке страховых услуг достаточно много предложений по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), что является естественной реакцией на возникновение спроса на дополнительные или более качественные медицинские услуги.

Наличие у страхователя полиса ДМС не накладывает ограничений на доступ к услугам по программе обязательного страхования.

Программа ОМС предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатной медицинской помощи, предусмотренной Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, ежегодно определяемой постановлением Правительства РФ, а добровольное страхование - сверх этого минимума, что, по замыслу авторов, должно значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Однако на практике обязательное и добровольное медицинское страхование существуют параллельно, дублируя друг друга, т.е. одни и те же услуги можно получить как по полису ОМС, так и по полису ДМС.

Проблема медицинского страхования за последние десятилетия вошла в круг научных интересов многих исследователей. Различные вопросы сферы страховой системы здравоохранения, предоставления гражданам гарантий бесплатной медицинской помощи затронуты в трудах многих отечественных ученых.

Так, тема медицинского страхования в России является предметом исследований О.В. Авилова, Ю. Андреева, А.П. Архипова, В.А. Белова, Т.А. Масловой. Проблема страхового права рассматривается в работах М.В. Вронской, С.Ю. Каневой, Н.Н. Косаренко.

В рамках исследования были проанализированы следующие нормативно-правовые документы, регулирующие отношения в сфере медицинского страхования: Конституциия РФ, Гражданский Кодекс РФ, Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019 г. № 6-ФЗ) «Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.02.2019) и др.

Целью дипломной работы является анализ рынка медицинского страхования.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач:

1. рассмотреть цели и принципы медицинского страхования;
2. изучить финансирование медицинского страхования;
3. рассмотреть современную систему медицинского страхования в России;
4. определить виды медицинского страхования в России и их отличительные особенности;
5. выявить проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России.

Объектом исследования выступает модель медицинского страхования в России.

Предметом - финансовые источники медицинского страхования в России.

Структурно работа включает введение, три главы, заключение, библиографический список.

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРИРОДА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1 Цели и принципы медицинского страхования

Медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат (выплат страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

В правовом отношении этот вид страхования опирается на закон, определяющий правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения России. Закон обеспечивает конституционное право граждан России на медицинскую помощь.

Цель медицинского страхования состоит в том, чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

На территории РФ лица, не имеющие гражданства, или иностранные граждане, постоянно проживающие в России, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

Медицинское страхование на территории РФ осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование осуществляется в силу закона, а добровольное проводится на основе договора, заключенного между страхователем и страховщиком. Каждая из этих форм страхования имеет свои особенности. Изучению деталей обязательного и добровольного страхования посвящена вторая глава данной дипломной работы.

Медицинское страхование как предмет специализации страхующей организации мало совместимо с другими областями страховой деятельности. Об этом свидетельствует высокая специфичность предмета страхования - здоровья, необходимость иметь дело с массовым контингентом страхующихся, повседневный характер взаимоотношений с клиентами по поводу наступления страховых случаев, наконец, значительный объем страхового возмещения. Таким образом, распорядителями средств медицинского страхования должны стать прежде всего специализированные страховые организации и действующие автономно территориальные страховые фонды.

В странах с развитой рыночной экономикой медицинское страхование является один из важнейших элементов системы поддержания здоровья.

Медицинское страхование, или, точнее, страхование медицинских расходов, наряду с пенсионным, представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны. Этот вид страхования лидирует, как по числу застрахованных, так и в денежном измерении.

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

По обязательному медицинскому страхованию страхователями, которые уплачивают страховые взносы, являются:

- для неработающих граждан - органы государственного управления республик, краев и областей, местная администрация;
- для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью и лица свободных профессий.

Страховые взносы уплачиваются: предприятиями и гражданами - за счет своих доходов; учреждениями непроизводственной сферы - за счет сметных ассигнований, то есть средств соответствующих бюджетов. Средства, направляемые гражданами и юридическими лицами в фонды здравоохранения, исключаются из сумм, облагаемых налогами.

В качестве страховщиков выступают страховые медицинские организации, имеющие лицензии 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 в установленном порядке медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования, которые выполняют свои обязательства по заключенному договору согласно действующему законодательству. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества и иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Программы обязательного медицинского страхования определяют минимально необходимый перечень медицинских услуг, который гарантирует каждому гражданину, имеющему соответствующий страховой полис, право на пользование этими услугами. Те услуги, которые не предусматриваются программами обязательного, входят в программы добровольного медицинского страхования.

Объектом добровольного медицинского страхования должен быть определенный уровень среднедневных затрат на лечение, приходящихся на одного больного. Поэтому размер страховой суммы определяется, исходя из указанной выше среднедневной стоимости и средней продолжительности лечения

застрахованного. В случае потери здоровья застрахованным в связи с заболеванием или несчастным случаем страховая организация оплачивает счета лечебного учреждения, исходя из фактического количества дней лечения застрахованного по установленным в договоре среднедневным нормативам стоимости лечения. Заинтересованные предприятия или страховые организации могут заключать договоры с больницами и поликлиниками о выделении отдельных больничных палат или отдельного приема врачами поликлиник тех больных, которые застрахованы по договорам медицинского страхования. Условия лечения для всех больных должны быть улучшенными. Больницы и поликлиники за счет выплат страховых сумм по медицинскому страхованию будут иметь возможность производить соответствующие затраты на улучшение медицинского обслуживания застрахованных. В перспективе за счет средств добровольного медицинского страхования могут строиться или выделяться отдельные больницы и поликлиники, где будет обеспечен более высокий уровень медицинского обслуживания застрахованных граждан.

Договоры по обязательному медицинскому страхованию заключаются страхователями в обязательном порядке с одной из медицинских страховых организаций. За уклонение от заключения договора обязательного медицинского страхования страхователь подвергается штрафу, который уплачивается в соответствующий территориальный фонд здравоохранения.

По добровольному медицинскому страхованию договоры могут заключаться и непосредственно с гражданами, которые уплачивают страховые взносы за счет своих семейных доходов.

Размеры страховых взносов по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются правительством и утверждаются Федеральным собранием Российской Федерации, а по добровольному страхованию - страховыми медицинскими организациями (страховщиками). Нормы затрат (тарифы) на лечение одного больного, застрахованного в порядке медицинского страхования, устанавливаются: по обязательному страхованию - органами государственного

управления республик, краев и областей по согласованию с соответствующими органами здравоохранения; по добровольному страхованию - страховщиками по согласованию с конкретными лечебными учреждениями.

При заключении договора страховщик обязан выдать страхователю страховой договор, а застрахованному - страховой полис, имеющий силу договора. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил этот договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, который должен находиться на руках у застрахованного. Форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении утверждаются Правительством РФ.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российской Федерации имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

Итак, субъектом медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества и иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

1.2 Финансирование медицинского страхования

Основными источниками лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных услуг являются бюджетные средства и страховые фонды, формируемые за счет взносов физических и юридических лиц. Госбюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления. Взносы в страховые фонды работающей части граждан вносятся через предприятия (учреждения, организации). Эти расходы включаются в себестоимость продукции предприятия (работ или услуг).

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование является Закон Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", принятый в 1991 году. С этого момента было положено начало развитию новой отрасли здравоохранения - страховой медицине.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

До 2010 года финансовые средства фонда обязательного медицинского страхования образовывались за счет части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации, части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере, страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления с учетом территориальных программ обязательного

медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение, иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Средства поступали через банки в фонды обязательного медицинского страхования от страхователей, которые были обязаны в этих фондах зарегистрироваться в качестве плательщиков страховых взносов. Финансовые средства фондов ОМС находились в государственной собственности, не входили в состав бюджетов других фондов.

Согласно Федеральному Закону от 28.07.2009 № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" с 1 января 2010 года ЕСН заменяется страховыми взносами. Налоговые органы контролировать уплату взносов не будут. Контроль за исчислением и уплатой взносов в фонды медицинского страхования будет осуществлять Пенсионный фонд.

В соответствии с проектами Федеральных законов, внесенного Правительством РФ в Государственную Думу, страхователи (работодатели) обязаны предоставлять расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам (в ПФР и ФОМС) в органы ПФР ежеквартально. Причем работодатели с численностью работающих свыше 50 человек обязаны сдавать отчетность в электронном виде.

Законопроектом предусмотрено изменение тарифов страховых взносов медицинское страхование с 2019 года, а именно: взносы в федеральный ФОМС в размере 5,1%, взносы в территориальный ФОМС в размере 2,9%.

Обязанность по уплате взносов исполняется органами ПФР в принудительном порядке путем обращения взыскания на денежные средства на счетах плательщика страховых взносов, организации ли предпринимателя.

Взыскание производится путем направления в банк, в котором открыты счета плательщика, поручения органа ПФР на списание и перечисление в соответствующий бюджет необходимых сумм. При недостаточности или отсутствии средств на счетах плательщика, орган ПФР может взыскать взносы за счет имущества. Взыскание с физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями, осуществляется в судебном порядке.

С 1 января 2010 года индивидуальные предприниматели обязаны уплачивать в ПФР и ФОМС страховые взносы в размере, определяемом исходя из стоимости страхового года. Стоимость страхового года определяется по отношению к страховым взносам, подлежащим к уплате в ПФР и ФОМС как произведение минимального размера оплаты труда на текущий год (устанавливается федеральным законом на начало финансового года) и тарифа страхового взноса, увеличенное в 12 раз.

Добровольное медицинское страхование выступает дополнительным источником финансирования здравоохранения. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС.

Страхователями при ДМС могут быть:

- отдельные дееспособные граждане;
- предприятия, представляющие интерес граждан.

ДМС осуществляется в рамках договора между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии, с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному лицу медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам ДМС.

По ДМС помощь оказывается только тем лицам, которые заключили договор и своевременно платят страховые суммы. Размер страховых взносов

определяется страховщиком исходя из состояния здоровья страхователя и тарифов, установленных медицинскими организациями на медицинские услуги.

В России договор ДМС в основном заключают предприятия и организации в отношении своих работников. Добровольное медицинское страхование не распространяется на медицинские услуги, которые осуществляются за счет средств ОМС. Договор ДМС заключается на срок не более 1 года, но целесообразнее заключать такие договоры на длительные сроки.

Таким образом, источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и органов местного самоуправления;

средства государственных и общественных организаций, предприятий; личные средства граждан; безвозмездные и благотворительные взносы и другие источники.

Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования.

1.3 Современная система медицинского страхования в России

Медицинское страхование в Российской Федерации является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. В правовом отношении этот вид страхования опирается на Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991 г. №1499-1. Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения РФ. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование предусматривает минимально необходимый перечень медицинских услуг, которым гарантирует каждому человеку, имеющему страховой полис, право на пользование медицинскими услугами: скорой помощью, поликлиникой, помощью на дому и т.п. Однако страховая медицина не предусматривает уход за больными, проведение профилактических мероприятий, дорогостоящего лечения.

Добровольное медицинское страхование является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Система медицинского страхования опирается на Федеральный Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". В нем прописаны субъекты, объекты, договор медицинского страхования, права граждан

Российской Федерации в системе медицинского страхования и страхователя, тарифы взносов и т.д.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

В России обязательное медицинское страхование является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации обязательного медицинского страхования, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создаёт специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на обязательное медицинское страхование.

Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами обязательного медицинского страхования.

Нормативно-законодательными актами, в которых заложены правовые основы системы ОМС являются Конституция РФ, Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28.06.91 г. №1499-1, ежегодно утверждаемая Правительством РФ Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, Типовые правила обязательного медицинского страхования.

Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставлении за счёт собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах.

Поэтому систему обязательного медицинского страхования следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. С другой стороны, обязательное

медицинское страхование представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. Необходимо отметить, что в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы - социального страхования - и не является предметом ОМС.

Медицинское обслуживание в рамках обязательного медицинского страхования предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Утверждённая постановлением Правительства РФ №1096 Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые застрахованным в рамках ОМС на бесплатной основе.

Экономическая база медицинского страхования - априорно формируемый фонд денежных средств, из которых оплачиваются услуги. Величина разового страхового взноса зависит от состояния здоровья страхуемого и его возраста, детерминирующих вероятность заболевания в тот или иной период жизни пациента. Учитываются также динамика и степень влияния неблагоприятных факторов окружающей среды (производственных и бытовых условий, экологической обстановки и т.д.), особенности образа жизни страхуемого (курение, злоупотребление спиртными напитками, занятие спортом и т.д.).

Обязательное медицинское страхование является частью государственной системы социального страхования. В основе системы обязательного медицинского страхования лежат следующие экономические и правовые принципы:

1. Обязательное медицинское страхование распространяется на всех граждан страны независимо от возраста, пола, состояния здоровья, места жительства и доходов. Все граждане страны

имеют право на получение бесплатных медицинских услуг включенных в программу обязательного медицинского страхования.

2. Программа обязательного медицинского страхования финансируется государством.
3. Страховые взносы перечисляются на всех граждан, однако использование перечисленных ресурсов осуществляется только при обращении за медицинской помощью - принцип "здоровый платит за больного". Граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковое право на получение медицинских услуг, однако начисление в страховой фонд осуществляется в зависимости от объема личного дохода - принцип "богатый платит за бедного".
4. Участниками программы обязательного медицинского страхования являются:
5. Застрахованные лица

Для неработающих граждан страхователем является государство в лице местных органов исполнительной власти.

Для работающих граждан страхователями являются предприятия и организации.

Учреждения осуществляющие программу обязательного медицинского страхования:

Государственные и территориальные фонды реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования;

Страховые медицинские организации, а также медицинские учреждения имеющие лицензию на право деятельности в области обязательного медицинского страхования и оказания медицинской помощи, включенной в программу обязательного медицинского страхования.

Фонды ОМС - это самостоятельные государственные кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования - самостоятельные государственные финансово-кредитные учреждения, созданные для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования. Финансовые средства фондов находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Фонды подотчетны соответствующим органам законодательной и исполнительной властей. Задачами фондов являются:

обеспечение реализации Закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" и предусмотренных им прав граждан;

достижение социальной справедливости и равенства граждан в получении медицинской помощи определенного объема и качества;

обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

В задачи Федерального фонда входит также участие в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области медицинского страхования.

В функции фондов входят:

- аккумулирование финансовых средств;
- осуществление финансово-кредитной деятельности по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;
- выравнивание направляемых в сферу медицинского страхования финансовых ресурсов территорий, городов, районов.

Территориальные фонды дотируют свои филиалы с недостаточным объемом собранных средств до достижения установленного на территории среднедушевого норматива. Территориальный фонд осуществляет финансирование обязательного медицинского страхования, проводимого страховыми медицинскими организациями; накапливает финансовые резервы для обеспечения устойчивости системы обязательного медицинского страхования; организует банк данных по всем категориям плательщиков страховых взносов; совместно с органами Государственной налоговой службы РФ осуществляет контроль за своевременным и полным поступлением страховых взносов; согласовывает с органами государственного управления, местной администрацией, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховщиками тарифы на медицинские и иные услуги по обязательному медицинскому страхованию и т.п.

Федеральный фонд финансирует целевые программы развития обязательного медицинского страхования, организацию подготовки специалистов, научно-исследовательские работы в области обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд утверждает Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан, организует разработку нормативно-методических документов, обеспечивающих реализацию закона, изучает и обобщает практику применения нормативных актов и вносит предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных актов по вопросам медицинского страхования.

Территориальный фонд разрабатывает и представляет на утверждение в органы государственной власти правила обязательного медицинского страхования на соответствующей территории, иные нормативные акты.

Страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. СМО получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного ими

контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

По Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, в качестве СМО может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую департаментом страхового надзора.

СМО вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование граждан, но не вправе осуществлять другие виды страховой деятельности. При этом финансовые средства по обязательному и добровольному страхованию учитываются СМО раздельно. СМО не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

СМО выступают в качестве посредника между гражданами, лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и финансирующими организациями - территориальными фондами ОМС. Свою страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров:

Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией, иными словами, со всеми страхователями, обязанными платить страховые взносы в ТФОМС. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной СМО.

- Договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с численностью и категориями застрахованных.
- Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной СМО гражданам.
- Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т.е. полисы ОМС, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

Все взаимоотношения внутри системы ОМС регулируются на основании территориальных правил ОМС, которые должны соответствовать типовым правилам ОМС от 01.12.93 г., утвержденным Федеральным фондом ОМС и согласованным с Росстрахнадзором.

Основными функциями СМО являются:

- участие в выборе и аккредитации медицинских учреждений;
- оплата медицинских услуг, предоставляемых застрахованным;
- осуществление контроля за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг, в том числе предъявление регрессных требований и исков медицинским учреждениям по фактам нарушения условий ОМС или причинения ущерба застрахованным;
- формирование страховых резервов: резерва оплаты медицинских услуг, резерва финансирования предупредительных мероприятий и запасного резерва и другое.

Деятельность СМО представляет заключительный этап в реализации положений ОМС. Страховые медицинские организации - важное звено в системе обязательного медицинского страхования. Цель страховой медицинской организации - обеспечить оплату медицинской помощи, следить за полнотой и качеством предоставляемых медицинских услуг и защищать право застрахованных лиц.

Добровольное медицинское страхование - это форма организации страхования на случай потери здоровья, предоставляющая гражданам возможность полной или частичной компенсации расходов на медицинское обслуживание, в дополнение к системе государственного здравоохранения или обязательного медицинского страхования.

Программа добровольного медицинского страхования - это перечень медицинских услуг в рамках договора страхования, которые будут оплачены страховщиком, с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых

сумм по каждому виду помощи, а также медицинских учреждений, где застрахованный может получить помощь.

Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в качестве объекта добровольного медицинского страхования определяет риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая". При этом в Законе указывается, что добровольное медицинское страхование "обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг и иных услуг сверх установленных программами обязательного страхования". Объектами ДМС выступают две группы страховых рисков:

1) возникновение расходов на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации, уходу;

2) потеря дохода в связи с невозможностью осуществления трудовой деятельности как во время заболевания, так и после - при наступлении инвалидности. Законодательство РФ ограничило объект медицинского страхования только возмещением затрат на медобслуживание.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан.

Добровольное медицинское страхование является дополнительной программой к установленному объёму медицинской помощи, что действует для лиц, указанных страхователями в качестве выгодополучателей. ДМС осуществляется за счёт средств определённого бюджета, личных взносов граждан, взносов работодателя.

Следует отметить, что ДМС страхует не здоровье, но затраты на лечение; последние возмещаются застрахованному обыкновенно или по этапу медицинского вмешательства (фармакология, диагностика, стационар), или по видам оказанной медицинской помощи (стоматология, гинекология, косметология, случай смерти), или по долям расходов на оплату оказанной

медицинской помощи (полное возмещение, процентное возмещение, возмещение в пределах определённой суммы).

Добровольное медицинское страхование принято подразделять на индивидуальное (учитывающее сложность конкретного заболевания конкретного лица) и на коллективное (учитывающее риск возникновения определённых заболеваний у группы лиц).

Согласно российскому законодательству, обеспечением и защитой прав застрахованных граждан занимаются: орган законодательной власти субъекта РФ, орган исполнительной власти субъекта РФ, страхователи (работодатель), Территориальный фонд ОМС (для соответствующей системы), страховые медицинские организации и их ассоциации, орган управления здравоохранением, профессиональные медицинские ассоциации, лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы), лицензионно-аккредитационные комиссии, органы государственного контроля (прокуратура, антимонопольный комитет, Уполномоченный по правам человека, Представитель Президента РФ, росздравнадзор), субъекты общественного контроля (профсоюзные органы, Общество защиты прав потребителей, СМИ, гражданин), субъекты досудебного и судебного разрешения споров.

Платные медицинские услуги предоставляются гражданам медицинскими учреждениями в рамках заключённых договоров в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи.

Для осуществления данного вида деятельности медицинскими учреждениями необходимо наличие у них соответствующего сертификата и лицензии. Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Сегодня добровольное медицинское страхование - один из самых востребованных видов страховой защиты в России. Свидетельство этому - темпы

роста отрасли, которые составляют около 20% на протяжении уже нескольких лет.

Таким образом, добровольное медицинское страхование осуществляется на основе соответствующих программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и других услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. ДМС является одним из наиболее перспективных сфер страхования, и активно развивается.

ГЛАВА 2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ИХ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

2.1 Обязательное медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование регулируется Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", является частью государственной социальной политики и системы социального страхования. Оно реализовано на базе самостоятельной финансовой системы - государственного социального страхования и фонда обязательного медицинского страхования, который пополняется из средств предприятий и организаций за счет обязательных отчислений, начисляемых на заработную плату работников.

Гражданам России при обращении в лечебные медицинские учреждения гарантируется получение медицинской помощи в соответствии с перечнем и объемом, установленными территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Субъектами ОМС являются: застрахованный; страхователь; страховая медицинская организация; медицинское учреждение.

Застрахованными по системе ОМС могут быть как граждане РФ, так и лица без гражданства. Медицинское страхование иностранцев, временно находящихся на территории РФ осуществляется в порядке, устанавливаемом правительством РФ. Иностранные граждане, постоянно проживающие в РФ, имеют такие же права, как и граждане РФ, если международным договором не предусмотрено иное.

Граждане РФ имеют право: на выбор страховой медицинской организации; выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинских услуг на всей территории РФ, в том числе и за пределами постоянного места жительства; получение медицинских услуг в соответствии и качеством и объемом,

установленным государственной программой, независимо от того, предусмотрено это договором или нет.

Страхователями выступают как юридические, так и физические лица, вносящие взносы в фонды ОМС. Плательщиками взносов являются:

для неработающего населения - высшие органы государственного управления субъектов РФ и местная администрация;

для наемных работников - работодатели;

лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью и некоторые другие граждане (например, лица творческих профессий, не объединенные в союз) платят взносы самостоятельно. Таким образом они являются и застрахованными и страхователями.

При недостатке средств в местном бюджете для уплаты взносов за неработающих граждан выделяются дотации в порядке, установленном Правительством РФ.

За отказ хозяйствующих субъектов от регистрации в качестве плательщиков взносов на ОМС, сокрытие или занижение сумм, с которых должны платиться взносы, нарушение сроков их перечисления применяются финансовые санкции в виде штрафа и (или) пени, уплата которых не освобождает страхователя от выполнения обязательств по ОМС. При наложении финансовых санкций Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования пользуются правами налоговых органов.

От уплаты взносов на ОМС освобождаются общественные организации инвалидов и предприятия (объединения), находящиеся в собственности этих организаций и созданные для осуществления уставных целей.

Страхователи имеют право: на выбор страховой медицинской организации; осуществления контроля за выполнением договора ОМС.

Страхователи обязаны: заключать договоры ОМС; вносить взносы на ОМС; принимать меры по устранению неблагоприятных факторов на здоровье граждан;

предоставлять страховой медицинской организации информацию о состоянии здоровья контингента, подлежащего страхованию и др.

Страховые медицинские организации - это юридические лица любых форм собственности, получившие лицензию органов Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью. Они не входят в систему здравоохранения. Законодательство запрещает органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям быть учредителями страховых медицинских организаций, им разрешено владеть акциями последних в объеме не более 10% общего пакета.

Страховая медицинская организация имеет право: на выбор медицинского учреждения для оказания медицинской помощи по договорам медицинского страхования; участие в аккредитации медицинских учреждений; участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявление иска к медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и морального вреда, причиненного застрахованному по их вине, и др.

Страховая медицинская организация обязана: осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе; заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание застрахованным медицинской помощи по ОМС; выдавать застрахованному или страхователю медицинские полисы; контролировать объем, качество и сроки оказания медицинской помощи; защищать интересы застрахованных; для обеспечения устойчивости своей деятельности создавать резервные фонды.

К медицинским учреждениям относятся: научно-исследовательские институты, лечебно-профилактические и другие организации, оказывающие медицинскую помощь. Физические лица также могут заниматься медицинской деятельностью без образования юридического лица индивидуально или коллективно.

Все медицинские учреждения должны иметь лицензию и пройти аккредитацию. Лицензия - это государственное разрешение на осуществление медицинской помощи и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензии выдаются лицензионными комиссиями, создаваемыми при органах управления (местной администрации) из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений и общественных организаций.

Аккредитация направлена на определения соответствия медицинского учреждения установленным профессиональным стандартам. Аккредитацию проводят специальные комиссии, образуемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций и страховых медицинских организаций. По результатам аккредитации органы управления субъектов РФ выдают сертификат.

Итак, реализацию государственной политики в области обязательного медицинского страхования осуществляют Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования - специализированные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Страхователи должны заключать договоры обязательного медицинского страхования, в соответствии с которыми застрахованные граждане имеют право на получение медицинских услуг, перечень и объем которых устанавливаются территориальными программами обязательного медицинского страхования, в медицинских учреждениях, включенных в систему обязательного медицинского страхования. Такие программы утверждаются органами государственного управления субъектов Российской Федерации и предоставляют застрахованному гражданину право на получение не всех, но достаточно большого перечня медицинских услуг. Список бесплатных услуг пополняется за счет целевых программ здравоохранения, которые утверждаются органами государственного управления территорий и финансируются полностью за счет бюджетных средств (например,

медицинские услуги, связанные с родовспоможением и оказанием медицинской помощи детям, и др.). Остальные медицинские услуги предоставляются медицинскими учреждениями гражданам на платной основе, а для лиц, участвующих в добровольном медицинском страховании, за счет средств страховщиков.

Страховая медицинская организация может быть учреждена в любой организационно-правовой форме и на дату учреждения должна иметь уставный капитал не менее 1200 минимальных размеров месячной оплаты труда, установленной российским законодательством. Среди учредителей страховой медицинской организации не могут быть органы управления здравоохранением и медицинских учреждений. Такая организация обязана иметь государственную лицензию на право проведения обязательного медицинского страхования. Такие лицензии выдаются Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью и удостоверяют право на участие страховой медицинской организации в проведении обязательного медицинского страхования на конкретной территории (области, республики, края, г. Москвы и г. Санкт-Петербурга).

Застрахованные граждане обязаны иметь именной полис обязательного медицинского страхования, который вручается им страховой медицинской организацией или работодателем-страхователем по ее поручению. На отдельных территориях полис может быть получен в медицинском учреждении - поликлинике по месту основного жительства. В полисе указаны страховая медицинская организация и медицинские учреждения, в которых застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи. Полис предъявляется застрахованными гражданами при обращении за полученном медицинской помощи в лечебное учреждение за исключенном скорой (срочной) медицинской помощи, оказание которой входит в обязанности медицинских учреждении и включено в целевые программы здравоохранения.

Медицинские учреждения - поликлиники или больницы -получают право на предоставление медицинских услуг по программам обязательного медицинского страхования после прохождения аккредитации в соответствующих органах управления здравоохранением. Оказываемая гражданам медицинская помощь должна соответствовать утвержденным медико-экономическим стандартам и подлежит оплате страховыми медицинскими организациями в соответствии с установленными тарифами на медицинские услуги.

Движение финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования строго регламентировано действующим законодательством. Страхователь уплачивает страховые взносы в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

2.2 Добровольное медицинское страхование

Медицинское страхование проводится в двух формах: добровольной и обязательной. В их основу положены разные организационно-правовые и экономические принципы. Они различаются по числу сторон, участвующих в страховании целям и условиям функционирования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется в соответствии с требованиями Законов РФ "О страховании" и "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" и предусматривает заключение договора между страхователем и страховой компанией. Взаимные обязательства сторон регулируются договором и действующим законодательством.

Добровольное медицинское страхование осуществляют страховые компании, имеющие лицензию на данный вид страховой деятельности. Медицинское страхование проводится в двух формах: добровольной и обязательной. В их основу положены разные организационно-правовые и экономические принципы. Они различаются по числу сторон, участвующих в страховании, целям и условиям функционирования.

Одним из субъектов страховых отношений в добровольном медицинском страховании является медицинское учреждение, лечение выгодоприобретателя в котором страховщик оплачивает. Список таких учреждений ограничен договором страхования, но по согласованию со страховщиком страхователь (выгодоприобретатель) может получить оплачиваемую или частично оплачиваемую медицинскую услугу (лечение) в учреждении, которого нет в списке, прилагаемом к договору страхования.

Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением консультативной, профилактической и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах перечня, предусмотренного договором

страхования в течение срока действия договора. Не считается страховым случаем обращение застрахованного в медицинское учреждение по поводу: травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения умышленного преступления; покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; умышленного причинения себе телесных повреждений. Кроме того, заболевания, которые не могут носить случайный характер, в перечень страхуемых рисков не включаются. Страховщик не оплачивает лечение, если получены медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования и оказанные в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования.

2.3 Отличительные особенности добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

Добровольное медицинское страхование введено с 1 октября 1992 года. Оно осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. Правила добровольного медицинского страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно в соответствии с положениями Закона РФ от 27.11.92 г. №4015-1 "О страховании". (ред. от 02.12.2019) Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования.

В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Теперь перейдем к рассмотрению особенностей, свойственных именно добровольному медицинскому страхованию, то есть основных отличий его от обязательного медицинского страхования.

Отличия обязательного и добровольного медицинского страхования состоят в следующем:

- Обязанность страхования при ОМС вытекает из закона, а при ДМС - основана только на договорных отношениях, что, однако, не исключает необходимости осуществления ОМС путем заключения договора страхования страхователем со страховщиком (ст. 936 ГК РФ ч. 2).
- Главное различие между ОМС и ДМС лежит в сфере отношений, возникающих между их субъектами при предоставлении

медицинской помощи за счет страховых средств. Если ОМС осуществляется в целях обеспечения социальных интересов граждан, работодателей и интересов государства, то ДМС реализуется лишь в целях обеспечения социальных интересов граждан (индивидуальных или коллективных) и работодателей.

- Из предыдущего отличия вытекает, в частности, и различие в том, кто является страхователями при ОМС и ДМС: при ОМС - это органы исполнительной власти и работодатели, при ДМС - граждане и работодатели.
- Отношения по ДМС также, как и ОМС, относятся к социальному страхованию, преследующему цель организации и финансирования предоставления застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества, но по программам ДМС.

Однако ДМС, в отличие от ОМС, не относится к государственному социальному страхованию. Во-первых, вследствие различия в реализуемых ими социальных интересах. Во-вторых, вследствие различия форм собственности и организационно-правовых форм страховых организаций, осуществляющих социальное страхование. При этом имеется в виду, что социальное страхование может быть не только государственным, но и муниципальным, а учитывая различия в его внутренней организации - также профессиональным (по отраслевому - профессиональному признаку) и международным.

Однако классификация социального страхования по признаку форм собственности и различий в его внутренней организации (государственное, муниципальное, профессиональное, международное) не совпадает с классификацией по формам социального страхования - обязательное и добровольное. Таким образом, ОМС и ДМС отличаются друг от друга по вышеназванным видам классификации.

Вследствие вышесказанного, преследуя общие цели и имея общий объект страхования - ОМС и ДМС существенно различаются по субъектам страхования -

у них различные не только страхователи, но и страховщики. У ДМС - это негосударственные организации, имеющие любую организационно-правовую форму, у ОМС - государственные организации.

ОМС и ДМС также отличаются по источникам поступления средств. У ДМС - личные доходы граждан или доходы организаций, у ОМС - налогоподобные сборы и налоги.

Отличий может быть перечислено много, например, по механизмам правового регулирования, но мы перечислили здесь самые основные.

Рассмотрим теперь существующие в настоящее время проблемы добровольного медицинского страхования.

Практика проведения ДМС в России показывает, что существует ряд сложностей и проблем, которые препятствуют дальнейшему эффективному развитию ДМС.

Во-первых, существующее несоответствие между законодательными документами (Законом РФ "О медицинском страховании" и Законом "О страховании" в части возврата части страхового взноса, оформления договора ДМС и др.).

Во-вторых, отсутствие налоговых льгот на доход граждан в части средств, направляемых на ДМС (предоставление данных налоговых льгот представляется оправданным в связи с тем, что ДМС осуществляет частичное финансирование государственного здравоохранения).

В-третьих, стремление большинства медицинских учреждений компенсировать недостаток бюджетных ассигнований за счет предоставления медицинских услуг в рамках ДМС зачастую в ущерб их качеству.

В-четвертых, отсутствие у страховых компаний банка статистических данных (статистика заболеваемости, ее распределение по полу, возрасту, профессии, виду заболеваний и т.п.), который является основанием для расчета страховых взносов.

В-пятых, в настоящее время программы обязательного и добровольного медицинского страхования не конфликтуют между собой, в связи с тем что ОМС предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а добровольное страхование - сверх этого минимума, что позволяет значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Однако, несмотря на видимые преимущества такой системы, ее существенным недостатком является то, что полис ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования не обеспечивает страхователя покрытием на случай возникновения смертельно опасного заболевания. Программа ОМС не охватывает крупные риски в силу ограниченности финансовых ресурсов. А что касается программ добровольного страхования, то включение подобных рисков в общее страховое покрытие значительно усложняет методику расчета страховых тарифов. Если обычное страхование расходов на лечение относится к группе рисковых видов страхования и расчет тарифов производится по методике, принятой в имущественных видах страхования, то страхование от критических заболеваний требует иных подходов к расчету платежей. Это объясняется, во-первых, долгосрочным характером страхового покрытия и, во-вторых, тем, что такой вид страхования сочетает в себе черты рискового и накопительного страхования.

Хотелось бы выделить наиболее общие проблемы, стоящих перед медицинским страхованием практически во всех странах и анализ путей возможного решения этих проблем.

К таким проблемам относятся: проблема возрастания числа пожилых людей, т.е. "старение" населения; самовозрастающая стоимость (опережающая инфляцию) медицинских услуг, что хотя и является самостоятельной проблемой, но одновременно может рассматриваться и как производная от первой.

Пути решения этих проблем идентичны как для уже сложившихся систем медицинского страхования демократически развитых стран, так и для

складывающейся его модели в России. Рассмотрим возможные варианты решения указанных проблем.

Проблема "старения" населения и наряду с ней социальной зашиты здоровья пожилых людей, обеспечения их медицинскими услугами и компенсации затрат на эти услуги сейчас особенно актуально как для Европы, так и для России. Население нашей страны ежегодно уменьшается на 0,2%, что обусловлено неблагоприятным соотношением рождаемости и смертности, которое определяется не только современной обстановкой, но и характером демографического развития в прошлом. В связи с этим вполне своевременно будет поставить вопрос о повышении расходов на социальное, в том числе медицинское обслуживание лиц пожилого возраста. При этом можно обратиться к опыту Германии, прежде всего части ее - бывшей ГДР, поскольку эта страна в конкретные периоды своей истории решала сходные с Россией задачи в приблизительно равных экономических условиях.

На проведение страхования жизни и ДМС в комбинации с другими видами в Германии существует "запрет кумуляции", так как эти виды страхования - часть системы "социальной защиты", а для обеспечения защиты застрахованных они должны быть ограждены от сильных колебаний убыточности. Это дает возможность разграничить доходы и расходы в медицинском страховании и страховании жизни. Избыток накапливаемых средств может быть почти полностью использован для тех лиц, которые застрахованы пожизненно, но не для субсидирования других отраслей страхования. При этом, если нарушается размер премии, соответственно нарушается и динамика расходов, так как медицинские премии требуют больших расходов и продолжительность жизни может возрастать.

Происходит перераспределение средств в пользу пожилых людей из взносов молодых застрахованных лиц.

Как было уже отмечено, проблема "старения" населения актуальна для России. Через несколько лет вполне может возникнуть ситуация, когда число

пожилых людей достигнет предельного уровня и возрастут расходы на их лечение и обслуживание. Избежать этого полностью вряд ли возможно, но сгладить этот процесс необходимо. Выход - в концентрации финансовых ресурсов на макро- и микроуровнях с целью их дальнейшего использования.

Прежде всего проблема возрастания числа пожилых людей требует решения на макроуровне, так как частные фонды не в состоянии справиться с этой общегосударственной задачей в силу ограниченности своих бюджетов. Эту проблему необходимо решать совместными действиями социальных и страховых служб. Поэтому вполне возможно создание социальных демографических программ как на федеральном, так и на региональном уровне, то есть ориентация субъектов пенсионного и медицинского страхования на социальное обеспечение и охрану здоровья пожилых людей, инвалидов и т.п.

Дополнительно к таким программам возможна разработка страховых программ (продуктов), включающих в себя обеспечение по указанным видам социальной защиты и охраны здоровья в рамках ДМС.

Другая не менее важная проблема частично сопряжена с рассмотренной нами проблемой "старения" населения. Это возрастающая (опережающая инфляцию) стоимость медицинских услуг, что связано с недостаточно четкой организацией распределения финансов в системе охраны здоровья.

Применительно к российским условиям проблема возрастающей стоимости медицинских услуг не стоит сейчас остро, поскольку оказание услуг в основном производится общественными ЛПУ, а проблема роста цен на услуги ограничивается жестким бюджетным финансированием, что, с одной стороны, является положительным фактором, но с другой - здравоохранение сталкивается с недостатком финансовых средств. Выход может быть найден в повышении размера отчислений на медицинское страхование до 5-7%.

ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

3.1 Проблемы развития медицинского страхования в России

Действительной реформой переход на ОМС в России за истекшие годы не стал, во-первых, потому, что отсутствовало достаточное финансирование как системы ОМС, так и российского здравоохранения в целом, а во-вторых, в силу непоследовательности преобразований и неполной реализации Закона "О медицинском страховании граждан в РФ" в субъектах Российской Федерации.

Основа системы обязательного медицинского страхования - установление адекватного тарифа отчислений из определенных государством источников. Вместо необходимого размера тарифа (примерно 7%) в России первоначально была определена лишь его половина - 3,6%, которую впоследствии сократили до 2,8%, что привело к ежегодному снижению финансирования здравоохранения в системе ОМС на 35 млрд. рублей.

Реформу начали, но не довели до конца. Старую бюджетную систему лишь частично заменили на страховую. В структуре государственных расходов на здравоохранение средства федерального бюджета составляют около 8%, средства бюджетов субъектов РФ - около 50%, средства обязательного медицинского страхования - 42%. В результате стало еще хуже: эклектическое сочетание бюджетной и страховой систем породило новую "болезнь" системы здравоохранения России - снижающийся уровень ответственности за ее финансирование.

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превратились в пустые декларации.

Проблемы функционирования современной системы ОМС могут быть условно разделены на финансовые и организационные.

К основным финансовым проблемам можно отнести следующие.

- Острейшая нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли.

Доказано, что недостаточные объемы государственного финансирования здравоохранения приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью. Так, по результатам аудита Счетной палаты РФ выявлена зависимость между уровнем финансирования медицинской помощи и основными демографическими показателями (смертность трудоспособного населения, ожидаемая продолжительность жизни, младенческая смертность).

По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения мы существенно отстаем не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы, которые "стартовали" примерно в равных с нами условиях.

Объем государственных расходов в России на здравоохранение в 2011 году составлял 2,9% в доле ВВП, в 2006 - 3,8%. Примерно на таком уровне приоритетности здравоохранения находятся развивающие страны со средним уровнем дохода (Бразилия - 3,4%, Парагвай - 3,0%, Перу - 2,8%). Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум - первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и пр.). Хотя бы эти простейшие услуги там более или менее обеспечены средствами. А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг. В результате человеку без денег фактически не гарантировано ничего.

Низкий тариф ЕСН в части средств на обязательное медицинское страхование работающего населения, поскольку величина этих отчислений не увязана со стоимостью "страхового года" работающего населения.

Недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

Дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС. Данная причина связана с отсутствием сбалансированности финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном подушевом нормативе.

Согласно комплексной экспертной оценке уровня реализации территориальных программ все субъекты РФ были разделены на 4 группы: 1 группа (соответствие показателей нормативам составляло 70-100%) - 9 субъектов РФ; 2 группа (соответствие - 50-69%) - 20 субъектов РФ; 3 группа (соответствие - 40-49%) - 34 субъекта РФ; 4 группа (соответствие менее 40%) - 24 субъекта РФ. Доля субъектов Российской Федерации, в которых соответствие показателей реализации программ государственных гарантий было ниже 50% составляла 66,7% (68 субъектов из 87, включая Байконур).

Многоканальность финансирования медицинских организаций.

Многоканальность финансирования (ОМС, добровольное (дополнительное) медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ и

создает предпосылки для сговора. В такой ситуации личный интерес "медицинского руководителя" начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, - над социальной значимостью "бесплатного" здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении "живых" денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день. Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

Низкие тарифы оплаты медицинских услуг.

Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

Отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Данная проблема порождает, в значительной степени, одну из важнейших негативных особенностей российского здравоохранения на сегодня - низкое качество оказания медицинской помощи в российском здравоохранении на сегодня. Прежде всего, это очень низкая заработная плата врачей и медсестер. Врачи в этой ситуации вынуждены набирать себе больше ставок, дежурств, работая на износ (коэффициент совместительства составляет в среднем 1,7). Им некогда думать о качестве услуг и удовлетворенности пациента. Хирург идет на

операцию после суточного дежурства - это стало нормой, никто этого не запрещает.

Поступления от платных услуг в ЛПУ часто распределяются не на основе ясных схем материального поощрения, а в зависимости от личных пристрастий главврачей. Врач оказывается в полной зависимости от администратора. Иногда он должен с ним делиться своими теневыми гонорарами. Ясно, что это ограничивает мотивацию к оказанию качественной медицинской помощи, даже за плату.

Современные методы экономической мотивации врачей, провозглашенные реформой обязательного медицинского страхования оказались больше ожиданиями, чем реальностью.

Не получили распространения и современные системы обеспечения качества, которые основаны на сотрудничестве страховщиков с врачами в достижении поставленных результатов клинической работы (например, как обеспечить снижение частоты обострения астмы, диабета, как улучшить показатели исхода хирургических вмешательств). Именно так строятся отношения страховщиков с врачами в западных странах с системами ОМС. Не пассивный и слабо ощутимый контроль, а обеспечение качества медицинской помощи.

Основные организационные проблемы в системе ОМС заключаются в следующем.

Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС:

определение и законодательное закрепление направлений модернизации системы ОМС на современном этапе;

отсутствие законодательного закрепления государственных гарантий медицинской помощи населению и определения публичных обязательств в сфере здравоохранения;

пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС;

правовое обеспечение деятельности по защите прав застрахованных.

Наряду с указанными проблемами, требуют отдельного законодательного решения такие вопросы как:

отдельное законодательство о добровольном медицинском страховании и платных медицинских услугах;

обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации (СМО). Основные причины назревшей необходимости регулирования деятельности страховщика в системе ОМС следующие:

Выбор страховщика осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (сегодня их более 300) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколько-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В силу экономической привлекательности и отсутствия законодательного запрета на совмещения деятельности по обязательному (ОМС) и добровольному (ДМС) медицинскому страхованию одним субъектом, все крупнейшие страховщики осуществляют эти виды страхования одновременно. В результате возникает конфликт интересов между решением социальных задач и получением максимальной прибыли.

Следствием сращивания ОМС и ДМС в одной организации является дискредитация всего института независимого страхового контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. Дело в том, что зачастую экспертизу обоснованности и правильности оказания тех или иных "платных" и "бесплатных" услуг осуществляет одно и то же лицо. Ясно, что будучи заинтересованным в получении страховой премии по ДМС, страховщик не будет объективно влиять на качество "бюджетных услуг" в лучшую сторону.

Таким образом, совмещение в одном лице услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию является одной из главных проблем медицинского страхования в целом. А корень этой проблемы - в единстве правового регулирования диаметрально противоположных видов страхования. Необходимо четкое законодательное разграничение ОМС и ДМС, вплоть до принятия отдельного закона "О добровольном медицинском страховании граждан".

Противоречиями в действующем законодательстве, а также тем, что законотворческий процесс формируется в пользу наиболее крупных игроков финансового рынка, объясняется следующий парадокс: на некоммерческое, социальное по сути, обязательное медицинское страхование распространяются принципы страховой ответственности, присущие частнопредпринимательской деятельности. Между тем, исходя из особенностей ОМС (социальная значимость, порядок сбора и определение размера страховых платежей, безрисковый характер страхования), повышенные требования к СМО, занимающимся исключительно ОМС, совершенно не оправданы. Повышение с 01 июля 2007 года требований к уставному капиталу СМО и размещению активов, принимаемых в его покрытие, привело к тому, что процесс устранения с рынка независимых страховщиков, специализирующихся исключительно на ОМС, стал необратимым. Уже давно в 76 субъектах РФ рынок ОМС характеризуется как высококонцентрированный, в трех субъектах - г. Санкт-Петербург, Московская и Свердловская области - умеренно

концентрированный. Страховщиков же, для которых деятельность по ОМС является исключительной - практически не осталось.

Рынок ОМС в России контролируется незначительным числом крупнейших страховых компаний, хотя их участие в организации социальной защиты подчинено целям продажи иных страховых продуктов и обеспечения финансовой устойчивости своего холдинга за счет бюджетных средств. Сложившаяся монополизация явилась следствием мер исключительно административного характера, а не претензий граждан по поводу качества страхования.

Существует определенная угроза для самостоятельности национального сектора экономики социальных мероприятий: например, крупнейший медицинский страховщик РОСНО является дочерней компанией немецкого "Allianz". Свыше 38% акций Ингосстраха принадлежит структурам PPF Investments. "Wiener Staedtische" приобрела акции Стандарт-Резерва и Совиты. РЕСО-Гарантия считается проданной французскому страховщику АХА. Не нужно забывать, что этому примеру могут последовать и другие многопрофильные медицинские страховщики. Тогда как в ситуации государственного финансирования системы ОМС речь идет не о привлечении (как иностранных, так и частных) инвестиций, а о фактическом перераспределении дохода от использования средств программы государственных гарантий.

Реализации эффективной модели ОМС препятствует тот факт, что сам гражданин - получатель медицинских услуг и выгодоприобретатель по договору ОМС, лишен возможности влиять на экономическое положение СМО посредством её прямого выбора из ряда других. Право выбора граждан, закрепленное ст. 6 Закона "О медицинском страховании граждан в РФ", вступает в противоречие с аналогичным правом страхователей (ст. 9) и, как водится, проигрывает ему, несмотря на конституционный приоритет. Ведь выбрав СМО, гражданин должен еще суметь заставить своего номинального страхователя - работодателя либо государственный орган, заключить договор страхования в его пользу.

В результате конкурентная борьба между СМО разворачивается в сфере использования административного ресурса путем влияния на страхователей. Этот процесс, имея свои региональные особенности, влечет за собой коррупцию, либо удовлетворение ведомственных интересов, часто отличных от интересов самого гражданина.

Так, выбор страховщика по ОМС зачастую реализуется путем проведения так называемых конкурсов на страхование неработающего населения, что сопровождается разрывом предыдущих договоров страхования и финансирования, массовой заменой полисов ОМС. В результате подмена рыночных механизмов конкуренции административными процедурами создает все условия для коррупции и насаждения социального иждивенчества.

Указанная ситуация игнорирует положения современных руководящих документов Правительства РФ, в частности "Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2012-2015 годы)", где указывается, что "Участие страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования необходимо для создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций. Одним из основных условий достижения конкуренции является реальный выбор самими застрахованными страховой медицинской организации".

Проводимая в настоящий период времени интенсивная деятельность Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по созданию Концепции развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года, направлена на решение основных проблем здравоохраненческой отрасли, включая систему обязательного медицинского страхования.

Одним из семи направлений Концепции является внесение серьезных изменений в Основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении и, конечно, в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании".

3.2 Перспективы развития медицинского страхования в России

Перспективы развития ОМС и ДМС планируется реализовать по нескольким основным направлениям.

Увеличение финансирования отрасли здравоохранения.

В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году увеличатся до 4,8% ВВП, частные расходы - до 1,1-1,5% ВВП. При этом дифференциация регионов по уровню финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней на душу населения сократится с 4-5 раз до 2 раз.

. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС.

. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вброса денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей - введение накопительных счетов граждан России.

. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в сфере здравоохранения возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется большая часть финансовых ресурсов.

Необходимость принятия нового закона диктуется следующими соображениями:

государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть: а) максимально конкретными, б) ясными для населения, в) финансово сбалансированными. Для людей жизненно важно знать,

что можно получить на бесплатной основе и за что придется заплатить. Обращаясь в медицинскую организацию, пациент должен иметь ясное представление о мере своих гарантий. И она должна быть единой для всех;

среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный - конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания. По каждому заболеванию устанавливается набор услуг и лекарственных средств, предоставление которых гарантируется государством на бесплатной основе. Этот набор определяется на основе федеральных медицинских стандартов, которые конкретизируются медико-экономическими территориальными стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми субъектами РФ и выполняющими функцию минимальных социальных стандартов;

люди должны быть уверены в том, что эти гарантии будут реально обеспечены. Нужны новые механизмы их реализации, в которых четко определены роли тех, кто обеспечивает соблюдение гарантий (роль врача, администрации медицинской организации, страховщика, органа управления), простые процедуры рассмотрения жалоб, санкции за нарушения и прочее;

ясность государственных гарантий обеспечивается информированием пациента о том, что ему положено. Пусть даже не каждый гражданин поймет содержание стандарта во всех деталях, но наиболее важные для него наборы услуг должны стать абсолютно прозрачными и доступными для пациента. И это вполне реально.

. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Механизмы осуществления этого важного перспективного направления следующие:

увеличение ставки ЕСН в части, зачисляемой в систему ОМС с учетом стоимости "страхового года" работающих граждан;

отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда (ФОТ) налогоплательщика и переход к плоской шкале налогообложения фонда оплаты труда, независимо от размеров оплаты труда;

установление четких требований к размеру и механизмам уплаты страховых взносов за неработающее население, вносимых из региональных бюджетов;

установление единого порядка определения субсидий и дотаций регионам не только из средств ФОМС, но и федерального бюджета.

увеличение доли государственного финансирования здравоохранения в ближайшие годы не менее чем в 2,5 раза.

. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощи (метод "зарабатывания"), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;

в первичной медико-санитарной помощи - сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС.

В настоящее время обсуждается вопрос о возврате к практике заключения трехсторонних соглашений между Минздравсоцразвитием России, ФОМС и главами администраций субъектов РФ, что позволит оптимизировать направление субвенций территориям и возобновит управляемость отрасли через внебюджетную финансовую систему.

. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

Государственное регулирование платных услуг предполагает осуществление следующих давно назревших действий: четкое определение перечня медицинских услуг, превосходящие медицинскую помощь в рамках государственных гарантий, могут быть получены гражданами на платной основе. Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%. В России этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате.

. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемыми. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, - тех сумм, которые он потратит на получение платных

услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный.

Дополнительные программы целесообразно формировать прежде всего по наиболее обременительным для семейных бюджетов видам медицинской помощи, например, лекарственной и стоматологической. Не только льготник, но и обычный гражданин может присоединиться к действующей программе льготного лекарственного обеспечения. Если развивать это обеспечение действительно по страховому принципу и с большим кругом участников (например, миллион человек застрахованных), то население получит право на пакет лекарственных средств стоимостью, как минимум, в 3-4 раза выше, чем размер страхового взноса.

. Совершенствование деятельности СМО в системе ОМС.

Для совершенствования деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования предлагается ряд действенных мер следующего порядка:

Нормативно закрепить приоритет права выбора страховщика по ОМС за застрахованным гражданином.

Придать деятельности по ОМС исключительный характер, т.е. запретить ее совмещение с иными видами страхования, сохранив некоммерческий статус. При этом необходимо так же предупредить аффилированность лиц, занимающихся ОМС и ДМС.

Отменить повышенные требования к уставному капиталу, составу и структуре активов СМО, занимающихся исключительно ОМС, облегчив вхождение на рынок ОМС независимым субъектам страховой деятельности и создав условия для разукрупнения СМО, занимающих доминирующее положение на рынке ОМС.

Создать условия для заинтересованного участия СМО в защите прав застрахованных и эффективном использовании ресурсов ЛПУ путем создания конкурентной среды между СМО за застрахованных.

Обеспечить реальное участие СМО в планировании и организации медицинской помощи населению с целью эффективного использования материальных и кадровых ресурсов медицинских организаций, а следовательно - существенного повышения эффективности системы ОМС.

Реализовать систему разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО.

Обеспечить сбалансированность финансовых обязательств СМО в системе ОМС. Без этого система ОМС будет обречена на дальнейшую профанацию страхового принципа. Без такой сбалансированности невозможно сделать СМО реальным носителем финансовых рисков. Он так и останется индифферентным транслятором государственных средств от территориального фонда ОМС в медицинское учреждение.

Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех, и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого - развитие конкурентной модели страхования - то есть создать конкуренцию между СМО и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель "одного покупателя", в роли которого выступает либо государственный, либо частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

Проблема качества оказания медицинской помощи не должна быть сведена к проверкам СМО и наказаниям ЛПУ - это дорого и непродуктивно. Решающую роль в обеспечении качества должны играть сами врачи - через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей.

Совершенствование деятельности медицинских организаций. В финансировании медицинских организаций из государственных источников планируется реализация принципа "деньги следуют за пациентом". Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений по результатам их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

Для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности их работы, необходимо предоставить им больше хозяйственной самостоятельности. Для этого необходимо законодательно закрепить статус автономного медицинского учреждения.

Изменение системы оплаты труда медицинским работникам - давно назревшая необходимость. На ближайшую перспективу коэффициент увеличения заработной платы медицинским работникам должен составить 2,5-3 по сравнению с существующим на сегодня уровнем. Необходимо реализовать действенное стимулирование эффективной работы медицинского персонала, а значит существенная дифференциация оплаты в зависимости от объема и качества оказанных услуг.

Обеспечение полностью бесплатного лекарственного лечения в условиях стационара. Больные не должны приходить в больницу со своими лекарствами - предоставление всех лекарств, включенных в стандарт лечения, должно стать бесспорной обязанностью больницы. Одновременно планируется существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению (по рецептам врачей), охватив соответствующими программами всех детей и пенсионеров.

Чтобы начать серьезные структурные преобразования, нужны крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Чрезмерные объемы и недостаточная интенсивность стационарной помощи во

многом определяются тем, что первичное звено пока не способно взять на себя основную нагрузку по лечению больных.

Острота структурных диспропорций в сочетании с отсутствием у всех субъектов здравоохранения достаточных стимулов к изменению ситуации может привести к тому, что дополнительные средства будут "проедены" неэффективной системой без видимого улучшения доступности и качества медицинской помощи.

Без крупных дополнительных вливаний в отрасль практически не удастся обеспечить приемлемый уровень качества гарантируемой государством медицинской помощи. Даже если получится с помощью медико-экономических стандартов внедрить в практику действительно менее затратные и клинически эффективные медицинские технологии, трудно ожидать, что размер экономии превысит 10-20%. Между тем сегодня население, как отмечалось выше, покрывает 40-45% совокупных расходов на медицинскую помощь. А значит, сохранится весьма значительный разрыв между приемлемыми стандартами качества медицинской помощи и реальными возможностями их обеспечить.

Гражданин, как основное заинтересованное лицо в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи достойного качества. С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения.

Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей

деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Столь же важно развитие общественных организаций, способных участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Эти и многие другие функции могут выполнять различные общества, в том числе, организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

Необходимо также повысить роль застрахованного в системе ОМС. Он должен реально выбирать страховщика и обеспечивать обратную связь в этой системе - по результатам своего лечения давать "сигналы" страховщикам, какие медицинские организации и какие врачи пользуются его доверием. Только так можно поддержать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование на территории РФ осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование осуществляется в силу закона, а добровольное проводится на основе договора, заключенного между страхователем и страховщиком.

Субъектом медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества и иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются: средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и органов местного самоуправления; средства государственных и общественных организаций, предприятий; личные средства граждан; безвозмездные и благотворительные взносы и другие источники. Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования.

Система медицинского страхования опирается на Федеральный Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". В нем прописаны субъекты, объекты, договор медицинского страхования, права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования и страхователя, тарифы взносов и т.д.

Обязательное медицинское страхование - составная часть государственной системы социальной защиты. Программу ОМС осуществляют фонды ОМС и страховые медицинские организации.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе соответствующих программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и других услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. ДМС является одним из наиболее перспективных сфер страхования, и активно развивается.

Сочетание ОМС и ДМС позволяет комплексно оценивать состояние застрахованного и более профессионально подходить к оказанию медицинской помощи. Оптимальное сочетание полисов ДМС и ОМС экономит деньги и время граждан.

Хотелось бы отметить о разнице между системами обязательного и добровольного медицинского страхования. Их цели и средства различны. Система ОМС прежде всего связана с решением социальных задач, в то время как ДМС основана на принципе конкуренции. Между ними необходимо найти правильное соотношение для того, чтобы за счет ДМС восполнять недостатки ОМС.

Основными проблемами развития медицинского страхования являются недостаточное финансирование и организация распределения финансовых ресурсов, а также не совсем четкая нормативно-правовая база. Решение их возможно лишь точными целенаправленными действиями правительства РФ, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 г. № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 г. № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. – № 31. – Ст. 4398.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): федеральный закон от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. ФЗ от 03.08.2018 г. №339-ФЗ) // Российская газета. – 1994. – 08.12. – № 238-239.

3. Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. № 4528- 1(ред. от 27.12.2018 г. № 528-ФЗ) «О беженцах» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.12.2018) // Российская газета. – 1997. – 03.06. – № 126.

4. Федеральный закон от 31 декабря 1997 г. № 157-ФЗ (ред. от 28.11.2018 г. № 182-ФЗ) О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О страховании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 28.11.2018) // Российская газета. – 1998. – 04.01. – № 1.

5. Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. № 305-ФЗ) «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел российской федерации, сотрудников учреждений и органов уголовно - исполнительной системы» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.07.2016) // Российская газета. – 1998. – 07.04. – №13.

6. Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ (ред. от 01.12.2014 г. № 501-ФЗ) «Об основах обязательного социального страхования» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.12.2014) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3686, 2014. – № 49 (частьVI). – Ст. 6916.

7. Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 167-ФЗ (ред. от 11.12.2018 г. № 462-ФЗ) Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» (с изм. и

доп., вступ. в силу с 11.12.2018) // «Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 51. – Ст. 4832.
8. Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г. № 528-ФЗ) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.12.2018) // Российская газета. – 2002. – 31.07. – № 140.
9. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ (ред. от 31.12.2017 г. № 498-ФЗ) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2006. – № 31 (часть I). – Ст. 3451.
10. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г. № 511-ФЗ) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.12.2018) // Российская газета. – 2010. – 14.04. – № 78.
11. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019 г. № 6-ФЗ) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.02.2019) // Российская газета. – 2010. – 03.12. – № 274.
12. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019 г. № 18-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.03.2019) // Российская газета. – 2011. – 23.11. – № 263.
13. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (вступ. в силу с 01.01.2019) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 51 – Ст. 8013.
14. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н (ред. от 11.01.2017 г. № 2н) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.01.2017) // Российская газета. – 2011. – 05.03. – № 47.
15. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственной программы

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (вступ. в силу с 21.05.2017) // Российская газета. – 2012. – 30.05. – №121.

16. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» (вступ. в силу с 31.05.2017) // Российская газета. – 2012. – 06.06. – № 127.

17. Письмо Минфина России от 27 марта 2015 г. № 03-11-06/2/16993 «Об учете медицинской организацией, применяющей УСН и осуществляющей деятельность в сфере ОМС, средств, получаемых за оказание медицинских услуг застрахованным лицам от страховых организаций, осуществляющих ОМС этих лиц» (документ не был опубликован) // СПС «Консультант»,2015. URL http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=QUEST001;n=144410#016822328679474 02 (дата обращения: 04.03.2019).

18. Указ Президента РФ от 29 июня 1998 г. № 729 (ред. от 29.07.1998 г. № 27) «Вопросы Федерального фонда обязательного медицинского страхования»// Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 59. – Ст. 4211. (утратил силу).

19. Постановление Правительства Новосибирской области от 16.10.2013 N 265-п (ред. от 26.12.2018) «Об утверждении государственной программы Омской области «Развитие здравоохранения Новосибирский области», «Новосибирский вестник», N 50, 26.10.2013.

Научная и учебная литература

20. Авилов О.В. Возможные перспективы развития добровольного медицинского страхования // Страховое дело. - 2003. - N 5. - С.25-27.

21. Акимов В. Медицинское страхование как система / В. Акимов. – М., 2012. – 168 с.
22. Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – 415 с.
23. Андреев Ю. Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика. / Ю. Андреев. – М., 2012. – 127 с.
24. Архипов А.П. Можно ли обойтись без единой системы медицинского страхования? // Финансы. - 2018. - N 1. - С.34-38.
25. Бадюков В.Ф. Основы страхования для бакалавров. / В.Ф. Бадюков. – Ростов н /Д., 2013. – 156 с.
26. Белых В.С. Страховое право / В.С. Белых, Н.В. Кривошеев. – М., 2013. – 120 с.
27. Бойко А.Т. Страховое дело / А.Т. Бойко, В.И. Кашин. – М., 2012. – 258 с.
28. Брагинский М.И. Договорное право / М.И. Брагинский, В.В. Витрянский. – М., 2002. – 286 с.
29. Белов В.А. «Больной» вопрос: гражданские правоотношения с медицинскими организациями / В.А. Белов // Законодательство. – 2013. – №11. – С. 6-12.
30. Ведмедь И. Прогнозирование макроэкономических индикаторов развития страхового рынка Российской Федерации в 2010 г. с использованием методов имитационного моделирования / И. Ведмедь // Страховое дело. – 2010. – № 3. – С. 2-6.
31. Вилков И.М. Кризисные явления в российской экономике: как учесть риск инфляции в добровольном медицинском страховании? // Вопросы статистики. - 2011. - N 3. - С.48-61.
32. Вронская М.В. Институт права на охрану здоровья в системе социальной защиты граждан РФ / М.В. Вронская // Социальное и пенсионное право. – 2011. – № 2. – С. 5-9.
33. Герасименко Л.В. Некоторые предпосылки правового статуса страховщика по медицинскому страхованию / Л.В. Герасименко // Общество и право. – 2011. – № 3. – С. 12-18.

34. Грачева Е.Ю. Правовые основы страхования: учебное пособие / Е.Ю. Грачева, О.В. Болтинова. – М., 2011. – 128 с.
35. Граве К.А. Страхование / К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М., 1960. – 584 с.
36. Егорова Е.В. Комментарий к Приказу Минтруда России от 07.05.2014 г. № 294н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации и страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования главами крестьянских (фермерских) хозяйств № // Нормативные акты для бухгалтера. – 2014. – № 13. – С. 17-24.
37. Идельсон В.Р. Страховое право / В.Р. Идельсон – М., 1995. – 368 с.
38. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) / под ред. Л.В. Воробьевой [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 20.02.2019). 39. Право социального обеспечения: учебник для бакалавров / В.А. Агафонов [и др.]; под ред. В.Ш. Шайхатдинова – М., 2013. – 654 с.
40. Каменева З.В. О правовой природе отношений пациентов с медицинскими организациями / З.В. Каменева // Адвокат. – 2013. – № 12. – С. 17-21.
41. Канева С.Ю. Правовые проблемы реализации регрессных требований в обязательном медицинском страховании Российской Федерации (в условиях международной правоприменительной практики) / С.Ю. Канева // Медицинское право. – 2014. – № 3. – С. 27-32.
42. Ковалевская А.С. Страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний: зарубежный опыт / А.С.Ковалевская, О.А.Феоктистова // Финансы. - 2017. - N 1. - С.45-49
43. Косаренко Н.Н. Современное страховое право / Н.Н. Косаренко. – М., 2011. – 240 с.
44. Левицкий Л. Совет Федерации намерен сделать страховую медицину реальной // Рос. Федерация сегодня. - 2018. - N 6. - С.77-81.

45. Марченко Н. Бесплатное здравоохранение – величайший обман XX века / Н. Марченко // Медицинская газета. – 2012. – № 5. – С. 28-31.
46. Маслова Т.А. Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора / Т.А. Маслова. – М., 2014. – 192 с.
47. Махнина Ю.Б. Право и медицина / Ю.Б. Махнина, А.В. Свидерский – М., 2013. – 344 с.
48. Отставнова Е.А. Защита права на качественную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования / Е.А. Отставнова // Ленинградский юридический журнал. – 2014. – № 2. – С. 111-118.
49. Пешкова Х.В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России / Х.В. Пешкова // Медицинское право. – 2014. – № 12. – С. 120-125.
50. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении / Н.В. Путило // Журнал российского права. – 2012. – № 2. – С. 74-82.
51. Сергеев Ю.Д. Системный анализ в сфере медицинского права / Ю.Д. Сергеев, И.Ю. Григорьев, Ю.И. Григорьев // Медицинское право. – 2012. – № 4. – С. 10-11.
52. Сидоров С.В. Правовая природа договоров в сфере обязательного медицинского страхования / С.В.Сидоров, Н.Ю.Чернусь // Рос. юрид. журнал. - 2017. - N 3. - С.164-171.
53. Суворов М.Д. О частноправовом характере института страхования М. Д. Суворов // Правоведение. – 2013. – № 4. – С. 135-138.
54. Суханов Е. А. Российское гражданское право / Е.А. Суханов. – М., 2011. – 240 с.
55. Фогельсон Ю.Б. Конструкция интерес и риск в Гражданском кодексе / Ю.Б. Фогельсон. – М., 2008. – 229 с.
56. Шевченко К.И. Страховое право / К.И. Шевченко, Е. Погорелая. – М., 2012. – 317 с.
57. Шершеневич Г.Ф. Учебник русского гражданского права (изд. 1907 г.) / Г.Ф. Шершеневич. – М., 2005. – 57 с.

58. Шманцарь А.А. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования /А.А. Шманцарь // Социальное и пенсионное право. – 2014. – № 2. – С. 38-43.
59. Щеглов К. Пациенты хотят быть услышанными / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – № 94. – С. 17-19. Материалы практики
60. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10.03.2011 N 2 «О применении судами законодательства об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» «Российская газета», N 57, 18.03.2011, «Бюллетень Верховного Суда РФ», N 5, май, 2011.
61. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» «Российская газета», N 156, 11.07.2012, «Бюллетень Верховного Суда РФ», N 9, сентябрь, 2012, «Обязательное медицинское страхование в РФ», N 5, 2012.