Содержание.

Введение.....3

1. Историко-теоретические основы медицинского страхования в Российской Федерации.....6

§1. История развития медицинского страхования в Российской Федерации...6

§2. Правовые основы медицинского страхования в Российской Федерации.....13

§3. Система медицинского страхования России.....15

§4. Программы обязательного медицинского страхования.....16

2. Правовой статус субъектов медицинского страхования.....27

§1. Общая характеристика объектов и субъектов добровольного медицинского страхования.....27

§2. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования.....28

§3. Правовое положение фондов обязательного медицинского страхования.31

3. Проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России.....36

§1 Проблемы развития медицинского страхования в России.....36

§2 Перспективы развития медицинского страхования в России.....40

Заключение.....48

Список использованных источников.....50

Введение.

Медицинское страхование в настоящее время в России является, без преувеличения, одним из важнейших направлений социальной политики государства, одной из приоритетных задач функционирования системы отечественного здравоохранения. Здоровье граждан - важнейшая ценность, как для государства, так и для отдельного человека, поэтому такой важный рычаг повышения эффективности предоставляемых населению медицинских услуг как медицинское страхование, необходимо постоянно развивать и совершенствовать.

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие страховой медицины, переход к которой обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных услуг. Медицинское страхование позволяет каждому человеку напрямую сопоставлять необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерять потребность в медицинской помощи и возможность ее получения следует вне зависимости от того, кем произведены затраты: непосредственно индивидуумом, предприятием, предпринимателем, профсоюзом или обществом в целом.

Попытки законодательного регулирования системы здравоохранения предпринимались с давних времен. И сегодня это явление также имеет место, приняты и действуют нормативные правовые акты, в соответствии с которыми учреждена система обязательного и добровольного медицинского страхования.

Основы медицинского страхования заложены в закрепленных фундаментальных правах личности.

Актуальность темы дипломного исследования. Несмотря на достигнутые успехи, в настоящее время существует потребность в проведении комплексных исследований такой важной сферы как медицинское страхование, и гражданско-правовая разработка и анализ представляют как теоретический, так и сугубо практический интерес. Не секрет, что в сфере

медицинского страхования (особенно обязательного) на сегодняшний день остается множество нерешенных проблем.

Актуальность выбранной темы подтверждает и тот факт, что серьезному теоретическому исследованию не подвергались договоры обязательного медицинского страхования, большинство граждан России даже не имеют представления о комплексе принадлежащих им прав по указанному договору, встречается множество случаев, связанных с проблемами и трудностями в урегулировании различных аспектов медицинского страхования.

Предмет дипломной работы - изучение гражданско-правового регулирования системы медицинского страхования в России.

Объект дипломного исследования - отношения, по поводу организации социального страхования в Российской Федерации и формы его осуществления.

Целью настоящей работы является изучение основных направлений гражданско-правового регулирования медицинского страхования в Российской Федерации. Цель работы обусловила постановку следующих задач:

- дать общую характеристику медицинского страхования и рассмотреть его историческое развитие в России;

- проанализировать основные принципы гражданско-правового регулирования субъектов медицинского страхования и их виды;

- изучить особенности гражданско-правового регулирования систем обязательного и добровольного медицинского страхования в России;

- рассмотреть перспективы развития системы медицинского страхования в Российской Федерации.

- выявить проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России.

Структура анализа: работа состоит из введения, трёх глав, заключения и списка использованных источников.

Методологическую основу данной работы составила диалектическая теория познания, а также основанные на ней общенаучные и частнонаучные методы исследования, позволяющие исследовать проблему комплексно - исторический, конкретно-социологический, статистический, сравнительный.

Глава 1. Историко-теоретические основы медицинского страхования в Российской Федерации

1.1. История развития медицинского страхования в Российской Федерации

Обязательное медицинское страхование – это форма социальной защиты всех слоев населения в области охраны здоровья[1]. Такая форма защиты в случае болезни существует давно. Для уяснения современного механизма функционирования медицинского страхования в России необходимо проследить путь его исторического развития.

Основу системы медицинского страхования составили и некоторые законодательные изменения как в правовом, организационном так и в экономическом направлениях, предназначенные переустроить отрасль за счет модификации ее модели развития, поднять как качество, так и доступность медицины для населения, а также повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения в рыночной системе хозяйствования.

В России система помощи населению при заболеваниях была обнаружена в памятнике древнерусского права «Русская правда», в котором установлен принцип разложения убытков за убийство при поимке преступника[2].

В середине XVII в. Этот принцип был закреплен в Соборном Уложении (1649 г.)[3]. Уложение гласило, что выкуп пленных при набегах подданных производился в основном за счет царской казны, которая образовалась путем ежегодных сборов с населения по определенным ставкам. Так был разработан механизм, который используется и в нынешнее время в обязательном медицинском страховании.

До конца XVIII в. в Российской империи страховых организаций не существовало. В литературе нет однозначного подхода к периодизации

---

[1] Граве К.А. Страхование / К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М., 1960. – С. 117.

[2] Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – С. 214.

[3]Суворов М.Д. О частноправовом характере института страхования / М. Д. Суворов // Правоведение. –
2013. – № 4. – С. 7.

медицинского страхования. В XVIII-XIX вв. возникали зачатки элементов социального страхования и страховой медицины в России, когда на первых капиталистических предприятиях появились кассы взаимопомощи. Рабочие стали самостоятельно создавать общества взаимопомощи – предшественники больничных касс. Существует множество мнений исследователей в ОМС, в частности А.В. Свидерский, Ю.Б. Махтина, Е. Погорелая, В.И. Кашин, А.Т. Бойко, К.И. Шевченко и другие указывают на зарождение элементов ОМС еще в XVII веке[4]. Рассматривая этапы развития, стоит выделить следующие:

I этап – с марта 1861 года по июнь 1912 года – зарождение ОМС в России и начало его практической реализации, 6 марта 1861 года был подготовлен законодательный акт, в котором были описаны элементы обязательного страхования в России (Закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах»)[5]. В 1866 году был принят закон, при котором создавали больницы на фабриках и заводах, основным требованием при создании фабрик было наличие больниц с числом коек, зависимым от количества рабочих на предприятии (1 койка на 100 работающих). Такие больницы были малочисленными и не могли в полную меру обеспечить всех медицинской помощью.

II этап начинается с июня 1912 года по июль 1917 года, характеризуется принятием Государственной думой четырех страховых законов: «О страховании рабочих от несчастных случаев», «О страховании рабочих на случай болезни», «Об учреждении присутствий по дела страхования рабочих», «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих»[6]. Таким образом, спустя четыре с лишним десятилетия в России на практике была внедрена социально значимая идея о необходимости обязательного страхования рабочих на случай болезни. Действие указанных законов

---

[4] Суворов М.Д. О частноправовом характере института страхования / М. Д. Суворов // Правоведение. – 2013. – № 4. – С. 7.
[5] Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – С. 64.
[6] Алиев Б.Х. Страхование: учебник для вузов / Б.Х. Алиев, Ю.М. Манджиева. – М., 2011. – С. 66.

распространялось на все промышленные предприятия, за исключением казенных и железных дорог общего пользования, на которых число занятых рабочих и служащих достигало 20 человек (при отсутствии машин – 30 чел.).

В 1912 г. наконец был принят закон, в котором было введено обязательное медицинское страхование для рабочих в случае болезни и к 1916 г. уже было 3189 больничных классов и примерно 2,5 млн. застрахованных лиц. Работодатель был обязан за свои собственные средства предоставить работнику медицинскую помощь.

Эти законы 1912 года стали первыми законодательными актами, наиболее подробно описывающими систему управления и взаимоотношений между субъектами страхования на случай болезни. Впервые вводился принцип обязательного страхования; взносы исчислялись с начисленных доходов работающего по всем основаниям (заработная плата, пособия и т. д.).

III этап – с июля 1917 года по октябрь 1917 года – реформирование медицинского страхования в связи с приходом к власти Временного правительства. На этом этапе пересматривались законодательные акты по социальному страхованию, в которых серьезно исправлялись многие недостатки законов, принятых III Государственной думой в июне 1912 года: расширялся круг застрахованных; уравнивались взносы рабочих и предпринимателей; увеличились размеры выплачиваемых застрахованным пособий и т.п. Эти перемены открыли огромные возможности для развития медицинского страхования для России.

IV этап начинается с октября 1917 года по ноябрь 1921 года – введение в России «рабочей страховой медицины», переход от социального страхования населения к социальному обеспечению, это событие
предопределило крах системы социального страхования в России. В 1917 году были внесены изменения, которые повлекли перестроение
системы медицинского страхования и 14 ноября 1917 г. больничные классы передали лечебным учреждениям, а 29 ноября – декрет о страховых присутствиях и страховом совете, 11 декабря – о страховании на случай

безработицы, 22 декабря – о страховании на случай болезни. 18 февраля 1919 года в этот период на Совет комиссаров наконец принимает решение о передаче лечебной части бывших больничных касс Народному комиссариату здравоохранения. Была упразднена «Рабочая страховая медицина» и принята единая «советская медицина». В это же время полным ходом идет реформирование системы социального страхования и происходит заменена системы социального обеспечения государством.

V этап – с ноября 1921 года по 1929 год – характеризуется как новая экономическая политика, в это время происходит возрождение элементов медицинского страхования. 15 ноября 1921 года Советом народных комиссаров и ВЦИК появляется и вводится социальное страхование, которое действует при временной нетрудоспособности.

В 1928 году был введен новый порядок отчислений на медицинскую помощь, устанавливающий обратную зависимость суммы отчислений от расходов по временной нетрудоспособности и инвалидности. Повышается роль страховых организаций в области регулирования отчислений по отдельным районам в зависимости от состояния медицинской помощи, коэффициента заболеваемости, профвредности и социально производственного значения.

VI этап – с 1929 года по июнь 1991 года – период государственного здравоохранения. В начале 1930-х годов социальное страхование было передано профсоюзам, а страховые кассы и все что с ними было связано ликвидированы. В этот период обострился кризис здоровья и здравоохранения. Попытки внести изменения в здравоохранении были приняты на съезде КПСС и в 1985 году принял новую редакцию программы КПСС и основные направления экономического и социального развития СССР на 1986–1990 годы и на период до 2000 года. Данные изменения стали возможными с появлением обязательного медицинского страхования населения страны.

VII этап – с 1991 года – современный этап становления ОМС. С 1991 года в России началось введение современной системы медицинского страхования. Появление ОМС объясняется несколькими причинами:

– требовалось улучшение системы здравоохранения, так как средства, которые выделялись из бюджета очень быстро распылялись и зачастую не доходили до больниц необходимые для нужд медицины;

– потребность в качественном медицинском обслуживании;

– привязанность жителей к определенной сельской поликлинике или больнице.

Этот этап можно прежде всего характеризовать как период государственного здравоохранения в следствии чего сформировался принцип финансирования системы здравоохранения.

Новый этап дает толчок дальнейшему развитию обязательного медицинского страхования в России, параллельно обязательному страхованию появляется добровольное медицинского страхование.

Добровольное страхование на рынке страховых услуг непосредственно в России зарождается в 1991 г. В период 1991-1993 гг. можно рассмотреть развитие договоров в добровольном медицинском страховании, а также их вносимые изменения:

– уплату страхователем страховой премии, которая включала в себя стоимость лечения (по договору) и расходы на ведение дела;

– прикрепление к определенному лечебному учреждению выбранное застрахованным лицом;

– оплата производится за фактическое предоставление услуг;

– возврат остатка средств на оплату лечения страхового взноса.

В соответствии с Законом РФ от 28 июня 1991 №1499 – 1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»[7] . (далее по тексту – Закон РФ №1499 –1) было запланировано создание взаимодействия между

[7] Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 04.07.1991, N 27, ст. 920.

субъектами страхования с элементами конкуренции. Этим предполагалось, что все субъекты, которые предоставляют медицинские услуги будут заинтересованы, что приведет к повышению качества оказываемых услуг и эффективном использовании выделяемых средств.

Созданная система ОМС развивалась довольно быстро и стала принципиально новой моделью так как здравоохранение теперь финансировалось через специально сформированную структуру государственных внебюджетных фондов.

Выделяют следующие основные задачи:

Первая – необходимость создания стабильного финансирования здравоохранения.

Вторая – требовалось еще более улучшить качество медицинской помощи за счет создания здоровой правовой конкуренции между страховщиками.

Ни одна из выше изложенных задач не проверялась на результативность и реализуемость, по сути разработчики полагались только на собственное идеализированное представление, что в конечном итоге не оправдало запланированных ожиданий. Так планировалось определить размер страхового взноса в пределах 10,8-11,0% от фонда оплаты труда[8]. Но на деле норматив его составил только 3,6%. Кроме того, в систему ОМС направлялись взносы субъектов Федерации и органов местного самоуправления на страхование неработающего населения.

С самого начала для ОМС были характерны низкие тарифы страховых взносов, нестабильное финансовое положение плательщиков, недостаточное поступление денежных средств территориальные фонды от органов исполнительной власти за неработающую часть населения и использования средств ОМС для погашения дефицита бюджета и другие расходы. Объем финансирования никаким образом не увеличивался, а наоборот, сокращались бюджетные ассигнования здравоохранению на сумму средств, которые

[8] Бадюков В.Ф. Основы страхования для бакалавров. / В.Ф. Бадюков. – Ростов н /Д., 2013. – С. 105.

планировали собрать фонды ОМС, что привело к формированию отрицательного отношения населения к медицинскому страхованию.

Медицинское страхование на этот момент играло важную роль и в период 1998-1999 гг. принимается ряд нормативных и законодательных актов различного уровня, наплавленных, прежде всего на стабилизацию и развитие экономики в целом и в целях развития самого рынка страхования: – Федеральный закон от 31 декабря 1997 г. «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О страховании»[9].

Стоит отметить, что основная часть бюджета здравоохранения, минует систему ОМС, что затрудняет финансовое планирование, сдерживает совершенствование методов оплаты труда за конечный результат. Оставалась проблема с дифференциацией финансового обеспечения здравоохранения регионов в расчете на душу населения. Возможностью формирования нового эффективного механизма функционирования отрасли стала новая Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.

В 2005 году было объявлено о создании национальных проектов предпосылками появления стали тенденции медико-демографического характера, низкий уровень оснащенности учреждений здравоохранения, предоставляющих населению первичную медико-санитарную помощь необходимым оборудованием, низкий уровень развития профилактического направления в здравоохранении, несостоятельность основных производственных фондов, недоступность медицинской помощи с применением высокоразвитых медицинских технологий.

Приоритетными для проекта стали развитие первичной медикосанитарной помощи, профилактического направления медицинской помощи, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Этот проект установил основные преобразования в системе здравоохранении, для обеспечения населения доступной и качественной

[9] Федеральный закон от 31.12.1997 N 157-ФЗ (ред. от 17.07.1999) «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О страховании», «Российская газета», N 1, 04.01.1998, «Собрание законодательства РФ», 05.01.1998, N 1, ст. 4.

медицинской помощью на любом этапе ее оказания – как при амбулаторном лечении, в стационарных учреждениях, так и в высокотехнологичных медицинских центрах.

1 января 2011 года на территории России вступил в силу Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее по тексту – Закон об ОМС)[10].

У граждан, застрахованных в системе ОМС, появились новые права и обязанности. Данным законом предусмотрена разработка базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования.

Таким образом, за все годы медицинское страхование претерпело значительные изменения и должно в дальнейшем совершенствоваться, создавая хорошую социальную базу для граждан. От этого зависит дальнейшее благосостояние общества в целом.

1.2. Правовые основы медицинского страхования в Российской Федерации

В Российской Федерации функционирует развернутая законодательная база. Законодательство регулирует отношения между лицами, осуществляющими виды деятельности в сфере страхового дела и отношения по осуществлению надзора за деятельностью субъектов страхового дела, иные отношения, связанные с организацией страхового дела.

При изучении страхования необходимо знакомиться с базовыми и специальными законодательными положениями. Несомненно, что изучать нужно только действующие редакции законов и нормативных документов.

Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федерального закона от 16

[10] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Российская газета», N 274, 03.12.2010, «Российская газета», N 275, 06.12.2010 (уточнение), «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, N 49, ст. 6422, «Парламентская газета», N 64, 10-16.12.2010.

июля 1999 года N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", настоящего Федерального закона, других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации. Отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

В случае, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, применяются правила международного договора Российской Федерации.

Решения межгосударственных органов, принятые на основании положений международных договоров Российской Федерации в их истолковании, противоречащем Конституции Российской Федерации, не подлежат исполнению в Российской Федерации. Такое противоречие может быть установлено в порядке, определенном федеральным конституционным законом. (в ред. Федерального закона от 08.12.2020 N 429-ФЗ)

В целях единообразного применения настоящего Федерального закона при необходимости могут издаваться соответствующие разъяснения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.[11]

1.3 Система медицинского страхования России

В России создана система медицинского страхования, содержащая систему мер, предназначенных для социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование осуществляется в двух видах – обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС) – в соответствии с программами медицинского страхования. Также, система обязательного медицинского

[11] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

В основу системы обязательного медицинского страхования в России положены два принципа:

Принцип первый - «Здоровый оплачивает услуги за больного». Страховые взносы платят все граждане, но привлеченные ресурсы расходуются, когда кто-нибудь обращается за медицинской помощью.

Принцип второй – «Богатый оплачивает потребности бедного». Перечисления в страховой фонд зависят от уровня заработной платы или дохода. Вместе с этим право на получение медицинских услуг каждый гражданин получает одинаковое.

Система медицинского страхования предусматривает:

1) медицинское страхование граждан РФ;

2) медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляемое на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан;

3) медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в РФ;

4) медицинское страхование иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ и имеющих такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ, если международными договорами не предусмотрено иное.

Определены права граждан РФ в системе медицинского страхования. На территории РФ лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

Граждане имеют право на:

1) обязательное и добровольное медицинское страхование;

2) выбор медицинской страховой организации;

3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

4) получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;

5) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

6) предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

7) возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

1.4 Программы обязательного медицинского страхования

Медицинское обслуживание в системе ОМС осуществляется в соответствии с базовой и территориальными программами ОМС.

Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации[12].

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского

[12] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. Указанные в настоящей части нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения. В базовой программе обязательного медицинского страхования отдельно устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (специализированной, в том числе высокотехнологичной, в стационарных условиях и условиях дневного стационара), в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления указанной медицинской помощи, а также перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых указанными медицинскими организациями оказывается медицинская помощь.

Объемы предоставления медицинской помощи, указанной в части 3.1 настоящей статьи, распределяются и перераспределяются между медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, с учетом мощностей таких организаций и объемов оказываемой медицинской помощи за счет иных источников финансирования. Порядок распределения и перераспределения указанных объемов устанавливается Правительством Российской Федерации.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях:

1. инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
2. новообразования;
3. болезни эндокринной системы;
4. расстройства питания и нарушения обмена веществ;
5. болезни нервной системы;
6. болезни крови, кроветворных органов;
7. отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
8. болезни глаза и его придаточного аппарата;
9. болезни уха и сосцевидного отростка;
10. болезни системы кровообращения;
11. болезни органов дыхания;
12. болезни органов пищеварения;
13. болезни мочеполовой системы;
14. болезни кожи и подкожной клетчатки;

15. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16. травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17. врожденные аномалии (пороки развития);

18. деформации и хромосомные нарушения;

19. беременность, роды, послеродовой период и аборты;

20. отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.[13]

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. Указанные в настоящей

[13] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования.

части значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях, указанных в части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского

страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского

страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети "Интернет" утвержденные территориальные программы обязательного медицинского страхования в срок не позднее 14 календарных дней со дня их утверждения.

Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется в том числе с учетом условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования обеспечивает внесение изменений в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с указанным в настоящей части соглашением.

Таким образом, базовая программа является частью Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Она определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в

Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Права застрахованных лиц, установленные базовой программой, являются едиными на всей территории РФ. В рамках базовой программы оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь. В части 6 статьи 35 перечислены случаи (заболевания) оказания бесплатной медицинской помощи.

Глава 2. Правовой статус субъектов медицинского страхования

2.1 Общая характеристика объектов и субъектов добровольного медицинского страхования.

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

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления - для неработающего населения; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, нотариусы, занимающиеся частной практикой, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, - для работающего населения.

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

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

Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

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

2.2. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются[14]:

[14] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

1) застрахованные лица;

2) страхователи;

3) Федеральный фонд.

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

1) территориальные фонды;

2) страховые медицинские организации;

3) медицинские организации.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии со статьей 11 Федерального закона страхователями для работающих граждан являются:

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками

страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования – являются страховые организации, имеющие лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Для целей Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Обязанности страховой медицинской организации

В обязанности страховой медицинской организации входит:

1. Осуществление обязательного медицинского страхования застрахованных лиц в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

2. Оформление (переоформление), выдача полисов обязательного медицинского страхования застрахованному лицу;

3. Ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования;

4. Сбор, обработка, обеспечение сохранности и конфиденциальности сведений и информации при осуществлении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

5. Представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах;

6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

7. Информирование застрахованных лиц о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи по обращению застрахованных лиц, о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на выбор (замену) страховой медицинской организации, медицинской организации, о порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом. Предоставлять информацию каждому застрахованному лицу, задавшему вопрос по электронной почте или через информационно-коммуникационную сеть (Интернет) в режиме вопросов-ответов не позднее 5 рабочих дней, следующих за днем получения вопроса;

8. Размещение на собственном официальном сайте в сети Интернет и доведение иными, предусмотренными законодательством Российской Федерации способами, до застрахованных лиц сведений и информации о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц;

9. Осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях;

10. Осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

11. Иные обязанности, предусмотренные законодательством об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации.

2.3 Правовое положение фондов обязательного медицинского страхования.

Правовое положение Федерального фонда определяется федеральным законом о государственных социальных фондах, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным Правительством Российской Федерации[15]. Органами управления Федерального фонда являются правление Федерального фонда и председатель Федерального фонда.

Правление Федерального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности Федерального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью.

В состав правления Федерального фонда входят 11 человек. Руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти и председатель Федерального фонда входят в состав правления Федерального фонда по должности. Состав правления Федерального фонда утверждается Правительством Российской Федерации по представлению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

Правление Федерального фонда возглавляет председатель правления Федерального фонда. Председателем правления Федерального фонда по должности является руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

В состав правления Федерального фонда могут входить представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти,

[15] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда.

общероссийских объединений работодателей, общероссийских объединений профсоюзов и иных общественных объединений. При включении в состав правления Федерального фонда представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления Федерального фонда на паритетных началах.

Председатель Федерального фонда назначается на должность и освобождается от должности Правительством Российской Федерации по предложению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

8. Федеральный фонд:

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) получает из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) вправе начислять в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона и взыскивать в судебном порядке со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени;

5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с полномочиями, установленными настоящим Федеральным законом;

6.1) утверждает формы заявлений, реестров счетов, актов, иных документов, указанных в нормативных правовых актах, предусмотренных настоящим Федеральным законом, и порядки их заполнения, если иное не установлено настоящим Федеральным законом;

7) осуществляет в установленном им порядке контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

9) ведет единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

10) ведет единый реестр медицинских организаций. Порядок ведения, форма единого реестра медицинских организаций и перечень содержащихся в нем сведений устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования;

11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, включающий в себя сведения об экспертах качества медицинской помощи, которая оказывается медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, и финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 настоящего

Федерального закона, и территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи;

12) ведет единый регистр застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

13) вправе обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;

15) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

16) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;

17) вправе организовывать подготовку и дополнительное профессиональное образование, в том числе за пределами территории Российской Федерации, работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

18) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования, в том числе в целях реализации установленных настоящей частью полномочий;

19) принимает решение об образовании совещательных, координационных органов Федерального фонда, утверждает их состав и порядок деятельности;

20) осуществляет иные полномочия в соответствии с настоящим Федеральным законом.

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.

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.

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

К основным финансовым проблемам можно отнести следующие:

1. 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).

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

а) отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

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

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

3. 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.

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

5. 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.

Основные организационные проблемы в системе ОМС заключаются в следующем:

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

2. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС:

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

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

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

d) правовое обеспечение деятельности по защите прав застрахованных.

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

a) отдельное законодательство о добровольном медицинском страховании и платных медицинских услугах;

b) обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

3. 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".

3.2 Перспективы развития медицинского страхования в России.

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

1. 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 2024 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.

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

3. 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.

4. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

a) отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

b) 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;

c) 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.

5. 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.

6. 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.

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

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

b) 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.

c) 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.

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

e) 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.

f) Реализовать систему разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО.

g) 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.

h) 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.

i) 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.

8. 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). 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.

9. 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 в Российской Федерации предусмотрено в двух видах: обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам России равные возможности получения медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях соответствующих программ. Основной задачей системы обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционного права граждан РФ на получение доступной медицинской помощи за счет гарантированного государством источника финансирования.

Согласно официальным документам, медицинское страхование в Российской Федерации - это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. 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. Различают обязательное и добровольное медицинское страхование.

Основными отличиями обязательного медицинского страхования (ОМС) от государственной системы здравоохранения являются:

- правовое регулирование (государственное здравоохранение регулируется административным правом» а обязательное медицинское страхование - гражданским);

- финансирование (в государственном здравоохранении финансировалось медицинское учреждение, а при обязательном медицинском страховании - медицинская помощь гражданину).

Обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством позволяет исправить недостатки бюджетного финансирования, а именно:

- ликвидировать остаточность финансирования отрасли (так как взносы на ОМС включаются в стоимость продукции и услуг на стадии их производства);

- ввести адекватное финансирование услуг, включенных в программу ОМС;

- изменить принципы финансирования здравоохранения и применить новые способы оплаты труда, стимулирующие у медицинских работников экономическую заинтересованность в оказании медицинской помощи высокого качества и бережное отношение к ресурсам здравоохранения;

- ликвидировать кризис в управлении здравоохранением путем поэтапного изменения функций управления здравоохранением и введения экономических методов в процессе формирования договорных отношений;

- создать отвечающую современным требованиям систему учреждений здравоохранения, обеспечивающих высокую медицинскую и социально-экономическую эффективность их деятельности.

Для повышения эффективности добровольного медицинского страхования возможны следующие предложения.

Чтобы система ОМС стала эффективной, надо предпринять следующие шаги. Ввести единую по всей России систему с четко прописанным списком оказываемых услуг, едиными стандартами медпомощи и подушевыми нормативами. Организовать для страховых организаций конкурентную среду

деятельности, принять меры, чтобы у них появились возможности формировать страховые резервы и доступ непосредственно к плательщикам страховых взносов. Передать в ОМС все операции, финансируемые сейчас через комитеты здравоохранения и фонды соцстраха: профилактику заболеваний, лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, оплату услуг профильных медицинских центров. Позволить клиенту самому выбирать страховую компанию, базовое медучреждение, врача. Разрешить предприятиям за счет объединения отчислений в ОМС и ДМС формировать для своих сотрудников качественную медицинскую защиту.

Страховые медицинские организации должны стать информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных. Для этого необходимо существенно изменить правила участия страховщиков в системе обязательного медицинского страхования. Участие страховых медицинских организаций в системе ОМС необходимо в качестве средства 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 друг с другом за застрахованных.

Необходимо ввести систему разделения финансовых рисков между территориальными фондами ОМС и страховщиками: последние будут брать на себя часть рисков, связанных с отклонениями фактических расходов на оказание медицинской помощи застрахованным от плановых. Крайне важно обеспечить реальные возможности участия страховщиков в планировании и проведении организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению.

Список использованных источников.

1. Конституция Российской Федерации принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. [с учетом поправок] // СЗ РФ. 2014. № 31. Ст. 4398.

2. Федеральный закон от 31.12.1997 N 157-ФЗ (ред. от 17.07.1999) «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О страховании», «Российская газета», N 1, 04.01.1998, «Собрание законодательства РФ», 05.01.1998, N 1, ст. 4.

3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Российская газета», N 274, 03.12.2010, «Российская газета», N 275, 06.12.2010 (уточнение), «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, N 49, ст. 6422, «Парламентская газета», N 64, 10- 16.12.2010.

4. Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. – № 31. – Ст.4398.

5. Алиев Б.Х. Страхование : учебник для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Финансы и кредит», «Бухгалтерский учет, анализ и аудит» / Б.Х. Алиев, Ю.М. Махдиева. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. — 415 с. — ISBN 978-5-238-01946-8. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL:http://www.iprbookshop.ru/71061.html.

6. Граве К.А. Страхование/К.А. Граве, Л.А. Лунц. – М., 1960.–584с.

7. Суворов М.Д. О частноправовом характере института страхования М. Д. Суворов // Правоведение. – 2013. – № 4. – С. 135-138.