**Правовое регулирование обязательного медицинского страхования**

**Диплом**

**2015**

**Введение**

В основу политики развития отечественного медицинского страхования, особенно на уровне субъектов Российской Федерации, должна быть положена настоятельная необходимость создания перспективного законодательного и нормативно-правового обеспечения не только стратегии, но и тактики проведения реформ в сфере медицинского страхования.

Следовательно, подобно другим службам социального профиля большое значение в деятельности системы медицинского страхования имеет надлежащее управление процессом проведения реформ. Для более эффективного правового обеспечения этого процесса требуется принятие нормативных документов, позволяющих создать необходимые управленческие структуры с более четким распределением обязанностей, установлением ведущих органов управления и конкретных исполнителей на разных уровнях, а также определением области и уровня их правовой ответственности.

В настоящее время в Российской Федерации проведено разделение медицинского страхования на государственное, муниципальное и частное. Также возникла новая система обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), которая имеет два сектора - бюджетный и страховой.

Как известно, уже в конце 90-х гг. состояние охраны здоровья граждан в стране определялось как критическое из-за высокого уровня смертности во всех возрастных группах, отсутствия достаточного воспроизводства жителей страны в связи с низкой рождаемостью и естественной убылью численности населения, составляющей ежегодно около 500 тысяч человек. Кроме того, следует отметить значительное увеличение в Российской Федерации заболеваемости инфекционными болезнями, болезнями нервной системы, высокую заболеваемость и смертность среди детей и подростков, резко возросшую наркоманию и смертность от употребления наркотических препаратов, устойчивый рост психических нарушений, самоубийств, убийств, алкоголизации и инвалидизации населения. Исходя из этого следует констатировать, что создавшаяся ситуация является следствием ослабления государственного правового регулирования в области медицинского страхования, смещения акцентов в сторону достаточного обеспечения надлежащим финансированием и невыполнения федеральных целевых программ в области медицинского страхования.

В настоящее время в стране, на мой взгляд, отсутствуют фундаментальные комплексные, тем более системно-аналитические, исследования не только по проблеме правового обеспечения медицинского страхования, но и по реализации прав различных субъектов правовых отношений в анализируемой сфере.

На современном этапе проведения реформ в стране российское медицинского страхование представляет собой важнейшую отрасль социальной сферы, состоящую из многочисленных органов и учреждений разных организационно-правовых форм хозяйствования, которые участвуют в оказании населению страховых услуг.

Следовательно, наиболее важным условием проведения реформ в области медицинского страхования является создание фундаментальной правовой базы, обеспечивающей их перспективы и стратегии для дальнейшего развития отрасли. Ряд основных законов позволил приступить к проведению правовой реформы.

Актуальность проблемы заключается в том, что в связи с закреплением в Конституции Российской Федерации права на принятие законов и иных нормативно-правовых актов на уровне субъектов Федерации, действующее федеральное и региональное законодательство нуждается в дополнении и изменении нормативно-правового обеспечения ряда вопросов медицинского страхования. Усиление роли права в страховой сфере сегодня приобретает особое значение, так как многие правоотношения до сих пор остаются неурегулированными.

Некоторые авторы отмечают, что процессы демократизации нашего общества неизбежно ведут к расширению прав потребителей, к которым относятся и пациенты. Одновременно усиливается профессиональная ответственность медицинских работников. В связи с этим возникает потребность в разумной правовой защищенности каждой из сторон.

Все сказанное определяет особую значимость системного юридического исследования состояния законодательства в области медицинского страхования, а также технологии правового регулирования в этой сфере населения субъектов Российской Федерации.

Предмет: современное состояние и развитие системы обязательного медицинского страхования.

Таким образом, цель настоящей работы - рассмотреть правовые основы обязательного медицинского страхования.

Исходя из поставленной цели, можно сформулировать следующие задачи:

. Сделать анализ положительных и негативных сторон модели обязательного медицинского страхования;

. Рассмотреть систему финансирования и использования ресурсов в системе обязательного медицинского страхования;

. Описать элементы взаимодействия медицинских учреждений и страховых компаний в условии свободы выбора учреждения здравоохранения;

. Дать характеристику страховых компаний в сфере обязательного медицинского страхования;

. Описать проблемы взаимодействия обязательного и медицинского страхования;

. Рассмотреть варианты совершенствования российской модели медицинского страхования.

Объект исследования: система обязательного медицинского страхования.

Теоретико-методологической основой данного исследования стали концепции и гипотезы, обоснованные и представленные в современной правовой литературе. В рамках системного подхода в работе использовались методы теоретического анализа. Эмпирической базой исследования являются аналитические данные, опубликованные в литературе, экспертные и оценки российских правоведов, а также собственные выводы автора.

Вопросам правовых основ медицинского страхования посвящено много исследований, накоплен значительный опыт в этой области. Поэтому важно обобщить основные положения в данной области. Научный интерес к проблеме медицинского страхования заставляет обратиться к анализу накопленного теоретического материала. Большой вклад в разработку применяемых в настоящее время внесли отечественные ученые Архипов А.П., Гомелля В.Б., Туленты Д.С., Галаганов В.П., Денисова И.П., Косаренко Н.Н., Пименова Е.Н., Протас Е.В., Рассолова Т.М., Роик В.Д., Сахирова Н.П., Чернова Г.В., Шахов В.В., Григорьев В.Н., Ширипов Д.В., Шихов А.К., Шихов А.А.

**1. Организация медицинского страхования в Российской Федерации**

**.1 Развитие медицинского страхования в Российской Федерации**

медицинский страхование финансирование

Проводимая в России реформа здравоохранения, введение обязательного медицинского страхования предполагает структурную, инвестиционную перестройку отрасли, направленную на повышение экономической и клинической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинской помощи и обеспечение конституционных прав населения Российской Федерации на гарантированный государством объем медицинской помощи.

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

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.

**1 этап. С марта 1861 г. по июнь1903 г.** В 1861 г. был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах - вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд.

В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.

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

Фабричные страховые кассы начали создаваться в начале XX в. преимущественно на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга. Принципы их организации и функционирования были аналогичны западноевропейским.

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

**3 этап. С июня 1912 по июль 1917 г.** В 1912 г. III Государственной Думой было сделано немало для социального обновления страны, в том числе 23.06.1912 г. был принят Закон «О страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев» - закон о введении обязательного медицинского страхования для работающих граждан.

В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях. По закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

. Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях;

. Амбулаторное лечение;

. Родовспоможение;

. Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

К 1916 г. в России уже существовало 2403 больничные кассы, насчитывающие 1961 тысяч членов. Такие кассы просуществовали до революции, а после принятия запрета о введении государственной монополии в страховании они потеряли не только свою актуальность, но и легитимность.

**4 этап. С июля 1917 по октябрь 1917 года.** После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования (Новелла от 25.07.1917 г.), включающие следующие основные концептуальные положения:

расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одномоментно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных);

предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы);

повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек;

полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьёзно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

**5 этап. С октября 1917 по ноябрь 1921 г.** Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России «полного социального страхования».

Основные положения Декларации были следующие:

распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;

распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы).

Проводимые Советским правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации.

февраля 1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упразднялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизились уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

**6 этап. С ноября 1921 г. по 1929 г.** C 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (НЭП), и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период с 1921 по 1929 г.

.11.1921 г. издается Декрет «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых определялись Советом Народных Комиссаров и дифференцировались в зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда.

По Постановлению Совета Народных Комиссаров №19 ст. 124 от 23.03.1926 г. из всех средств социального страхования образовывались следующие операционные фонды:

) Фонды, находящиеся в непосредственном распоряжении органов социального страхования.

) Фонды медицинской помощи застрахованным (ФМПЗ), находящиеся в распоряжении органов здравоохранения.

**7 этап. С 1929 г. по июнь 1991 г.** Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья.

В советское время надобность в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий.

**8 этап. С июня 1991 года по ноябрь 2010 г.** С принятием Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» 28 июня 1991 г. можно начать говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране.

В период проведения экономических и социальных реформ, резкого снижения уровня жизни, острой нехватки бюджетных и ведомственных средств на содержание медицинских учреждений в 1991 г. был принят закон о введении в России медицинского страхования граждан в двух формах: обязательной и добровольной. Причем все положения этого закона, которые касались обязательного медицинского страхования, вводились в действие, начиная только с 1993 г. До этого времени необходимо было подготовить организационно-нормативную базу для управления и финансирования новой государственной страховой системы.

**9 этап. С ноября 2010 года по настоящее время.** 1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ.У застрахованных лиц появились новые права и обязанности. Законом предусмотрена разработка базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования.

**.2 Система обязательного медицинского страхования в России**

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получении необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС 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 создает 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 ОМС. Здоровье населения - важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны.

В связи с этим обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств ОМС, является важнейшей государственной задачей. И это положение особо подчеркивается в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу.

**Центральные проблемы обязательного медицинского страхования**

В сложившейся экономической ситуации сохранение государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи на универсальной основе практически нереально. При самых благоприятных условиях (Выполнение обязательств государственного бюджета по взносам на ОМС, привлечение дополнительных источников финансирования) финансовых ресурсов для обеспечения бесплатности всех видов медицинской помощи будет недостаточно. При этом важно учитывать, что чрезмерные обязательства государства ведут к деформации экономических отношений в отрасли, поскольку в условиях несбалансированности программ ОМС ограничиваются возможности полноценных договорных отношений между финансирующей стороной и лечебно-профилактическими учреждениями, а значит, и повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Тем самым нарушается важнейшее условие осуществления реформы здравоохранения - предсказуемость поступлений финансовых ресурсов.

Не менее очевиден и отрицательный социальный и политический эффект чрезмерной декларативности государственных обязательств: бесплатность медицинской помощи становится все более иллюзорной, растет недовольство населения состоянием служб здравоохранения. Объявив медицинскую помощь полностью бесплатной, государство все более утрачивает возможности предоставить такую помощь, тем, кто в ней более всего нуждается. Одновременно активизируется теневой рынок медицинских услуг с далеко идущими социальными и экономическими последствиями. С одной стороны, медики сильней реагируют на стимулы, возникающие в сфере теневой экономики, чем на попытки страховщиков построить разумную систему оплаты по результатам труда в общественном секторе здравоохранения. С другой - пациенты иногда вынуждены платить из собственного кармана суммы, не соответствующие реальному вкладу медиков.

В рамках ОМС гарантируется предоставление амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, предоставляемой в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовых форм, оказание первой медицинской помощи.

Ежегодно возрастает сумма возмещенного ущерба по искам, удовлетворенным в судебном порядке. Нельзя недооценивать и значение проведения вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. По сути, мы разделили функции оказания медицинской помощи и функции ее оценки между субъектами, привлекая к защите интересов пациентов профессионально подготовленных высококвалифицированных специалистов.

В сложившейся ситуации необходимо отказаться от деклараций и трезво оценить финансовые возможности здравоохранения. Практически это означает необходимость принятия новой процедуры формирования базовой программы ОМС. Определяемый этой программой минимальный социальный стандарт, ниже которого не могут быть установлены объем и условия оказания медицинской помощи в территориальных программах ОМС, должен утверждаться вместе с размером взноса на ОМС и поступлениями из бюджета, необходимыми для достижения этого стандарта.

Правительство разрабатывает и предоставляет базовую программу ОМС вместе с финансово-экономическими обоснованиями для утверждения Государственной Думой.

Чтобы избежать чрезмерной декларативности обязательств по базовой программе ОМС, она должна рассчитываться как минимальный социальный стандарт в виде минимального норматива финансирования на одного жителя. Этот норматив должен быть ориентиром для расчета территориальной программы ОМС на уровне субъекта федерации. Иначе говоря, каждая территория должна иметь свою базовую программу в размере минимальных государственных обязательств. После оценки своих возможностей субъект федерации принимает дополнительные обязательства, которые финансируются в территориальной программе ОМС.

**Участники системы обязательного медицинского страхования**

Основными участниками системы обязательного медицинского страхования помимо граждан являются непосредственно сами страхователи и страховщики.

Страхователями в системе ОМС являются физические и юридические лица, заключившие договор страхования со страховщиком. Страхователями для работающего населения выступают предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью и лица свободных профессии; для неработающего - органы исполнительной власти разных уровней.

Страхователями по ОМС, т.е. теми, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всех граждан медицинским страхованием, выступают работодатели и местные органы исполнительной власти.

Работодатели обязаны платить страховые взносы за работающее население. Тариф страховых взносов устанавливается федеральным законом и в настоящее время составляет 5,1% к фонду оплаты труда. Правила начисления и уплаты страховых взносов представлены в Инструкции о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование, утвержденной постановлением Совета Министров Правительства Российской Федерации от 11.10.93 г. №1018. В соответствии с этим документом страховые взносы в фонды ОМС обязаны платить все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности.

Освобождаются от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, объединения, учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.

Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За нарушение порядка уплаты страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции (штрафы, пени).

Суммы начисленных взносов уплачиваются в фонды ОМС ежемесячно, не позднее 15-го числа следующего месяца. Сумма взносов в размере 5,1% фонда оплаты труда перечисляется на счет территориального фонда ОМС, а 0,2% - на счет федерального ФОМС.

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.

Федеральные фонды ОМС создаются высшим органом законодательной власти и Правительством Российской Федерации. Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

-й уровень страхования в системе ОМС представляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Сам он не осуществляет страховые операции и не финансирует систему ОМС граждан. Фонд был создан для реализации государственной политики в области медицинского страхования, а его роль в ОМС сводится к общему регулированию системы, что достигается как за счет нормативного регулирования основных положений ОМС на территории РФ, так и за счет финансового регулирования осуществления медицинского страхования граждан в субъектах Федерации.

ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подотчетен Законодательному Собранию и Правительству Российской Федерации. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой.

Финансовые средства фонда образуются за счет части страховых взносов предприятий (0,2% от ФОП), взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ и других источников, определяемых законодательством Российской Федерации.

Управление деятельностью фонда осуществляется его правлением и постоянно действующей исполнительной дирекцией. В состав правления входят представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти и общественных объединений.

-й уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. Этот уровень - основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляются сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС.

Территориальные ФОМС создаются на территориях субъектов Российской Федерации, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны соответствующим органам представительной и исполнительной власти.

Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию. Они образуются за счет:

части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями на ОМС работающего населения (5,1% ФОТ);

средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов Российской Федерации на ОМС неработающего населения;

других источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Главной задачей ТФОМС является обеспечение реализации ОМС на каждой территории субъектов Российской Федерации на принципах всеобщности и социальной справедливости. На ТФОМС возложена основная работа по обеспечению финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС.

ТФОМС собирают страховые взносы на ОМС, осуществляют финансирование территориальных программ ОМС, заключают договоры со страховыми медицинскими организациями на финансирование проводимых программ ОМС по утверждаемым нормативам. Осуществляют инвестиционную и иную финансово-кредитную деятельность, формируют финансовые резервы для обеспечения устойчивости функционирования ОМС, осуществляют выравнивание условий финансирования, разрабатывают и утверждают правила ОМС граждан на соответствующей территории, организуют банк данных по всем страхователям и осуществляют контроль за порядком начисления и своевременностью уплаты страховых взносов и выполняют другие немаловажные функции.

-й уровень в осуществлении ОМС представляют 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.

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.

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.

**2. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования**

**.1 Проблемы реализации социальных гарантий в системе обязательного медицинского страхования**

Страховые механизмы, являясь универсальными гарантами обеспечения различных видов рисков, активно используются в большинстве государств с рыночной экономикой и заимствованы российской практикой. Социальная сфера не является исключением.

Незначительная история развития страхования в современной России показывает, тем менее, его значительный рост в начале 1990-х гг., что объясняется внедрением страховых инструментов в обеспечении социальных обязательств государства, в том числе введением обязательного медицинского страхования.

Приоритетность развития страхования в социальной сфере воспринята и в положениях Конституции Российской Федерации, где провозглашено поощрение добровольного социального страхования, а гарантии бесплатной медицинской помощи обеспечиваются за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

За многолетний период развития системы обязательного медицинского страхования принято весьма значительное число нормативных актов, основным, базовым из которых является Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее - Закон №1499-1), закрепивший в своих нормах основы страхования в сфере здравоохранения. Данный нормативный акт в большей степени связывался с переходным периодом системы здравоохранения, и на определенном этапе уже перестал выполнять возложенные на него задачи. Основные проблемы закона могут быть сведены к определенным критическим замечаниям, не претендующим на исчерпывающий и абсолютный характер. По крайней мере, на сегодняшний день проблемы, с которыми столкнулась сфера обязательного медицинского страхования, более чем очевидны.

В качестве начального (и основного) замечания можно отметить несоответствие Закона №1499-1 по своему содержанию современным требованиям к организации обязательного государственного социального страхования: в нем не были прописаны действенные механизмы обеспечения прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи, из которых проистекают все сопутствующие проблемы.

Существенной, если не основной, проблемой являлось неадекватное определение приоритетов закона, смещение которых уходило далеко в сторону от самой системы медицинского страхования. Центральным элементом системы является застрахованное лицо - гражданин, наделенный определенным набором прав и обязанностей в рассматриваемой сфере. Предоставление медицинской помощи гражданам в рамках ОМС нередко находилось в зависимости от утилитарных интересов страхователей, имеющих возможность осуществлять выбор страховых медицинских организаций, участвующих в оказании медицинских услуг. Тем самым гражданин фактически был устранен от участия в выборе страховой медицинской организации. Законодатель, пожалуй, серьезно просчитался, наделяя правом выбора наряду с застрахованным лицом страхователя, который в силу объективных причин использует свое право в преимущественном порядке.

Недостаточным оказался и финансовый инструментарий законодательства. Отсутствовало требование об оплате медицинских услуг в сфере ОМС по полному тарифу, по всей видимости, в целях экономики финансовых ресурсов.

Недостаток финансовых рычагов сдерживал формирование рыночных начал в медицинской деятельности, определяющих наличие в этой сфере организаций различных форм собственности. Такая ситуация неизбежно искусственно ограничивала право свободного выбора гражданином медицинской организации, и в конечном счете, подрывала конкурентные начала в медицинском страховании и организации медицинской помощи.

Другой сопутствующей проблемой финансовых нормативов можно назвать отсутствие требований к размеру страховых взносов на неработающих граждан со стороны органов государственной власти субъектов Федерации.

Учитывая широкую географию российских регионов и неоднородные экономические возможности, финансовое обеспечение медицинской помощи приобретает существенные различия. В силу указанных причин качество и объем медицинской помощи нередко зависят от уровня экономического благосостояния субъекта Федерации, что снижает гарантии равного доступа граждан соответствующих категорий к медицинским услугам.

Проблемы субъектов системы ОМС не ограничиваются статусом застрахованных граждан и касаются также Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и его территориальных подразделений.  
Законодательство не имело четкого определения правового статуса Федерального фонда. В частности, как отрицательный момент можно рассматривать отсутствие четкого определения полномочий в рамках функций фонда, порождаемых прежде всего проблемами его организационно-правовой формы.

Помимо прочего можно отметить проблемы в сфере учета застрахованных лиц.

Отдельным изъяном является несовершенство структуры управления системой обязательного медицинского страхования.

**2.2 Современная концепция обязательного медицинского страхования в механизме обеспечения прав граждан на медицинскую помощь**

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. №1662-р, констатирует: система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. Основной целью государственной политики в области здравоохранения на указанный период является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее эффективности. В качестве важнейшей задачи Концепция предусматривает модернизацию системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, в том числе:

осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств;

введение страховых взносов на обязательное медицинское страхование по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей;

введение предельного размера годового заработка, на который начисляются страховые взносы;

установление единых требований к определению размера взносов субъектов Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

создание эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе минимального подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий;

повышение ответственности страховых медицинских организаций при введении одноканальной модели финансирования организаций системы здравоохранения, участвующих в обязательном медицинском страховании;

поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества ее оказания и объемов;

создание системы управления качеством медицинской помощи;

формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования с созданием условий для выбора застрахованным страховщика и медицинской организации, а также обеспечение населения доступной информацией о деятельности страховщиков и медицинских организаций;

создание условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм в обязательном медицинском страховании.  
Развитие концептуальных идей в рамках формирования целенаправленной государственной политики в здравоохранении, определяющих реализацию соответствующих норм Конституции Российской Федерации требовало разработки нормативного акта, адекватно воспринимающего элементы модернизации ОМС.

Полноценное регулирование вопросов обязательного медицинского страхования возможно только в рамках переосмысления проблем практики и построения на ее основе качественно нового правового механизма, нашедшего отражение в Федеральном законе от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон об ОМС, Закон №326-ФЗ). В своих положениях Закон №326-ФЗ содержит ключевые инструменты достижения перспективных целей и задач.

В целом Закон об ОМС направлен на усиление гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, основные положения которого соответствуют Федеральному закону от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

В первую очередь необходимо обратить внимание на принципы законодательства в сфере социального страхования, которые в полной мере восприняты в основополагающих идеях Закона об ОМС:

всеобщий характер обязательного медицинского страхования;

государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков;

автономность финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Прежде всего позитивные новеллы связаны с более четким восприятием прав застрахованных лиц.

Основные права граждан, отражающие, по сути, принципы в сфере здравоохранения и обязательном медицинском страховании, закреплены в Основах законодательства об охране здоровья граждан. Непосредственно права граждан в системе медицинского страхования установлены статьей 16 Закона об ОМС, которая определяет, что граждане Российской Федерации имеют право на:

обязательное и добровольное медицинское страхование;

выбор медицинской страховой организации;

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

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

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;

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

Указанные фундаментальные постулаты определяют содержательную часть системы обязательного медицинского страхования в рамках системы здравоохранения.

Становление современной системы здравоохранения вслед за внедрением так называемого нового хозяйственного механизма, начиная с 1992 г., основано на социальном (обязательном медицинском) страховании, органично сочетающим черты государственного и частного здравоохранения.

С этим, прежде всего, связывается одна из основных целей Закона об ОМС - обеспечение рыночных начал в сфере здравоохранения, что может быть обеспеченно развитием конкуренции.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам Закон обеспечивает создание конкурентной среды между медицинскими организациями. Выполнение конкурентных условий предполагает деятельность на равных началах в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций и имеющих имущество в любой форме собственности, предусмотренной законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям в сфере ОМС помимо организаций любой формы собственности относятся индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. При этом организации и индивидуальные предприниматели должны иметь право на осуществление медицинской деятельности и быть включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Основной проблемой, решенной законодателем, можно назвать устранение административных барьеров допуска субъектов на рынок страховых медицинских услуг. В частности, предусматривается заявительный порядок вхождения профильных организаций, что исключает какие-либо разрешительные действия компетентных органов. Медицинским организациям не будет требоваться решение органов государственной власти субъектов Федерации об их участии в системе обязательного медицинского страхования.

В целях повышения доступности медицинской помощи застрахованным гражданам за счет включения в систему обязательного медицинского страхования частных медицинских организаций Закон предусматривает возможность перехода на преимущественно одноканальное финансирование организаций здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в связи с установлением оплаты медицинской помощи по тарифу, включающему все статьи расходов.

Кроме того, новый Закон в большей степени конкретизирует и достаточно четко определяет правовой статус всех субъектов обязательного медицинского страхования и механизм их взаимодействия.

Исходя из принципа всеобщности обеспечения социального страхования, соответствующие риски распространены на все категории населения, т.е. к застрахованным лицам отнесены работающие и неработающие граждане Российской Федерации. Под сферу действия медицинского страхования подпадает иностранный элемент, который фактически пользуется национальным правовым режимом, применяемым в отношении резидентов. Постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства имеют такие же права и обязанности в системе обязательного медицинского страхования, как и российские граждане.

Страхование детей с рождения до государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители, после государственной регистрации рождения по достижении совершеннолетия либо по приобретении ими дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - страховой медицинской организацией, выбранной их родителями или другими законными представителями.

Закон в большей степени ориентирован на обеспечение реализации гражданами - застрахованными лицами своих прав. Законодатель исключил право работодателя и органов государственной власти субъектов Федерации на выбор страховых медицинских организаций, и оставляет такое право только за застрахованными лицами. Здесь следует сказать, что мнения специалистов в рамках рассмотрения проблем прежнего закона были более осторожны, и сводились к реализации страхователем права на выбор страховой организации только с согласия лица, в отношении которого заключается договор обязательного медицинского страхования. Сегодня роль работодателя в системе ОМС сводится лишь к технической функции, поскольку заключением договора страхователь реализует права работников.

Одновременно сформулированы правила о возможности застрахованных лиц не только выбрать, но и заменить выбранную им страховую медицинскую организацию на иную, при этом страховые медицинские организации не вправе отказать ему в таком выборе. Застрахованное лицо может заменить страховую медицинскую организацию один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства.

Право выбора медицинской страховой организации тесно связано и с выбором организаций, оказывающих медицинскую помощь. В сфере здравоохранения действительно приобретает значение личность субъекта, предоставляющего медицинскую услугу. Этим обстоятельством определяется качество оказываемых услуг наряду с их специфическим свойством. Как справедливо полагает Ф. Котлер, «услуга неотделима от своего источника, будь то человек или машина, тогда как товар в материальном виде существует независимо от присутствия или отсутствия его источника».

Именно различный качественный состав однородных по своей сути услуг должен обеспечивать выбор наиболее приемлемых из них в целях наиболее полного удовлетворения интересов человека в здравоохранении, с учетом его естественных физических свойств и особенностей организма. Неслучайно в литературе отдельными специалистами качество страхования для гражданина в медицинской сфере связывается с обеспечением возможности получать медицинскую помощь в лучших лечебно-профилактических учреждениях.

Поэтому полная реализация на практике принципа свободы выбора и качества медицинских услуг возможна только при одновременном соблюдении выбора страховщика и медицинской организации, вплоть до определения конкретного специалиста (врача). Единственное условие - присутствие медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования.

Сопутствующим инструментом в обеспечении права выбора является информационная поддержка застрахованного населения в выборе рынка страховых и медицинских услуг в регионе. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования на сайтах в Интернете размещают информацию о медицинских организациях и страховых медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, и обеспечивают к такой информации свободный доступ.

Позитивные изменения, продиктованные скорее особенностями реализации застрахованными лицами их права на выбор, касаются упрощения механизма замены страховых и медицинских организаций, и в первую очередь, технического оформления. Речь идет о полисе обязательного медицинского страхования, который требовалось переоформлять каждый раз при замене страховщика. Теперь законодатель установил правило о выдаче застрахованным лицам страхового медицинского полиса единого образца, не требующего замены при смене страховой медицинской организации и действующий на всей территории Российской Федерации.

Большую роль в реализации государственной политики в здравоохранении призваны сыграть системы экономических стимулов, мотивирующих страховые медицинские организации осуществлять контроль качества медицинской помощи, обеспечивать реализацию прав застрахованных лиц.

Во-первых, возможно установление поощрения страховых медицинских организаций в зависимости от показателей здоровья застрахованных лиц, что будет побуждать страховые медицинские организации способствовать осуществлению профилактических мероприятий в медицинских организациях, внедрению наиболее эффективных методов лечения, заключению договоров с наиболее успешно работающими медицинскими организациями.

Во-вторых, инструментом стимулирования выступает также возможность применения к страховым медицинским организациям и медицинским организациям мер гражданско-правовой ответственности. Застрахованное лицо имеет право на возмещение ущерба в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией и медицинской организацией обязанностей по организации медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В связи с этим на первый план выходят вопросы механизма компенсации причиненного ущерба пострадавшим. Как полагают в научных исследованиях, заслуживают внимания вопросы не только правового статуса медицинской организации, порядка ее финансирования, права и обязанности медицинского работника и т.п., но страхования рисков некачественной медицинской помощи, четкого размежевания гражданской и профессиональной ответственности в медицине.

Ранее действовавший Закон о медицинском страховании содержал в себе отрицательные моменты, и не в последнюю очередь критика его норм, в том числе судебной, касалась защиты прав застрахованных лиц, поскольку это является важнейшей гарантией реализации прав граждан в сфере здравоохранения.

В частности, статья 6 Закона определяла право гражданина предъявлять иски к страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению. Это создало дополнительные трудности в получении необходимого возмещения, о чем отмечалось в литературе. Как видно из закрепленной нормативной конструкции, получение самого возмещения ставилось в зависимость от обращения гражданина в суд с соответствующим иском, при отсутствии каких-либо гарантий его удовлетворения.

Следует также обратить внимание на общий механизм доказывания, поскольку при подаче таких исков у пациента возникают сложности, вытекающие из существа самой услуги и элементов, формирующих вредоносный результат. Речь в известной степени согласно пункту 1 ст. 1085 Гражданского кодекса Российской Федерации идет о возмещении имущественного вреда (реальный ущерб и упущенная выгода), что подтверждается обобщениями высших судебных инстанций в отношении морального вреда. Однако такой вред компенсируется в денежной форме, несмотря на его неимущественную природу (ст. 151 Гражданского кодекса Российской Федерации). Собственно, подобный характер вредоносного результата позволяет отражать в содержании иска страховщика о материальной компенсации вреда требования как имущественного, так и неимущественного характера.

Законодательство о защите прав потребителей (Закон РФ от 7 февраля 1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей»), а также судебная практика в полной мере распространяется и на вопросы оказания медицинских услуг, бесплатных для пациента (потребителя), но оплачиваемых за счет средств обязательного медицинского страхования. При этом Закон №2300-1 обеспечивает максимальную правовую защиту пострадавшему от некачественного предоставления услуг в частных медицинских организациях.

Однако, как отмечают отдельные специалисты, суды не всегда встают на сторону пострадавшего пациента при предоставлении им медицинской помощи в рамках системы ОМС, что приводит к серьезным перекосам, и фактически введении «двойных стандартов», в регулировании вопросов платной и бесплатной медицины.

Кроме того, как полагает А. Самошкин, требует определения и дифференциация категорий застрахованного населения - потребителей услуг здравоохранения и лекарственного обеспечения.

Само качество медицинских услуг определяется по-разному. Имеются также характеристика причинения вреда здоровью пациента, когда, например, некачественная медицинская помощь связывается с ухудшением состояния здоровья пациента по сравнению с тем, что было до ее оказания (медицинского вмешательства).

В ведомственных нормативных актах, в частности документах ФФОМС, дается понятие «медицинская помощь надлежащего качества». В Методических рекомендациях, утв. Приказом ФФОМС от 6 сентября 2000 г. №73, под медицинской помощью ненадлежащего качества (некачественной медицинской помощью) понимается медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключающая негативные последствия:

затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса;

приводящие к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения;

вызывающие неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением.

Вполне разумно предположить, что качество медицинских услуг зависит от мастерства и профессионализма врача-исполнителя, медицинского персонала, от их добросовестности и умения, от наличия соответствующих современных медико-технических средств. Как полагает Ю. Андреев, существенное значение приобретает степень закрепления вопросов качества, законодательное и договорное регулирование ответственности за его несоблюдение.

Впрочем, потребность разработки нормативной базы, регулирующей вопросы эффективной защиты прав пострадавших пациентов, является весьма актуальной темой. Собственно, определение источников денежных средств при наложении штрафов на организации и отдельных медицинских работников будет способствовать улучшению качества медицинской помощи.  
Законодатель не всегда проводит последовательную работу, и конкретные области общественных отношений (интересов) остаются без должной защиты, а корректировки носят эпизодический характер.

Справедливости ради надо отметить: в действующее законодательство об административной ответственности были внесены изменения, и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях дополнен статьями 15.32 «Нарушение установленного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании срока регистрации» и 15.33 «Нарушение установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании порядка и сроков представления документов и (или) иных сведений в органы государственных внебюджетных фондов», в которых выделена ответственность должностных лиц непосредственно перед внебюджетном фондом. Впрочем, такие корректировки в целом не избавляют от проблем при регулировании всех вопросов исполнения учетных и финансовых обязательств и защите прав пациентов и стимулировании сотрудников медицинских организаций к надлежащему исполнению своих профессиональных обязанностей в установленной сфере.

В связи с этим следует констатировать: медицинские учреждения независимо от формы собственности в рамках единой системы здравоохранения наделяются равным правовым статусом, что будет способствовать формированию общего представления о статусе и пациентов таких организаций, возможности распространении положений законодательства о защите прав потребителей их услуг.

Представляется, что этому будут также способствовать контрольно-надзорные мероприятия. В целях обеспечения реализации прав застрахованных лиц закон предусматривает осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам медицинскими организациями. Медицинская помощь должна соответствовать объемам и условиям, соответствующим территориальной программе обязательного медицинского страхования и договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Определен порядок и механизм их проведения. Предусмотрены контрольные функции со стороны фондов обязательного медицинского страхования в целях обеспечения защиты интересов застрахованных лиц.

Особое значение в системе обязательного медицинского страхования приобретает защита от финансовых рисков, что нашло отражение в нормах нового Закона. В этих целях предусматривается установление резервов в страховых медицинских организациях. Резерв может использоваться на оплату медицинской помощи, в случае недостаточности средств у страховой медицинской организации на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Функции перестраховщика в системе обязательного медицинского страхования выполняет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, который формирует нормированный страховой запас и резерв финансирования профилактических мероприятий. Резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий является инструментом снижения затрат на оказание медицинской помощи и стимулирования медицинских учреждений, достигающих наилучших результатов в лечебном процессе.

Существенно модернизирована система организации персонифицированного (индивидуального) учета в системе обязательного медицинского страхования за счет введения единого информационного пространства в рамках системы ОМС

**.3 Нормативные регуляторы системы обязательного медицинского страхования**

Правовые основы обязательного медицинского страхования формируют нормативные акты различного уровня и традиционно в их число включены Конституция Российской Федерации, федеральные законы, законы субъектов Федерации, нормы международных договоров, документы разъяснительного характера. В последнем случае имеется в виду издание разъяснений уполномоченными органами исполнительной власти в целях единообразного применения норм законодательства об обязательном медицинском страховании.

Региональное нормотворчество призвано отразить территориальные особенности в сфере обязательного медицинского страхования. Однако этот процесс нередко преследуют общие проблемы формирования правовых актов, не всегда учитывающих систему законодательства. Использование системного подхода при разработке региональных законов находит все большую поддержку среди специалистов, поскольку позволяет преодолеть неизбежные коллизии в соотношении с нормами федерального законодательства, укрепить правовую дисциплину.

Важными элементами правового регулирования ОМС являются территориальные программы обязательного медицинского страхования. Территориальная программа обязательного медицинского страхования (ОМС) является составной частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, разрабатываемой и утверждаемой в субъекте Федерации в установленном Правительством Российской Федерации порядке. Территориальная программа ОМС определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Однако создание таких документов нередко выходит за рамки регионального нормотворчества. Субъекты Федерации, а вслед за ними и муниципальные образования занимают активную позицию в вопросах разработки и реализации программ обязательного медицинского страхования граждан, что позволяет в последнем случае вести речь о «законотворчестве» органов местного самоуправления в рассматриваемой сфере.

Обозначенные правовые инструменты составляют основу правового регулирования обязательного медицинского страхования. Однако для реализации норм Закона об ОМС требуется значительный объем подзаконной нормативной базы, позволяющей обеспечить на практике механизм обязательного медицинского страхования. Таких актов требуется порядка 40, и некоторые из них уже приняты или готовятся к принятию.

В частности, в рассматриваемой сфере они уже изданы: например, Постановления Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. №74 «О правилах обязательного медицинского страхования», от 31 декабря 2010 г. №1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования», от 31 декабря 2010 г. №1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», от 7 февраля 2011 г. №60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», Приказы Минздравсоцразвития России от 23 декабря 2010 г. №1168н «Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования», от 23 декабря 2010 г. №1169н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения», от 30 декабря 2010 г. №1229н «Об утверждении порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования», от 21 января 2011 г. №15н «Об утверждении типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования», от 25 января 2011 г. №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» и т.п.

медицинский страхование финансирование

**2.4 Обязательства в системе обязательного медицинского страхования: правовая природа и конструкция**

Структурная политика на рынке страховых услуг в настоящий период идет по пути поиска оптимального соотношения пропорций в добровольных и обязательных видах страхования. Обязательное медицинское страхование представляет собой разновидность обязательного социального страхования. По данному виду страхования страховщиками выступают наряду со страховыми медицинскими организациями фонды обязательного медицинского страхования.

По мнению В.С. Белых, «правоотношениям, устанавливаемым в рамках любого вида обязательного страхования, свойственен публичный характер. При этом в указанную сферу вполне естественно отнесено и обязательное медицинское страхование».

Однако, как полагает М.Д. Суворов, обязательное страхование исходя из юридико-технического размещения его в нормах гражданского законодательства является только сферой регулирования гражданского права. При этом автор не берет в расчет признак «обязательности» как не оказывающий решающего значения на определение природы (частной или публичной) правового регулирования. Основное назначение обязательного страхования, по его мнению, состоит в защите частных интересов.

Впрочем, в периодической литературе ведут речь о необходимости четкого соотношения публичных и частных начал в сфере обязательного медицинского страхования. Как полагает В.Ю. Стеценко, государственное вмешательство должно определяться законами рынка, определяющими заранее установленные границы публичных интересов. Справедливый характер данного замечания вряд ли можно отрицать на фоне демонополизации сферы социального обеспечения.

Впрочем, излишне заранее переносить обязательное страхование в область частноправовых отношений, поскольку здесь используются преимущественно добровольные начала, усмотрение субъектов, диспозитивность сторон. Такой правовой фон, являясь сопровождением страховых обязательств, будет неизбежно порождать проблемы в реализации механизма страхования, тем самым препятствуя реализации застрахованными гражданами своих прав.

Проводя соотношение свойств договорного регулирования ОМС, представляется вполне логичным разграничивать публичные и частные элементы в предусмотренных законом обязательствах.

Подлежит учету природа договора в сфере ОМС, которая, исходя из анализа его содержания, имеет неоднородный, скорее, полиотраслевой характер. Собственно, нельзя сводить договорные отношения в сфере ОМС только к нормам публичного правопорядка, который находит свое воплощение в административном договоре.

Его особенности весьма четко выделены учеными еще в середине прошлого века. Основными спутниками административного договора выступают неравенство сторон его участников, регулирование отношений актами государственного управления, административную ответственность за неисполнение договорных условий.

Договор отражает согласованные действия участников, выражающих их взаимное волеизъявление. В.Р. Идельсон характеризовал страхование как двустороннюю сделку, с наличием взаимных прав и обязанностей у каждой стороны, что воспринимается и в современной литературе. Договор отражает согласованные действия участников, выражающих их взаимное волеизъявление.

При оказании медицинских услуг оплата за пациента обычно проводится через систему обязательного медицинского страхования, в связи с чем возмездность оказания таких медицинских услуг не столь очевидна, как, например, в сфере обычных бытовых услуг, где сам гражданин вносит деньги в кассу исполнителя.

Как полагают Г.Р. Колоколов и Н.И. Махонько, объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание лечебно-диагностических услуг при возникновении страхового случая.

Собственно, само медицинское страхование, являясь разновидностью страхования социального, органично включается в число институтов права социального обеспечения.

Однако не следует забывать: отношения в этой сфере строятся в основном с помощью регуляторов гражданского права, в частности, общих положений и норм о страховании. Публичный характер обязательного медицинского страхования при этом не умаляется даже значительным присутствием гражданско-правового элемента и норм страхового права, несмотря на значительный перевес в этой дихотомии частных начал. Наглядным примером публичного интереса в рассматриваемой сфере может служить управление социальными фондами исключительно государством.

Реализация права застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования устанавливается на основании договоров, заключенных между субъектами обязательного медицинского страхования.

Конструкция договора обязательного медицинского страхования предполагает его заключение и исполнение в пользу третьего лица. Следовательно, сторонами договора выступают страхователь и страховая медицинская организация. В этом случае по аналогии с нормой Гражданского кодекса Российской Федерации выгодоприобретателем становится не сторона по договору, а лицо, в пользу которого заключен договор, - застрахованное лицо.

В Законе об ОМС выделены два самостоятельных вида договора в сфере обязательного медицинского страхования. 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;

договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Следует выделить особенности договора о финансовом обеспечении, которые вступают в силу с 1 января 2012 года.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация - оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим заключение договора по обязательному медицинскому страхованию граждан, имеющим силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения об обязательном медицинском страховании граждан.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС. Положения, регулирующие договорные отношения в рамках статьи 39 Закона, действуют с 1 января 2011 г.

**.5 Статус элементов системы обязательного медицинского страхования: новый правовой режим фонда обязательного медицинского страхования**

Потребность создания эффективного финансового инструмента, обеспечивающего конституционные гарантии охраны здоровья граждан Российской Федерации, назрела уже давно. Ранее специалисты отмечали необходимость нормативного регулирования деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также финансирования мероприятий по охране здоровья граждан на региональном уровне.

Финансовая составляющая медицинской помощи сама по себе является важным вопросом, от своевременного и надлежащего решения которого зависит судьба механизма обязательного медицинского страхования. Неслучайно ученые-специалисты само содержание прав ставят в исключительную зависимость от объемов финансирования. Причем на проблемы в организации системы здравоохранения уже обращалось внимание в литературе, и в частности, проблемы недостаточного правового регулирования этой системы, в том числе правового статуса (полномочий) Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В доктринальных исследованиях Фонды, в том числе ФОМС, относят к так называемым учреждениям публичной власти, не являющимися государственными органами исполнительной власти, но обладающими частью их компетенции в отношении определенного круга лиц. В известном смысле речь идет о самостоятельной правосубъектности таких организаций, что не позволяет причислять их к органам единого публично-правового образования. Государство в таких случаях в определенных целях ограничивает свои властные полномочия, наделяя ими самостоятельные организации. Отличительной особенностью подобных юридических лиц является преимущественно публичный характер выполняемых ими функций и поставленных перед ними задач, успешная реализация которых образует материально-правовую основу для эффективной жизнедеятельности общества и государства.

К.А. Граве и Л.А. Лунц в свое время рассматривали экономическую природу страхования. Под страхованием в широком смысле слова ученые понимали прежде всего совокупность мероприятий по созданию ресурсов материальных и (или) денежных средств, за счет которых производится исправление вреда, восстановление потерь в общественном хозяйстве при стихийных бедствиях или несчастных случаях.

Отдельным и весьма значимым признаком выделения таких учреждений является их имущественная обособленность, относительная автономность в вопросах организации деятельности. Данное обстоятельство, как показано выше, исключает такие организации из системы органов исполнительной власти.

О.В. Гутников предлагает характеристику фондов с присущими такой организационно-правовой форме юридического лица признаками:

фонды относятся к некоммерческим организациям, т.е. не могут преследовать в качестве основной цели своей деятельности извлечение прибыли и распределение ее между учредителями;

фонды не являются членскими организациями;

фонды могут учреждаться как физическими, так и (или) юридическими лицами, а также публичными образованиями;

имущество фонда, необходимое для реализации уставных целей фонда, формируется за счет добровольных имущественных взносов;

фонды должны осуществлять социальные, благотворительные, культурные и иные общественно полезные цели;

фонд обязан публично вести свои дела;

фонд может быть ликвидирован, а устав фонда может быть изменен в особом порядке.

Фонд, по сути, представляет собой совокупность имущества, по аналогии с фондами денежных средств (государственных внебюджетных фондов), что с этой точки зрения не позволяет такие формы исполнения публичных обязанностей рассматривать в рамках деятельности органа исполнительной власти.

Как полагает Х.В. Пешкова, «Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и его территориальные аналоги, точнее, их бюджеты - составная часть бюджетного устройства современного российского государства».

В целом законодательство, используя термин «фонд», нередко ведет речь о фонде, понимая под ним способ аккумуляции денежных ресурсов, для использования в заранее определенных целях. Юридическая личность в таком механизме отходит на второй план либо вообще теряется на фоне значительного числа норм, регулирующих формирование денежных средств социального назначения. Неслучайным и вполне логичным в связи с этим выглядела разработка самостоятельного Федерального закона «О государственных социальных фондах», который принят и введен в действие в 2012 г.

Впрочем, по действующим в настоящий период учредительным документам Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации отнесен законодателем к специализированным финансово-кредитным учреждениям. Следует констатировать появление у Фонда не отраженных в основных документах, определяющих его деятельность полномочий, свойственных государственному органу, а не учреждению.

Закон об ОМС также закрепил за Фондом аналогичные полномочия. Фонд 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.

Такие выводы подтверждает в целом анализ нормативных актов, определяющих перечень их публично-властных полномочий, в том числе Фонда обязательного медицинского страхования и его территориальных фондов.

В частности, Фонд устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; осуществляет 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; осуществляет учетные функции (ведет реестр страховых медицинских и медицинских организаций, экспертов качества медицинской помощи, регистр застрахованных лиц).

Правовая природа фондов, которые создаются государством, определяют и природу денежных средств, которые признаются собственностью государства. Косвенно такой вывод подтверждает правовой статус имущества территориального фонда ОМС. Имущество такого фонда, приобретенное за счет средств обязательного медицинского страхования, является государственной собственностью соответствующего субъекта Федерации и используется территориальным фондом на праве оперативного управления.

В литературе отнесение денежных ресурсов фондов к собственности государства объясняется частноправовой моделью отношений из обязательного страхования, которая позволяет привлечь субсидиарного должника по обязательствам фонда в лице государства. Помимо прочего Федеральный фонд выполняет функции единого страховщика в системе обязательного медицинского страхования. При этом отдельные полномочия могут осуществлять территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации.

В заключение следует сказать, что единая организационно-финансовая модель ОМС на всех территориях способствует эффективности функционирования всей системы и ее элементов. С учетом важности обязательного медицинского страхования представляется разумным решение вопроса о включении страховых медицинских организаций в систему социальной защиты населения.

**3. Перспективы по совершенствованию обязательного медицинского страхования**

**.1 Перспективы по развитию системы медицинского страхования**

В современных условиях необходим принципиально новый подход к организации здравоохранения, гарантирующий право каждого гражданина на получение медицинской помощи, соответствующей уровню развития как страны в целом, так и отдельных ее регионов. Реализацию такого подхода может обеспечить система страховой медицины.

Как показывает мировой опыт, переход к страховой медицине является необходимым в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг, так как он обеспечивает, во-первых, гарантированность, доступность и высококачественность медицинских услуг (даже при неизбежном росте цен на них) для широких слоев населения; во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.

Системы дополнительного (добровольного) медицинского страхования при правильной их организации обеспечат не только улучшение качества обслуживания застрахованных по этим системам, но и будут содействовать развитию медицинских услуг для остальной части населения путем аккумуляции дополнительных финансовых ресурсов в системе здравоохранения.

Важным аргументом в пользу медицинского страхования является широкое распространение его в развитых странах мира, обеспечивающее высокий уровень медицинских услуг разным категориям граждан.

Введение принципов медицинского страхования предполагает перевод отрасли на рыночные отношения, при которых действуют жесткие экономические законы. Поэтому обязательным условием этого перевода является внедрение экономических методов хозяйствования в практику работы медицинских учреждений.

Социально-ответственная конкурентная медицина возможна только при параллельном существовании и развитии различных форм собственности, форм и методов организации хозяйственной деятельности, управления, источников механизмов финансирования медицинских учреждений, а также различных методов (плановых и рыночных) регулирования процессов, протекающих в сфере здравоохранения. Как показывает мировой опыт, существование альтернативных секторов в общенациональной системе здравоохранения служит основой и гарантией свободы выбора места и условий работы для медицинских работников, а также, безусловно, расширяет права больного на свободный, самостоятельный выбор врача, медицинского учреждения, вида медицинских услуг, в наибольшей мере соответствующих его интересам.

Формирование рынка медицинских услуг предполагает создание условий и предпосылок для реализации системы рыночных свобод и прав потребителей.

Важнейшей проблемой функционирования рынка медицинских услуг является проблема создания механизма ценообразования на услуги, предоставляемые учреждениями здравоохранения. Основным требованием рыночного механизма ценообразования является свободное формирование цен на основе договора производителя медицинских услуг (продавца) и покупателя. В этих условиях необходимо формирование продуманной государственной и региональной политики цен, учитывающей, что искусственное сдерживание, «замораживание» цен на услуги здравоохранения может привести к снижению качества и эффективности медицинской помощи населению.

Экономические преобразования, проводимые в нашей стране, перевод всей экономики на рыночные отношения, будут постепенно создавать необходимые предпосылки и условия для реализации основных положений реформы отрасли. Таким образом, глубина и масштабность предстоящих перемен диктует целесообразность постепенного внедрения в практику здравоохранения положений новой финансовой модели отрасти и их поэтапное освоение.

**.2 Перспективы совершенствования законодательства об обязательном страховании**

Основной целью госрегулирования страхового рынка России, в первую очередь, является защита интересов страхователей и государства, что может выражаться не только в контроле за финансовой устойчивостью и платежеспособностью страховщиков, но и в обеспечении постоянных налоговых и иных поступлений от страховой отрасли.

Страховщики как субъект регулирования ожидают, в первую очередь, не столько надзорных, сколько развивающих страховой рынок, действий. Министерство финансов Российской Федерации осуществляет надзор за страховым рынком. Функциями перспективного развития большинства отраслей, в том числе и страховой индустрии, занимается Министерство экономического развития и торговли.

Государство и законодательные органы планируют оказывать стимулирующее воздействие на страховой рынок только в том случае, если это будет входить в основную цель - защиту интересов страхователя и государственных интересов. К тому же, плохо сказывается разобщенность надзорного и развивающего качества, при том, что надзорные механизмы явно превалируют над стимулирующими. Тем не менее, стимулирующего влияния госрегулирования ожидать следует.

Какие же механизмы имеют для осуществления данного процесса органы власти в России? К механизмам стимулирующего влияния государства на рынок страховых следует отнести:

законодательное развитие обязательных видов страхования;

предоставление специальных налоговых режимов страхователям.

Законодательное развитие обязательных видов страхования как механизм увеличения показателей страховой деятельности в числе первых отмечен в Концепции развития страхового рынка в России в среднесрочной перспективе. Причем, его действие связано не столько с механическим увеличением оборота отрасли в силу принуждения к страхованию, сколько с доступом страховщиков к клиентской базе и дополнительной продажей полисов по добровольному страхованию. Типичным примером является обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств.

Правда, многие страховщики в последнее время задаются вопросом, смогут ли они пережить «критический» на 2-3 года период выплат по этому виду обязательного страхования и компенсируется ли это дополнительными продажами полисов по добровольным видам с низкой убыточностью (страхование имущества и от несчастного случая).

Предоставление специальных налоговых режимов страхователям пока предусматривает отнесение взносов по определенным видам страхования на себестоимость (полностью при страховании имущества, в установленных, явно недостаточных, размерах на личное страхование, и не предусмотренное для страхования ответственности).

Не проработаны механизмы предоставления налогового вычета для физических лиц в случае покупки полисов по долгосрочному (пенсионному) страхованию жизни, добровольному медицинскому и другим социально значимым видам страхования. Не предусмотрены возможности выбора между обязательной (государственной) и добровольными системами медицинского и пенсионного обеспечения. Именно в данном направлении на данный момент работают законодатели.

Несомненно, положительное влияние на госрегулирование окажет и процесс создания в рамках административной реформы в большей степени самостоятельного органа страхового надзора. Так, возможно будут разделены нормотворческие (правоустанавливающие) и надзорные (правоприменительные) функции министерств и ведомств, в том числе и Министерства финансов Российской Федерации. Планируется, что Департамент страхового надзора будет преобразован в самостоятельную структуру и, вероятно, в состав Минфина.

В соответствии с той же административной реформой разрабатывается законопроект «О саморегулируемых организациях», в том числе и на страховом рынке. Всероссийский союз страховщиков соответственно готов преобразоваться в саморегулируемую организацию с возможностью обязательного членства и расширением функций.

Предполагалось, что этот закон внесет Правительство Российской Федерации, но оно оказалось не готово к делегированию части функций саморегулируемым организациям. В этой связи, в последний день работы Государственной Думы более пятидесяти депутатов из разных фракций подписали этот закон и внесли его.

Всероссийский союз страховщиков полагает, что единственной альтернативой «заторможенным» механизмам государственного регулирования страхового рынка в России является внедрение механизмов саморегулирования.

Основное преимущество механизмов саморегулирования заключается в возможности выработки профессиональных стандартов качества оказания страховых услуг и повышения доверия со стороны страхователей. Кроме того, саморегулирование позволяет более гибко реагировать на потребности страхователей в более качественных страховых услугах.

Подчеркнем две новых области приложения этого метода регулирования:

Во-первых, в России существует более 40 видов обязательного страхования. Вместе с тем реализация основных направлений развития обязательного страхования, заложенных в Концепции, к которым относятся усиление контроля за проведением обязательного страхования; введение новых видов обязательного страхования, создания централизованных гарантийных фондов, представляется весьма проблематичным.

Это связано, прежде всего, с тем, что законопроект «Об осуществлении обязательного страхования на территории Российской Федерации», которому отводилась главная роль в регулировании обязательных видов страхования, был отклонен Правительством Российской Федерации, а в законопроекте «О внесении изменений и дополнений в закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации» лишь маленькая статья посвящена этому вопросу. Все это обуславливает изменения подхода к регулированию системы обязательного страхования.

Актуальность вопроса регулирования системы обязательных видов страхования также определяется тем, что в Гражданском кодексе Российской Федерации сказано, что «объекты, подлежащие обязательному страхованию, риски, от которых они должны быть застрахованы, и минимальные размеры страховых сумм определяются законом».

И здесь страховое сообщество, в том числе и орган страхового надзора попадает в юридическую коллизию. С одной стороны, вид страхования может называться обязательным, если о нем есть федеральный закон, на данный момент таких только 3 вида: обязательное медицинское страхование, обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств и обязательное страхование военнослужащих.

С другой стороны, более 40 видов страхования, которые введены «нестраховыми» законодательными актами, также нуждаются в определении положений, обеспечивающих равные условия осуществления и гарантии исполнения страховых услуг.

Вместе с тем, выход из данной тупиковой ситуации может быть найден при помощи механизмов саморегулирования. В основу регулирования системы обязательного страхования должен быть положен принцип обязательного членства в профессиональном объединении страховщиков с соблюдением стандартов профессиональной деятельности по конкретному виду страхования.

Всероссийский союз страховщиков уже предложил Минфину для введения системы саморегулирования создать рабочую группу, состоящую из представителей страхового сообщества и органа надзора, для определения перечня обязательных видов страхования, нуждающихся в регулировании.

После этого на уровне Минфина будет приниматься нормативный документ, который бы в целях соблюдения принципов обязательного страхования, мог осуществлять предписание страховщикам при осуществлении этого вида обязательного страхования обязательно быть членом объединения страховщиков, который имеет согласованный с Минфином пакет документов по данному виду обязательного страхования.

Исходя из этого, введение элементов саморегулирования в сектор обязательного страхования дает возможность систематизировать механизм регулирования более чем сорока разновидностей обязательного страхования и наиболее широко защитить интересы субъекта страхового дела.

Во-вторых, без создания профессионального объединения страховщиков с обязательным членством не обойтись при реформировании обязательного медицинского страхования. В силу специфики данного вида страхования страховщики единственные защищают интересы пациентов (страхователей) и выработка единых стандартов для определения качества страховщика просто необходима.

**Заключение**

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

Система медицинского страхования опирается на Федеральный Закон Российской Федерации «Об обязательном 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.

Основными проблемами развития медицинского страхования являются недостаточное финансирование и организация распределения финансовых ресурсов, также, не совсем точная нормативно-правовая база. Решение проблем возможно лишь точными целенаправленными действиями Правительства Российской Федерации, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения.

В сложившихся условиях существует два пути дальнейшего развития:

Первый - отказ от попытки создания механизма социального страхования и переход полностью на модель государственного социального обеспечения. Плюсы этого пути - ответственность конкретизирована - это только исполнительная власть, сокращается число посредников в цепочке финансирования и укорачивается путь прохождения финансовых средств. По опыту других стран очевидно, что государственное медицинское обеспечение - наиболее дешевая форма обеспечения доступности медицинских услуг для населения.

Второй - формирование механизма (а не формы) страхования, предполагающее изначально четкое разделение страховых и нестраховых обязательств, источников финансирования этих обязательств, организационных структур и ответственности между исполнительной властью и страховыми институтами, создание системы страховой статистики. И обязательное условие - вывод страховщиков из-под юрисдикции правительства.

Первый путь, как представляется, не будет принят из-за политических соображений - якобы потери статуса государства либерально-демократического типа.

Второй путь не будет реализован из-за экономических интересов всех участников современной схемы перераспределения средств. Причина - финансовые ресурсы. Для реализации страхового механизма нужны значительные средства: во-первых, для платежей за неработающих, если не отказаться от идеи их страхования; во-вторых, для финансирования содержания и технического оснащения всей государственной и муниципальной сети ЛПУ.

Кроме того, необходимо серьезное конкретизированное регулярное экономическое обоснование тарифной ставки на страхование. По оценке бывшего руководителя ФФОМС В.В. Гришина, она должна быть не ниже 8%.

Почему же ее до сих пор не выполнили? Потому, что итог такой работы известен. Повышать тариф не будут, тем более не будут устанавливать его дифференцированным по регионам. Сокращать же под имеющийся тариф Базовую программу в явном виде невозможно, разве только изъять из нее полностью стационарные услуги. Кроме того, добросовестное обоснование проявит совершенно очевидное - за неработающих (пенсионеров и детей) взнос должен быть на 20-30% выше, чем за работников. А как уже отмечалось, даже значительно меньший тариф треть регионов полностью не вносят.

В заключение вернемся к проблеме выбора - по какому пути двигаться, чтобы реализовать гарантированное право на доступность и с меньшими затратами. Все больше прихожу к убеждению, что предпочтительный вариант - государственное обеспечение.

Дело в том, что обязательное медицинское страхование, на мой взгляд, тупиковый путь развития медицины. На первом этапе его применение, безусловно, дает толчок развитию медицинской технологии, но имеет серьезные негативные стороны, которые проявляются в долгосрочном развитии. Рынок медицинских услуг будет не только стимулировать развитие новых технологий, но и спрос на них, и не всегда оправданный. Затраты на здравоохранение будут непрерывно расти.

Специфика «рынка медицинских услуг» не соответствует стандарту свободного конкурентного рынка, который характеризуют следующие черты:

а) проблема асимметрии информации у производителя и потребителя. Имеет место естественная монополия «продавца» (врача) как на знание состояния здоровья пациента, так и на методы лечения, т.е. на перечень медицинских услуг, необходимых пациенту. Пациента можно лечить до бесконечности, и проблема «избыточных» медицинских услуг уже достаточно серьезно беспокоит специалистов тех стран, где страхование существует давно.

б) проблема этического порядка заключается в том, что клятва Гиппократа уже представляется «обузой» для врачебного корпуса, и возникает потребность от нее отказаться. Этический характер имеет и то обстоятельство, что, по сути, модель страхования требует оценки стоимости человеческой жизни.

**Список использованной литературы**

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ) // КонсультантПлюс, 1992-2014.

2. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 №145-ФЗ (ред. от 28.12.2013) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2014) // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ (ред. от 02.11.2013) // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Федеральный закон от 16.07.1999 №165-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах обязательного социального страхования» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 N №857 (ред. от 04.02.2013) «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.02.2011 №74 «О правилах обязательного медицинского страхования» (утратило силу) // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 №1227 (ред. от 26.08.2013) «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (с изм. и доп., вступившими в силу с 21.01.2014) // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Приказ Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 №15н (ред. от 07.10.2013) «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.02.2011 №19661) // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 №1662-р (ред. от 08.08.2009) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // КонсультантПлюс, 1992-2014.

. Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: Учеб. пособие. М.: Дашков и Ко, 2011.

. Герасименко Л.В. Некоторые предпосылки правового статуса страховщика по медицинскому страхованию // Общество и право. 2011. №3. С. 12.

. Котлер Ф. Основы маркетинга. М.: Прогресс, 2012. С. 638.

. Капранова С.Ю. Страхование гражданской ответственности исполнителя медицинской услуги: Автореф. дис…. канд. юрид. наук. СПб., 2014.

. Каменева З.В. О правовой природе отношений пациентов с медицинскими организациями // Адвокат. 2013. №12. С. 38 - 41.

. Белов В.А. «Больной» вопрос: гражданские правоотношения с медицинскими организациями // Законодательство. 2013. №11. С. 6 - 12.

. Андреев Ю. Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика. М., 2012. С. 127.

. Вронская М.В. Институт права на охрану здоровья в системе социальной защиты граждан РФ // Социальное и пенсионное право. 2011. №2.

. Сергеев Ю.Д., Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Системный анализ в сфере медицинского права // Медицинское право. 2012. №4.

. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении // Журнал российского права. 2012. №2.

. Белых В.С., Кривошеев И.В. Страховое право. М., 2013.

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

. Стеценко В.Ю. Публично-правовые основы регулирования сферы здравоохранения в современной Украине // Административное право и процесс. 2013. №3.

. Ямпольская Ц.А. О теории административного договора (вместо рецензии) // Советское государство и право. 2012. №10. С. 134.

. Самошкин А. Обязательное медицинское страхование. Пути модернизации [Электронный ресурс] // URL: http://www.kreml.org.

|  |  |
| --- | --- |
| [**КНИЖНЫЙ МАГАЗИН**](http://учебники.информ2000.рф/chitai.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ТОВАРЫ для ХУДОЖНИКОВ и ДИЗАЙНЕРОВ**](http://учебники.информ2000.рф/kar.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**АУДИОЛЕКЦИИ**](http://учебники.информ2000.рф/lectr.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**IT-специалисты: ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**](http://учебники.информ2000.рф/otu.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ФИТНЕС на ДОМУ**](http://учебники.информ2000.рф/fit1.shtml) |  |