

О. В. ГАНИН, С. В. МЕЩЕРЯКОВА

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



**Тамбов
Издательство ФГБОУ ВПО «ТГТУ»
2014**

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Тамбовский государственный технический университет»

О. В. Ганин, С. В. Мещерякова

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Утверждено Учёным советом университета
в качестве учебного пособия для студентов,
обучающихся по направлению 030900 «Юриспруденция»,
магистрантов, аспирантов и преподавателей вузов*



Тамбов
Издательство ФГБОУ ВПО «ТГТУ»
2014

УДК 368.042(075.8)
ББК Х404.213.32я73
Г19

Рецензенты:

Кандидат юридических наук,
доцент, заведующий кафедрой «Гражданский и арбитражный процесс»
ФГБОУ ВПО «ТГУ им. Г. Р. Державина»
А. Д. Золотухин

Доктор юридических наук, профессор кафедры
«Трудовое и предпринимательское право» ФГБОУ ВПО «ТГТУ»
В. Г. Баев

Ганин, О. В.

Г19 Правовые основы медицинского страхования граждан Российской Федерации : учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению 030900 «Юриспруденция», магистрантов, аспирантов и преподавателей вузов / О. В. Ганин, С. В. Мещерякова. – Тамбов : Изд-во ФГБОУ ВПО «ТГТУ», 2014. – 80 с. – 100 экз.
ISBN 978-5-8265-1281-4

Позволяет обобщить и систематизировать знания по правовому обеспечению медицинского страхования в России.

Предназначено для студентов, обучающихся по направлению 030900 «Юриспруденция», магистрантов, аспирантов и преподавателей вузов, а также для читателей, имеющих устойчивый интерес к данной теме.

УДК 368.042(075.8)
ББК Х404.213.32я73

ISBN 978-5-8265-1281-4

© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тамбовский государственный технический университет» (ФГБОУ ВПО «ТГТУ»), 2014

ВВЕДЕНИЕ

Россия в последнее десятилетие переживает настоящий реформаторский бум: в той или иной степени успешно реформируются многие сферы деятельности – судебная реформа, военная реформа, реформа системы пенсионного обеспечения.

Здравоохранение не стало исключением. Самым масштабным изменением системы здравоохранения новейшего периода стало изменение принципов и структуры финансирования оказания медицинской помощи и перераспределение финансовых потоков. С правовой точки зрения произошёл переход от административного регулирования финансирования здравоохранения к регулированию нормами гражданского права. С точки зрения экономики и социального обеспечения российская система здравоохранения перестала быть полностью государственной и приобрела черты страховой медицины.

С 1993 года в нашей стране появилась новая модель здравоохранения, которая «предполагает целевой характер накопления и расходования финансовых средств на охрану здоровья и медицинского обслуживания населения, придаёт финансированию здравоохранения смешанный бюджетно-соцстраховый характер». Таким образом, появилась страховая система здравоохранения, при которой средства на здравоохранение формируются за счёт отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей.

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

Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. В идеале страховая медицина призвана обеспечивать за счёт своих источников финансирования качественную медицинскую помощь любому застрахованному лицу. В этом заключается социальная функция страховой медицины, так как периодичность платежей не соответствует периодичности обращения за медицинской помощью, реализуется так называемый накопительный принцип страхования; кроме того, установленная законодательством одинаковая для всех ставка отчислений на нужды страховой медицины формирует денежные средства, затрачиваемые на лечение в том числе социально незащищённых граждан, обеспечивая равные объём и качество медицинской и лекарственной помощи любому застрахованному.

Государственная медицина зачастую не обеспечивает необходимого качества медицинской помощи вследствие недостаточного бюджетного финансирования и неэффективного распределения имеющихся средств. Частная медицина доступна не всем. Поэтому в мире система медицинского страхования признана наиболее оптимальной формой организации оказания медицинской помощи.

1. ОБЩИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В толковом словаре С. И. Ожегова даётся следующее определение слову «страховать»:

«страховать – предотвращать материальные потери путём выплаты взносов учреждению, которое берёт на себя обязательство возместить возможный ущерб, понесённый в специально оговариваемых случаях» [26].

Социальное страхование – это система социальной защиты, задача которой – обеспечивать реализацию конституционного права экономически активных граждан на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, безработицы [31].

Обязательное социальное страхование – часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и(или) социального положения, в том числе по не зависящим от них обстоятельствам [42].

Обязательное социальное страхование в России состоит из 4 частей:

- обязательное страхование на случай временной нетрудоспособности (болезни) или материнства;
- обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- обязательное медицинское страхование;
- обязательное пенсионное страхование.

Финансовые средства аккумулируются и распределяются тремя фондами:

- Фонд обязательного социального страхования (ФСС)
- Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)
- Пенсионный фонд Российской Федерации (ПФР)

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) – один из государственных внебюджетных фондов, созданный для финансирования медицинского обслуживания граждан России. Создан 24 февраля 1993 г. постановлением Верховного Совета РФ № 4543-1.

Федеральный фонд ОМС осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постанов-

Ставки страховых взносов в фонды в 2013 году

База для начисления страховых взносов	Тариф страхового взноса		
	Пенсионный фонд Российской Федерации	Фонд социального страхования Российской Федерации	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
В пределах 568 000 р.	22,0%	2,9%	5,1%
Свыше 568 000 р.	10,0%	0,0%	0,0%

лениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и уставом Федерального фонда ОМС.

Положение о Фонде утверждено 24 февраля 1993 г., а 29 июля 1998 г. вместо него принят Устав Фонда.

Основными задачами Федерального фонда ОМС являются:

- финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счёт средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объёма и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- аккумулирование финансовых средств Федерального фонда ОМС для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд ОМС:

- осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

- разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

- осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумулирование финансовых средств Федерального фонда ОМС;

- выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

- осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

- осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;

- осуществляет в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

- вносит в установленном порядке предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

- участвует в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан;

- осуществляет сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования, и представляет соответствующие материалы в Правительство Российской Федерации;

- организует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, подготовку специалистов для системы обязательного медицинского страхования;

- изучает и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

- обеспечивает в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, организацию научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования;

- участвует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования;

- ежегодно в установленном порядке представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий год и о его исполнении.

Во исполнение установленных функций ФОМС осуществляет аккумуляцию финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС, выравнивание финансовых условий деятельности

ТФОМС в рамках базовой программы ОМС путем направления ТФОМС финансовых средств на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС, национальный проект «Здоровье», пилотный проект в субъектах Российской Федерации, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Расходование средств ФОМС осуществляется исключительно на цели, определённые законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утверждённым федеральным законом.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования создаются органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации и осуществляют свою деятельность в соответствии с Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утверждённым постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год».

По состоянию на 1 января 2013 г. в систему обязательного медицинского страхования Российской Федерации входят 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования.

Объекты и субъекты медицинского страхования. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (страховщик), медицинское учреждение.

Страховщик – это специальная организация (государственная или негосударственная), ведающая созданием и использованием денежного фонда. В медицинском страховании – это страховые медицинские организации – юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие право заниматься медицинским страхованием.

Страхователь – юридическое или физическое лицо, вносящее в названный фонд установленные платежи. В добровольном и обязательном медицинском страховании страхователи отличаются. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения – органы государственного управления республик, краёв, областей, городов, местная администрация; для работающего населения – предприятия, учреждения, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или предприятия и организации, представляющие интересы граждан.

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

Объектом обязательного медицинского страхования являются медицинские услуги, предусмотренные программами ОМС. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Ответственность страхователя

- за нарушение обязанности зарегистрироваться в качестве страхователя в Территориальном фонде ОМС идёт наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей;
- за нарушение установленных законодательством РФ о страховых взносах сроков представления расчёта по начисленным и уплаченным страховым взносам в органы государственных внебюджетных фондов, осуществляющие контроль за уплатой страховых взносов, идёт наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от трёхсот до пятисот рублей.

Договор медицинского страхования – медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между сторонами медицинского страхования. Условия договора медицинского страхования регулируются ст. 4 Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ».

Договор медицинского страхования должен содержать:

- наименование сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг, соответствующих программ обязательного и добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Из всего разнообразия форм организации здравоохранения по способу финансирования и организации платежей можно выделить три группы систем: государственные (бюджетные), системы социального страхования и частные.

Принцип построения частной медицины наиболее прост. Пациент непосредственно платит ЛПУ за оказанную ему медицинскую услугу. Следовательно, основой взаимоотношений здесь является частная сделка. Другие члены общества никакого участия в охране здоровья данного пациента не принимают. Однако частная медицина в чистом виде сейчас практически не встречается, поскольку отношения между врачом и пациентом всё равно регулируются государством в виде лицензирования медицинского обслуживания, аккредитации – предъявления определённых требований к качеству медицинского обслуживания, протекционистских законов, навязываемых ассоциациями врачей, и т.д. Тем не менее, определённые группы населения в ряде стран широко используют элементы платной частной медицины.

Частная медицина имеет ряд преимуществ: 1) заинтересованность врача в пациенте; 2) конкуренция врачей, что приводит к снижению стоимости услуг; 3) нацеленность на самое высокое качество медицинского обслуживания, на постоянное освоение новых услуг и новых рынков услуг; 4) полная свобода пациента в выборе врача; 5) неограниченные возможности оспорить действия врача в судебном порядке. Подсуден не только врач, который плохо лечит, но и предприятие, которое является виновником заболевания.

Вместе с тем также очевидны недостатки частной медицины: 1) из-за стремления врачей и ЛПУ к монополии отмечается постоянный рост цен на медицинские услуги; 2) у пациента может не хватить денег на сложные виды лечения; 3) недоступность для широких масс населения многих видов медицинских услуг. Более того, как показала практика развивающихся стран, при неуправляемом нарастании платности медицинской помощи, нагрузка на государственный бюджет возрастает. Это связано с тем, что фактор платёжеспособности всё больше определяет решение граждан по поводу первичного обращения к врачу. Люди просто вовремя не лечатся. При этом возрастает доля запущенных заболеваний, требующих дорогого стационарного лечения.

В России сектор частных клиник имеет ежегодный прирост на 12% по отношению к каждому предыдущему году. В США сегмент коммерческих клиник по отношению к государственным достигает 20%.¹

¹ <http://finatica.by/news/bjudzhetnaja-medicina-ili-chastnaja-chto-luchshe>.

Принцип построения бюджетного здравоохранения состоит в том, что государство собирает скрытые налоги в виде недоплаты заработной платы. Полученные деньги (без контроля со стороны пациентов) направляются в центральные органы управления здравоохранением (министерства), которые в свою очередь перераспределяют их по территориям. Там местные органы здравоохранения выделяют деньги ЛПУ, которые их тратят на лечение больных. Таким образом, идёт прямая государственная закупка услуг системы здравоохранения с последующим их бесплатным распределением. Государство в неявной форме выступает в качестве единственного страховщика всего населения, что создаёт государственную монополию. При этом значительно заниженные «условные цены» на медицинские услуги также определяет государство, которое является единственным покупателем медицинских услуг. Такая ситуация на рынке медицинских услуг приводит к продаже услуг по цене, меньшей, чем их себестоимость, и к постепенному обнищанию работников здравоохранения, которые в попытках выйти из бедственного положения начинают формировать новые каналы для оплаты производителей медицинских услуг (взятки, различные формы благодарностей и т.п.). Поскольку у пациента создаётся впечатление бесплатности медицинских услуг, то, естественно, возникают дефицит и очереди.

При страховом бюджетном здравоохранении налоги (реже страховые взносы) чётко определены, но они также сначала направляются в центр, а затем перераспределяются между регионами по решению центра или с учётом установленных нормативов.

Любое бюджетное здравоохранение создаёт впечатление о бесплатности и доступности здравоохранения для всех; при этом преимущество вроде бы имеют малооплачиваемые категории трудящихся. Однако недостатков у этой системы гораздо больше, чем достоинств: 1) пациент, как правило, не знает, сколько он платит за лечение, какова стоимость услуг; 2) клиент не знает, как тратятся его деньги, и сам не может влиять на их движение; 3) преимущество имеют не социально значимые пациенты, а те, которые стоят первыми в очереди на услугу и не работают; 4) возникает проблема неоправданных предпочтений («блата»), взяточничества (скрытых форм оплаты) и воровства услуг; 5) прогрессирует обнищание медицины; 6) формируется очередь на лечение, которая объективно возникает из-за «бесплатности», роста стоимости набора услуг без изменения цены [23].

Принципы организации добровольного медицинского страхования

В последние годы и ДМС, и государственные программы медицинской помощи Европе развивались особенно быстро. В ряде стран эти две ветви МС действуют, как взаимодополняющие системы для покрытия расходов на лечение заболевших. Более того, хотя государственным программам МС придаётся всё большее значение, частное МС продолжает развиваться, адаптируясь к изменениям требованиям к качеству медицинской помощи. Неудивительно, что быстрые изменения демографических, социальных и экономических условий жизни привели к появлению ряда

нормативных актов, приспособляющих страхование к широкой вариативности этих показателей.

Частное страхование широко распространено в тех странах (например, в Японии), где ОМС не обеспечивает общедоступности медицинской помощи. В одних государствах оно играет второстепенную роль (Португалия, Испания), в других (ФРГ и Нидерланды) оно имеет гораздо большее значение. Но благодаря постоянному совершенствованию медицины и параллельному увеличению спроса на медицинские услуги, его значимость повсеместно растёт. В связи с этим формируется потребность населения большинства стран в индивидуальном обеспечении медицинскими услугами, которое предлагают уже частные страховщики. Поскольку частные страховщики способны гибко и оперативно отвечать на возникающие потребности, они, прежде всего, очень ответственно относятся к своим клиентам, и потому вносят большой вклад в жизненно важную задачу обуздания роста цен в здравоохранении.

Частные страховщики ищут способы удовлетворения индивидуальных запросов клиентов путём предложения каждому на выбор персонализированного обеспечения: программы, обеспечивающие полное покрытие, или, что чаще, покрытие, дополняющее выплаты по государственным программам МС. Поэтому частное страхование обычно занимает определённое место в государственных программах по обеспечению базового обслуживания отдельных групп населения.

В чём же заключаются преимущества ДМС?

- **Во-первых, это высококачественный сервис:** приём и госпитализация вне очереди, госпитализация в палаты повышенной комфортности, оплата дорогостоящих методов исследования и лечения, возможность согласовать место и время врачебного приёма по телефону, возможность выбора лечащего врача.

- **Во-вторых, организацию медицинской помощи осуществляет страховая компания.** Она предоставляет круглосуточный канал телефонной связи для застрахованных лиц, помощь в выборе медицинского учреждения, возможность привлечения медицинских консультантов высокого уровня, предоставление неотложной медицинской помощи, в том числе в выходные и праздничные дни.

- **В-третьих, гарантирование прав пациента.** Страховая компания обеспечивает соблюдение прав пациента, контролирует качество медицинской помощи не после лечения (как в системе ОМС), а непосредственно в ходе лечения.

Медицинские учреждения материально мотивированы уделять повышенное внимание пациентам с полисами ДМС поскольку, во-первых, оплата лечения производится не по утверждённым государством тарифам (как в системе ОМС), а на основе договорных цен, т.е. в условиях учёта реальных затрат медицинского учреждения на оказание медицинской помощи, и, во-вторых, использование средств, заработанных таким путём медицинским учреждением, не регламентировано так жёстко, как в системе ОМС.

Поэтому полученные по ДМС средства медицинские учреждения имеют возможность направлять на решение наиболее острых проблем – ремонт кабинетов врачей и больничных палат, закупка современного оборудования и пр.

Программа добровольного медицинского страхования предполагает и существенную денежную экономию: владельцу полиса ДМС не назначат ненужного лечения и не станут вытягивать из него дополнительных денег. Страхователь, оплативший полис на весь срок его действия, застрахован от повышения тарифов на медицинские услуги.

Также позитивным моментом является высокое качество услуг при добровольном медицинском страховании, которое непрерывно курируется экспертами компании-страховщика. А если спорные моменты все же возникают – страховая компания всегда стоит на страже интересов граждан.²

Одна из важнейших социальных функций общества – защита тех слоёв населения, которые не могут сами обеспечить себя по возрасту, состоянию здоровья или по другой причине снижения жизнеспособности. Статья 25 Декларации прав человека гласит: современное правовое государство обязано гарантировать право каждому гражданину на такой уровень жизни, который учитывает обеспеченность людей едой, одеждой, жильём, медицинским обслуживанием в количестве, необходимом для поддержания здоровья, и право на социальное обеспечение в случае безработицы, болезни, овдовения, старости и других случаев потери средств к существованию по не зависящим от человека обстоятельствам [19].

Чтобы обеспечить такую защиту, государство должно, прежде всего, в законодательном порядке установить социальные гарантии и механизм выполнения этих гарантий. Кроме государства, социальную защиту обеспечивают предприятия (предприниматели), сами наёмные работники и их профсоюзные организации. В системе социальной защиты важнейшим элементом является социальное страхование. В состав социального страхования входят пенсионное страхование, медицинское страхование, от безработицы, от несчастных случаев на производстве.

В развитых странах пенсионное и медицинское страхование осуществляется путём отчислений от заработной платы и прибыли предприятий. В США это составляет 7,5%, в Швеции социальные фонды формируются полностью за счёт государства. Средства этих фондов управляются специальными советами, куда входят представители рабочих и предприниматели.

Несмотря на то, что нуждающиеся крайне невыгодны для страховщиков, все государства стремятся обязать страховые компании заниматься их страхованием, поскольку эффективность использования средств в страховых системах значительно выше, чем в бюджетных.

² <http://medstrahovka.ru/knowledge/advantage.html>.

3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Для того чтобы понять особенности современной системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации, необходимо обратиться к истории данного явления.

История медицинского страхования в современной России насчитывает около 20 лет. За это время медстрахование успело завоевать и популярность, и накопить проблемы.

Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни имеет довольно давнюю традицию. Ещё в Древней Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получения травмы, утраты трудоспособности вследствие длительного заболевания или увечья.

В средние века защитой населения в случае болезни или наступления инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь.

Однако форму медицинского страхования социальная помощь при болезни приобрела только во второй половине XIX в. Именно в это время начало активно проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важнейших результатов действия которого стало создание во многих европейских странах страховых больничных касс.

Пионерами в области больничного страхования выступили Англия и Германия. Именно в Германии в 1883 г. был издан первый государственный закон об обязательном больничном страховании рабочих.

Что касается отечественного опыта, то становление системы помощи населению при болезни в России связывается, в первую очередь, с развитием в конце XIX в. земской медицины, дотируемой за счёт казны, ассигнований губернских и уездных властей. Однако медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения – главным образом, в силу непродолжительности периода пореформенного капиталистического развития и аграрного характера страны [28].

Прообраз того, что сегодня принято называть страхованием сотрудников, впервые появился в 1827 г. в Санкт-Петербурге. В то время рабочие отдельных предприятий инициировали создание общества взаимопомощи. Участники вносили регулярные взносы в бюджет общества, в то время как владельцы фабрик и заводов в этом не участвовали. Если в результате несчастного случая на производстве рабочий становился нетрудоспособен, он получал из собранных средств помощь. В случае гибели,

выплаты шли в пользу семьи участника общества. Этот принцип лёг в основу первых больничных касс, которые появились во второй половине XIX в.

Позднее, в 1842 г., в крупных периодических изданиях было напечатано объявление, которое обязывало всех граждан, принадлежавших к 4 и 5 разрядам (землекопы, дворники, лакеи, печники и т.д.), заплатить по 60 копеек. Взамен они получали право проходить лечение в городских больницах в течение одного года. А вот регулярные взносы за приказчиков, поваров, буфетчиков и садовников должны были делать их наниматели.

Вскоре стало понятно, что символические 60 копеек с человека даже частично не покрывают фактические расходы на лечение. Поэтому в период правления Александра II тарифы были подняты до 1 рубля. Ещё 1 рубль за каждого работника должны были вносить наниматели.

С 1870 года взнос должны были выплачивать абсолютно все граждане, вне зависимости от социального положения и достатка. Это касалось, в том числе, дворян и купцов, которые никогда не лечились в городских больницах, а наблюдались у частных докторов. Таким образом, появилось обязательное медицинское страхование – минимально необходимый перечень медицинских услуг, которыми мог воспользоваться абсолютно каждый. Такие черты присущи этому виду страхования и по сей день.

Переломным моментом в практике медицинского страхования принято считать 1861 г., когда вступил в действие первый нормативный акт, устанавливающий стандарты обязательного страхования для казённых горных заводов. Он потребовал учреждения при заводах вспомогательных касс. Они занимались выдачей пособий по временной нетрудоспособности, вызванной несчастными случаями, а также выплатой пенсий и компенсаций семьям рабочих в случае гибели кормильцев. Спустя некоторое время появилось дополнение, предписывающее управляющим основывать на предприятиях больницы.

Следующий этап эволюции трудовых отношений начался 2 июня 1903 г., когда в Российской империи были утверждены правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности.

Правила обязывали владельцев предприятий вознаграждать рабочих, без различия их пола и возраста, за утрату больше чем на три дня трудоспособности от телесного повреждения, причинённого им во время производства работ на предприятии. В случае смерти работника при тех же условиях право на вознаграждение возникало у членов его семьи.

Вознаграждение производилось в виде пособий и пенсий. Пособия назначались со дня несчастного случая по день восстановления трудоспособности или признания постоянной её утраты. Размер пособия составлял половину действительного заработка потерпевшего.

Пенсии назначались в случаях постоянной утраты трудоспособности. Величина пенсии рассчитывалась так: при полной утрате трудоспособности пенсия назначалась в размере 2/3 годового содержания потерпевшего, а при неполной – в уменьшенном размере, который определялся соответственно степени потери трудоспособности потерпевшего.

По тем временам это был один из наиболее существенных законодательных актов, регулирующих отношения рабочих и предпринимателей. Впервые российские рабочие получили право требовать хотя бы какую-то компенсацию в случае травмы, полученной на производстве. Вместе с тем по-прежнему не вводилось никаких мер, защищающих рабочих на случай болезни.

В 1912 году III Государственная Дума одобрила Закон «О страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев». Этот документ стал преемником правил 1903 г., но он кардинально отличался от них по содержанию. Помимо выплаты пособий по утрате трудоспособности или смерти, закон обязал предпринимателей оплачивать медицинские услуги, оказываемые участникам вспомогательных касс. В том числе – скорую медицинскую помощь, амбулаторное лечение, пребывание на стационаре, а также родовспоможение. Самое интересное, что по набору услуг такое страхование сотрудников во многом напоминает базовые программы современного добровольного медицинского страхования (ДМС). К 1916 году в России уже существовало 2403 больничные кассы, насчитывавшие 1961 тыс. членов.

События 1917 г. кардинально изменили подход к медстрахованию. Более того, из нормативных актов надолго исчез сам термин «страхование»: его сменило словосочетание «социальное обеспечение», гораздо больше соответствующее мировоззрению того времени. При советской власти медицинское обслуживание стало одинаково доступным для всех слоёв населения, а расходы на него полностью взяло на себя государство. Но у такого подхода была и обратная сторона – низкое качество обслуживания, недостаточное финансирование медицинских учреждений, которое осуществлялось по остаточному принципу.

В новой России медицинское страхование получило право на существование с принятием Закона РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Этот Закон применялся вплоть до текущего года, но сейчас утратил силу.

С 1993 года медицинское страхование существует в двух формах: обязательное и добровольное. Обязательное медицинское страхование является частью системы социального страхования государства. Добровольное представляет собой самостоятельный вид медицинского страхования, служащий дополнением к обязательному.³

³ <http://www.strahyi.ru/material/istoriya-medicinskogo-strahovaniya-v-rossii>.

До перехода на медицинское страхование существовало жёсткое бюджетное финансирование, не отвечающее повышенным потребностям населения. В связи с внедрением принципов медицинского страхования в стране была практически пересмотрена система финансирования как отрасли в целом, так и отдельных медицинских учреждений.

В настоящее время источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

1. Бюджетные средства – средства федерального бюджета, бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов, т.е. бюджетов всех уровней

2. Средства системы ОМС, поступающие от государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов

3. Внебюджетные средства – средства добровольного медицинского страхования (ДМС), личные средства граждан, безвозмездные и(или) благотворительные взносы и пожертвования, доходы от ценных бумаг, кредиты банков и других кредиторов и др.

Финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения. Средства государственной, муниципальной систем здравоохранения – это средства, поступающие из местных бюджетов и государственного бюджета в учреждения государственной системы здравоохранения.

Перечень всех учреждений и мероприятий, финансируемых из бюджета, указан в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» [43].

Из федерального бюджета финансируются все Федеральные центры и научно-исследовательские институты, федеральные реабилитационные центры, федеральные целевые программы («Вакцино-профилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулёзом в России», «АнтиВИЧ/СПИД», «Дети России» и многие другие).

Из бюджетов субъектов Федерации и муниципальных бюджетов финансируются: специализированные диспансеры: противотуберкулёзные, психоневрологические, кожно-венерологические, наркологические и другие; дома ребёнка, детские санатории, центры по профилактике и лечению СПИДа, станции скорой медицинской помощи, переливания крови, бюро судмедэкспертизы, патолого-анатомические бюро, центры медицинской профилактики, врачебно-физкультурные диспансеры; участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты, хосписы, больницы сестринского ухода отделения экстренной медицинской помощи областных больниц (санитарная авиация); медицинская помощь при врождённых пороках развития, профессиональная подготовка и переподготовка кадров; приоб-

ретение дорогостоящего медицинского оборудования; финансирование дорогостоящих видов диагностики и лечение, научные исследования; бесплатное льготное обеспечение лекарствами граждан и др.

К сожалению, государство не может обеспечить достойное бюджетное финансирование здравоохранения.

Средства системы обязательного медицинского страхования – это средства, поступающие из страховых медицинских организаций. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования предназначены для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и формируются за счёт отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. В большинстве зарубежных стран с развитой системой обязательного медицинского страхования существует три основных источника финансирования обязательного медицинского страхования:

- 1) отчисления из бюджета;
- 2) средства предпринимателей;
- 3) личные средства граждан.

В России финансовые средства системы обязательного медицинского страхования формируются из двух источников:

- 1) платежи из бюджета;
- 2) отчисления предприятий, организаций и других юридических лиц в фонд обязательного медицинского страхования в размере 5,1% от начисленной заработной платы.

Средства поступают через банки в фонды обязательного медицинского страхования от страхователей, которые обязаны в этих фондах зарегистрироваться в качестве плательщиков страховых взносов. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов других фондов и изъятию на другие цели не подлежат. Порядок сбора страховых взносов на обязательное медицинское страхование разрабатывается Правительством РФ и утверждается высшим законодательным органом.

Федеральный и территориальный фонды ОМС освобождаются от уплаты налогов по доходам от основной деятельности.

Территориальные фонды финансируют страховые медицинские организации, расположенные на соответствующей территории, в которых для обеспечения стабильности страховой деятельности могут создаваться резервные фонды. Страховые медицинские организации обязаны осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе. На страховые медицинские организации распространяется действующее на территории РФ законодательство по налогообложению.

С 1 января 2013 г. осуществлён переход на полный тариф оплаты медицинской помощи. В условиях прежнего законодательства система обя-

зательного медицинского страхования частично обеспечивала затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи: расходы на заработную плату с начислениями, больничное питание, приобретение медикаментов и расходных материалов. В условиях полного тарифа за счёт средств ОМС покрываются все статьи расходов медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, за исключением капитального строительства и дорогостоящего оборудования, которые, как и ранее, обеспечиваются за счёт средств соответствующих бюджетов.

С 2013 года в базовую программу ОМС включена скорая медицинская помощь. При этом принципы оказания скорой медицинской помощи остаются прежними – всем нуждающимся, бесплатно и безотлагательно – и финансовое обеспечение этого вида помощи осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования всем застрахованным по ОМС лицам, незастрахованным – за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации, с учётом результатов деятельности соответствующих медицинских организаций.

Также с 2013 г. расходы по финансовому обеспечению мероприятий по диспансеризации определённых групп населения и дополнительной медицинской помощи, оказываемой медицинскими работниками первичного звена здравоохранения, осуществляются за счёт средств обязательного медицинского страхования, выделяемых ФОМС на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования субъектам Российской Федерации.

В 2012 году на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направлено в регионы 641 млрд. р., в том числе из нормированного страхового запаса – 29 млрд. р. В 2013 году в бюджете на эти цели предусмотрено в 1,5 раза больше средств – 985 млрд. р. Для сравнения: в 2011 г. уровень финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования составлял 581 млрд. р.

Новацией нового бюджетного периода является переход российского здравоохранения в 2013 г. с бюджетно-страхового на одноканальное финансирование, полностью основанное на тарифах обязательного медицинского страхования (ОМС). Переход на одноканальное финансирование приведёт к росту доходов лечебных учреждений и зарплат медицинского персонала. Кроме того, в рамках программы модернизации здравоохранения в России будут разработаны новые, единые для всех территорий стандарты лечения и тарифы на них, которые будут выше существующих. Это позволит гражданам получать качественную медпомощь вне зависимости от места проживания.

4. МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Страховая медицинская организация (СМО) – юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование и имеющее на это соответствующую лицензию. В России, согласно действующему законодательству, основными задачами СМО являются организация и финансирование медицинской помощи застрахованным гражданам, осуществление контроля за объёмом, сроками и качеством медицинских и иных услуг, предоставляемых в соответствии с условиями договора медицинского страхования.

Крупнейшими страховыми медицинскими организациями на начало 2012 г. являлись «МАКС-М» (14% рынка), «РОСНО-МС» (12% рынка), «СОГАЗ-Мед» (9% рынка), «Росгосстрах-Медицина» (6% рынка) и «Капитал Медицинское страхование» (5% рынка ОМС)⁴.

Существуют два типа МСК: акционерные и общественные компании. **Акционерные компании** принадлежат людям, имеющим акции (акционерам). Если в конце года компания имеет какой-то доход, он идёт акционерам, т.е. деньги поступают людям, которые могут и не быть застрахованными этой компанией. Во всех развитых странах акционерные страховые общества служат основой страховой системы. Акционерные компании могут быть *закрытого* типа (количество акций ограничено и они принадлежат незначительному числу лиц) и *открытого* типа (допускается выпуск дополнительного числа акций и продажа их другим лицам, что помогает собирать нужные средства). *Общественные (общие) компании* не принадлежат акционерам. Если в конце года компания имеет прибыль, она идёт владельцам полисов. В первом случае акционеры выбирают совет директоров, во втором – он выбирается голосованием владельцев полисов. Распорядителями собственности страховых организаций являются *попечительские* советы (советы директоров или акционеров), являющиеся посредниками между страховыми организациями и их клиентами и выступающие гарантами выполнения обязательств.

Высшим органом АО является общее собрание акционеров, которое правомочно, если в нём участвуют акционеры, имеющие в соответствии с уставом больше 60% голосов. Решения об изменении устава, о прекращении деятельности общества, создании и ликвидации филиалов с правами юридического лица принимаются квалифицированным (3/4) большинством, а остальные – простым большинством голосов присутствующих.

Учредительными документами акционерного общества являются: заявка на регистрацию, протокол учредительного собрания (кроме случаев, когда у общества один учредитель), устав общества. Заявка на регистрацию общества содержит: наименование общества, его местонахождение, цель

⁴ Топ 50 медицинских страховщиков в 2012 году по данным ФСФР.

создания и вид деятельности, ответственность акционеров, уставной капитал, наименование (имя), местонахождение (местожительство), гражданство учредителей и количество приобретаемых ими акций. Заявка, являющаяся формальным договором между учредителями, подписывается ими.

Устав акционерного общества должен содержать его основные характеристики: вид общества; предмет и цели его деятельности; состав учредителей; фирменное наименование и местонахождение; размер уставного капитала; сведения о категориях выпускаемых акций и других ценных бумаг, их номинальной стоимости, соотношений акций различных категорий; последствия неисполнения обязательств по выкупу акций; порядок распределения прибыли и возмещения убытков; структура и компетенция органов управления обществом и порядок принятия ими решений, в том числе перечень вопросов, которые решаются квалифицированным большинством голосов. Устав утверждается учредительным собранием акционерного общества.

Важное уставное требование к акционерным страховым обществам заключается в том, что страховая деятельность не может сочетаться ни с какой другой (кроме инвестирования средств в установленной форме).

Уставный фонд общества закрытого типа создаётся за счёт взносов учредителей, а общества открытого типа – путём обмена взносов на акции для учредителей и приглашённых ими к участию в обществе акционеров. Учредители и акционеры общества могут осуществлять свои взносы в виде:

- денежных средств (в рублях и иностранной валюте);
- различных видов имущества (здания, сооружения, оборудование и т.д.);
- прав пользования землёй, водой и другими природными ресурсами, зданиями, сооружениями, оборудованием;
- иных имущественных прав (в том числе на интеллектуальную собственность, «ноу-хау» и т.д.).

Лицензирование МС осуществляется Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью. Для получения лицензии на МС страховая организация обращается в страховой надзор с заявлением установленной формы, в котором указывается наименование и адрес страховой организации, лицензируемые виды деятельности; территория, на которой будет проводиться страхование; наименование и адрес банка, в котором открыты счета страховой организации. К заявлению прилагаются: а) устав; б) копия свидетельства о регистрации; справка кредитного учреждения о размере оплаченного уставного фонда, наличии средств на счёте организации, в том числе запасных, резервных и других фондов; г) бизнес-план на 3 года по медицинскому страхованию, содержащий: прогноз развития страховых операций (с указанием количества полисов, суммы страховых взносов, суммы страховых выплат, размеров резервных и страховых фондов, предполагаемого размера прибыли, затрат на ведение

страховой деятельности, максимальной страховой ответственности по определённому риску); расчёт страховых тарифов; е) план размещения страховых резервов; ж) баланс страховой организации на момент подачи документов на лицензирование; з) правила страхования с образцами форм договоров (полисов).

Управляет акционерной страховой компанией **наблюдательный совет** (совет директоров), осуществляющий надзор за деятельностью управления страхового общества. Избирается он на общем собрании акционеров (или учредителей) из их числа в составе 5 – 7 человек. Порядок работы наблюдательного совета определяется уставом страховой компании. При совете директоров может быть создана группа **советников-консультантов** – постоянно действующий совещательный орган при руководстве страховой компании из числа работающих и специалистов, привлечённых для решения наиболее важных вопросов в деятельности страховой компании. **Правление** (административный отдел) осуществляет текущую работу компании.

Структура МСК может варьироваться. Обычно в составе достаточно крупной МСК имеется отдел **методологии и новых видов** страхования, **международный** отдел (отдел внешних связей), отдел **рекламы и маркетинга**, группа стратегического **планирования**, **коммерческий** отдел, **экспертный** отдел и т.д. Если МСК занимается и добровольным, и обязательным медицинским страхованием, то в ней в отделе сбыта, как правило, имеются: 1) подразделение обязательного страхования, в задачи которого входит заключение договоров с предприятиями и лечебными учреждениями, учёт платежей, выплата страховых платежей, расчёты с лечебными учреждениями; 2) подразделение добровольного медицинского страхования, которое имеет аналогичные функции и дополнительно выявляет и предоставляет новые виды лечения, профилактики и реабилитации; 3) группа страхования лекарственной помощи.

Каждая МСК, чтобы обеспечить свою финансовую устойчивость, должна иметь фонды и резервы, а также перестраховывать свои риски. В МСК имеются основной счёт, средства запасного фонда, резерв взносов по уровню заболеваемости, касса, основные средства. Нередко часть средств, полученных от клиента, МСК пускает в оборот, и прибыль также идёт на оплату лечения клиентов, что существенно снижает размер страхового взноса. Тем самым реализуется принцип: здоровый платит за больного, а качественное медицинское обслуживание становится доступным широким слоям населения. Если организация работает на основе вмененных издержек (простое воспроизводство), то она является некоммерческой и не может самостоятельно развиваться, ей нужны инвестиции из других источников.

В МСО создаётся резервный (страховой) фонд в размере, установленном учредительными документами, но не менее 15% от уставного

фонда. Фонд создаётся путём ежегодных отчислений, величина которых не может быть менее 5% от чистой прибыли.

Финансовая структура МСО имеет следующий вид. К сумме взносов прибавляются доходы от коммерческой деятельности и вычитаются накладные расходы (например, комиссионные страховых агентов, расходы на ведение дела), налоги, страховые платежи. В результате остаётся страховой доход. Суммарный инвестиционный доход состоит из страхового дохода, остатков резервного и страхового фондов. Из сумм инвестиционных доходов вычитаются инвестиционные расходы и получается чистая инвестиционная прибыль.

5. СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС)

1. Понятие обязательного медицинского страхования

Правовая природа медицинского страхования заложена ст. 970 ГК РФ, по ряду видов страхования, включая медицинское, отсылает к специальным законам, которые могут устанавливать нормы иные, чем предусмотренные в гл. 48 ГК РФ. Таковым специальным законом на данный момент является Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В отличие от классических видов страхования, при медицинском страховании выплата производится не в денежной а в натуральной форме, в виде пакета медицинских и иных услуг, оплаченных страховщиком. Выгодоприобретатель (застрахованный) является потребителем страховой и одновременно медицинской услуги.

Медицинское страхование в РФ осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование (ОМС), являясь составной частью государственного социального страхования, обеспечивает всем гражданам минимально гарантированный объём бесплатной медицинской и лекарственной помощи.

Функционально ОМС можно определить как деятельность по защите здоровья населения, проводимую государством с целью оказания медицинской помощи при наступлении страховых случаев за счёт накопленных денежных средств.

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заложил основы ОМС в Российской Федерации.

В России ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создаёт специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на ОМС. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС. Так реализуются принципы обязательного страхования: богатый платит за бедного, здоровый – за больного.

Перед системой ОМС стоят три основные задачи:

1) обеспечение равных возможностей получения медицинской помощи для всех жителей территории;

- 2) обеспечение финансовой устойчивости;
- 3) полный охват страхованием населения Российской Федерации.

Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставления за счёт собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. ОМС является частью системы государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. Также благодаря системе ОМС осуществляется дополнительное к бюджетным ассигнованиям финансирование здравоохранения и оплаты медицинских услуг. Необходимо отметить, что возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы – социального страхования и не является предметом ОМС.

Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты граждан в условиях перехода экономики страны к рыночным отношениям и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объёма и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения. Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ.

2. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования используются во всех взаимоотношениях, которые возникают между субъектами и участниками. В Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» такие принципы законодательно закреплены не были.

Первым назван принцип обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая. По сути, тем самым раскрывается всеобщий характер обязательного медицинского страхования, отражённый в ст. 41 Конституции РФ. Соблюдение названного принципа гарантирует каждому нуждающемуся человеку безвозмездное получение определённых видов медицинской помощи. Бесплатно оказывается медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (организациями) осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности (подробнее см. Правила предоставления платных медицинских услуг, утверждённые постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27).

Ограничен перечень медицинских услуг, которые медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения могут оказывать на платной основе.

На платной основе не может оказываться экстренная медицинская помощь, которая всегда предоставляется бесплатно.

Вторым принципом является принцип устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования. Он означает, что наличие эффективных экономических рычагов, с помощью которых государство обеспечивает беспрерывное и своевременное финансирование обязательств в рамках отношений обязательного медицинского страхования, в частности, по своевременному перечислению из бюджета денежных средств и медицинским организациям. По сути, финансовая система обязательного медицинского страхования провозглашена автономной.

Устойчивость и стабильность финансовой системы обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования.

Третьим принципом назван принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Как и любое страхование, обязательное медицинское страхование обеспечивается главным образом за счёт средств, которые страховщик получает от страхователей. Размеры страховых взносов на обязательное медицинское страхование установлены Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ.

Четвёртым принципом является государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков. Государство обеспечивает соблюдение прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Принцип реализуется в установленные сроки вне зависимости от финансового положения страховщика, т.е. от количества денежных средств, находящихся на его счетах.

Пятый принцип – принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, предполагает соответствие оказываемой медицинской помощи определённым общеустановленным критериям. Общедоступность должна, в первую очередь, обеспечиваться наличием разветвлённой сети разнопрофильных медицинских учреждений, имеющих достойную материальную базу и возможность принимать пациентов. Качество медицинской помощи оценивается по стандартам медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, об условиях предоставления и получения медицинских услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Шестой принцип – паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского

страхования, означает равенство прав, предоставленных застрахованным лицам, страхователям, ФФОМС, территориальным фондам, страховым медицинским организациям, медицинским организациям. Никто из них не может быть ущемлён в правах, равно как ни на кого не могут быть возложены дополнительные обязанности, помимо установленных законом или соглашением сторон. В частности, ТФОМС не может освободить конкретную медицинскую страховую организацию от предоставления сведений в рамках системы персонифицированного учёта в порядке ч. 1 ст. 48 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или потребовать от конкретной медицинской страховой организации предоставить дополнительные сведения, не предусмотренные законом.

Никому не могут быть предоставлены преимущества перед другими субъектами и участниками обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счёт обязательных целевых платежей различных категорий страхователей.

3. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

В отличие от ранее действовавшего законодательства, в Законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» проводится отличие круга «субъектов обязательного медицинского страхования» и «участников обязательного медицинского страхования». В ранее действовавшем Законе РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 в качестве субъектов медицинского страхования назывались «гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение» (ст. 2). Предполагалось, что субъекты одновременно являются участниками обязательного медицинского страхования.

И субъекты, и участники обязательного медицинского страхования участвуют в отношениях по обязательному медицинскому страхованию и при этом имеют свою определённую роль и свой круг полномочий.

Основными непосредственно действующими лицами обязательного медицинского страхования являются субъекты. Пожалуй, основным отличием субъектов от участников является то, что правовое положение субъектов строго определяется законом и их состав является обязательным. Наличие страховщика, страхователя и застрахованного лица является «классикой» модели любого обязательного страхования.

Между участниками обязательного медицинского страхования заключаются договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В частности, к застрахованным лицам отнесены работающие и неработающие граждане РФ. Установлено, что постоянно или временно проживающие на территории России иностранные граждане и лица без гражд-

данства имеют такие же права и обязанности в системе обязательного медицинского страхования, как и граждане РФ.

Участниками могут быть юридические лица, создаваемые и действующие на основании действующего законодательства и выполняющие «вспомогательные» функции в рамках обязательного медицинского страхования.

Единым страховщиком в системе обязательного медицинского страхования назван Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Отдельные полномочия страховщика осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, которые имеют статус участников.

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются:

- для неработающего населения страхователями – органы исполнительной власти субъектов РФ;

- для работающего населения страхователями являются работодатели, к числу которых относятся организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, нотариусы, занимающиеся частной практикой, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации также являются полноправными участниками системы обязательного медицинского страхования. К числу медицинских учреждений относятся:

- лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские институты, медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь;

- индивидуальные предпринимателя, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно (частнопрактикующие врачи, которые могут иметь свой персонал, врачебные кабинеты).

К медицинским организациям относятся лепрозории, центры по профилактике и борьбе с синдромом приобретённого иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центры медицинской профилактики, врачебно-физкультурные диспансеры, центры профессиональной патологии, санатории, станции переливания крови, центры крови, центры планирования семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков, дома (больницы) сестринского ухода, хосписы, молочные кухни и прочие медицинские организации.

4. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

Законодательство определяет виды договоров в сфере ОМС, а также основополагающий принцип заключения и действия этих договоров – реализация права застрахованного лица на бесплатное оказание медицин-

ской помощи по ОМС. Другими словами, договоры в сфере ОМС заключаются между участниками в пользу третьего лица. Согласно ст. 430 ГК РФ договором в пользу третьего лица признаётся договор, в котором стороны установили, что должник обязан произвести исполнение не кредитору, а указанному или не указанному в договоре третьему лицу, имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу. В соответствии с пп. 8 и 9 ч. 1 ст. 16 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованное лицо имеет право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причинённого в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, и на возмещение медицинской организацией ущерба, причинённого в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, т.е. право требовать от участников договора исполнения обязательств в свою пользу.

Таким образом, можно сделать вывод, что договоры в сфере ОМС являются договорами в пользу третьего лица.

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества;

2) работающие по гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг по договору авторско-го заказа;

3) авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

4) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

5) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

6) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

7) неработающие граждане.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 20 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключённых договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС. При этом застрахованные лица (физические лица, на которых распространяется ОМС), имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая и на самостоятельный выбор страховой медицинской организации путём подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС, а также выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации. Согласно ст. 39 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС основан на следующих принципах.

Сторонами договора являются медицинская организация, включённая в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объём предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счёт средств ОМС, и страховая медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы ОМС, в установленном законом порядке.

Страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включённой в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС.

При этом порядок финансирования и исполнения заданий медицинскими организациями, в том числе реализующими территориальные программы ОМС, регулируется постановлением Правительства РФ от 06.05.2003 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией».

Однако следует отметить, что мнение компетентного органа не является нормой закона, устраняющей коллизии законодательства.

Документом, удостоверяющим факт заключения договора по ОМС (ДМС), является страховой медицинский полис (п. 2, ст. 940 ГК РФ). Учитывая, что договор страхования может быть заключён путём вручения страховщиком страхователю страхового полиса, полис в данном случае должен содержать все существенные условия договора страхования, предусмотренные ст. 942 ГК РФ, а именно:

- 1) сведения о застрахованном лице;
- 2) сведения о характере события, в случае наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- 3) сведения о размере страховой суммы, о сроке действия договора;
- 4) иные условия.

6. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ДМС)

1. Понятие и сущность добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование (ДМС) реализуется на возмездных началах и позволяет получить дополнительные медицинские услуги сверх гарантированных. По общему правилу добровольное медицинское страхование признаётся личным.

Понятие ДМС вошло в обиход с появлением в стране рыночной экономики, негосударственного финансирования медицинских учреждений и разнообразных страховых компаний, т.е. примерно в начале 90-х гг. XX в.

Сущность ДМС состоит в том, что страхователь (юридическое или физическое лицо) заключает договор со страховщиком (организация, обладающая лицензией на оказание страховых услуг) в свою пользу или в пользу третьего лица, которое называется Застрахованным.

Правовые гарантии ДМС содержит п. 2 ст. 19. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объёме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования».

Добровольное медицинское страхование, так же как и обязательное медицинское страхование, призвано обеспечить гарантии граждан на получение медицинской помощи. Исходя из этой общей цели добровольного медицинского страхования можно выделить несколько частных задач, к которым относятся:

- охрана здоровья населения;
- обеспечение воспроизводства населения;
- развитие сферы медицинского обслуживания;
- финансирование здравоохранения, улучшение его материальной базы;
- защита доходов граждан и их семей;
- перераспределение средств, идущих на оплату медицинских услуг, между отдельными группами населения.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основании договора между страхователем и страховщиком. Договор добровольного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым

последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному медицинской помощи определённого объёма и качества или иных услуг по программе добровольного медицинского страхования.

2. Субъекты ДМС

Субъектами договора добровольного медицинского страхования являются: гражданин, страхователь, страховые медицинские организации и учреждения.

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

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. В качестве страхователей могут выступать как физические лица, иностранные граждане или лица без гражданства, заключающие договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц, так и юридические лица, заключившие договор медицинского страхования для своих сотрудников. Страхователями могут быть российские и иностранные юридические лица всех форм собственности. Основную массу договоров ДМС составляют корпоративные договоры, по которым застрахованными лицами выступают сотрудники крупных компаний. Корпоративное страхование выгодно страховщикам – проще продать один договор корпорации, чем «бегать» за каждым из тысячи её работников.

Страхователями по договору добровольного медицинского страхования могут выступать отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью. При признании судом страхователя в период действия договора добровольного медицинского страхования полностью и частично недееспособным все права и обязанности по договору страхования переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Добровольное медицинское страхование в отличие от обязательного является отраслью коммерческого страхования и относится к сфере личного страхования. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает определённые виды медицинских услуг в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия. Данный вид страхования обеспечивает страхователям медицинское обслуживание более высокого качества, отвечающее индивидуальным требованиям клиента.

Полис добровольного медицинского страхования даёт возможность застрахованному получить следующий перечень услуг: поликлиническое обслуживание (в заранее оговорённой поликлинике); стоматологическое обслуживание; возможность вызова врача на дом; оказание скорой и неотложной медицинской помощи.

В большинстве случаев страхование по программе добровольного медицинского страхования не предполагает возможности специального лечения. Если у страхователя возникает желание застраховаться и на слу-

чай специального лечения, то данная возможность должна быть предварительно оговорена с представителем страховой компании.

Договор страхования может заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием застрахованного лица для определения принадлежности к группе здоровья с целью дифференциации размера подлежащего уплате страхового взноса (страховой премии).

Для определения принадлежности застрахованного лица к группе здоровья на момент заключения договора страхования необходимо заполнение им анкеты или проведение предварительного медицинского освидетельствования.

Страховщик вправе потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования застрахованного лица. При отказе застрахованного лица от прохождения предварительного медицинского освидетельствования страховщик вправе установить застрахованному лицу вторую или третью группу здоровья.

В том случае, если после заключения договора страхования будет установлено, что застрахованное лицо указало ложные сведения в анкете, страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным в отношении данного застрахованного лица.

Законодательством предусматривается, что объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Страховым риском по договору медицинского страхования является обращение страхователя за любой медицинской помощью, которая может потребоваться застрахованному.

По общепризнанным правилам медицинское страхование покрывает два вида рисков, возникающих в связи с заболеванием. К первому виду относятся затраты на медицинские услуги, восстановление и уход за больным. Ко второму виду относятся денежные средства, утерянные в результате невозможности осуществления профессиональной деятельности во время болезни и после неё. Медицинское страхование защищает застрахованного от внезапно возникающих расходов.

Но стоит отметить, что на территории РФ добровольное страхование не даёт защиты от потери дохода в результате болезни, так как ст. 3 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливает, что объектом договора выступает страховой риск, связанный с затратами лишь на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Действующее законодательство не содержит каких-либо ограничений по оказанию медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования, в связи с чем перечень медицинских услуг, предоставляемых страховщиком по программам добровольного медицинского страхования, может быть разнообразен и зависит только от запросов

клиентов и возможностей страховщика их удовлетворить, подобрав соответствующие лечебные учреждения и заключив с ними договоры о предоставлении медицинских услуг застрахованным лицам. Также необходимо отметить, что число страховых случаев по правилам добровольного медицинского страхования может быть неограниченным.

3. Договор добровольного медицинского страхования

Согласно ст. 927 ГК РФ личное страхование осуществляется на основании договоров личного страхования, заключаемых гражданином или юридическим лицом (страхователем) со страховой организацией (страховщиком), имеющей лицензию на соответствующий вид страхования.

Договор страхования заключается сроком на один год, если его условиями не предусмотрено иное. Срок действия договора страхования начинается в момент его вступления в силу. Для заключения договора страхования страхователь может обратиться к страховщику либо с письменным заявлением с указанием списка застрахованных лиц, выбранных программ страхования и страховых сумм, либо иным доступным способом заявить о намерении заключения договора.

Факт заключения договора страхования удостоверяется либо путём подписания одного документа – договора страхования, либо путём выдачи страховщиком страхователю страхового полиса установленной формы, подписанного страховщиком. Договор страхования, заключённый путём подписания одного документа, должен содержать: для страхователей–юридических лиц – наименование, юридический адрес и банковские реквизиты страховщика, численность застрахованных лиц; наименование, юридический адрес и банковские реквизиты страхователя; для страхователя–физического лица – наименование, юридический адрес и банковские реквизиты страховщика, фамилию, имя, отчество, адрес места жительства (регистрации) и паспортные данные страхователя; для всех договоров – срок действия договора страхования, объект страхования, программу страхования, страховую сумму, размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате по договору страхования, сроки и порядок её внесения, условия и сроки вступления договора в силу, а также его прекращения, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

При заключении договора страхования путём выдачи страхователю страхового полиса в нём указывается номер страхового полиса; фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, телефон страхователя; срок действия полиса (дата и количество дней); вариант выбранной программы; страховая сумма и страховая премия; при страховании нескольких лиц указывается их количество, фамилии, имена, отчества, даты рождения и иные сведения. К страховому полису прилагаются правила страхования, разработанные страховщиком в соответствии с законодательством РФ, и программа страхования.

Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днём поступления страховой премии (или первого страхового взноса, если договором страхования предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку) в кассу страховщика (его представителя) или на расчётный счёт страховщика, если иное не установлено в договоре страхования.

Страховая сумма определяется по соглашению между страхователем и страховщиком.

Страховая премия по договору страхования уплачивается страхователем одновременно (разовым платежом за весь срок действия договора страхования) или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в договоре страхования.

Страхователь по согласованию со страховщиком имеет право в течение срока действия договора страхования увеличить размер страховой суммы, расширить или изменить перечень программ страхования для конкретного застрахованного лица с доплатой соответствующего страхового взноса, что оформляется дополнительным соглашением.

Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена страхователем наличными деньгами страховщику (его представителю) или перечислена на счёт страховщика путём безналичных расчётов. По окончании срока действия договора страхования неиспользованный остаток страховой премии возврату не подлежит.

При досрочном прекращении договора страхования в связи с тем, что возможность наступления страхового случая отпала по иным обстоятельствам, чем наступление страхового случая, страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования. В случае расторжения договора страхования по инициативе страхователя уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

В случае досрочного прекращения действия договора страхования страховые полисы в течение трёх рабочих дней возвращаются страховщику и считаются недействительными с даты прекращения договора страхования.

В договоре страхования может быть установлен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение застрахованного лица за медицинскими услугами не является страховым случаем. При этом обязательства страховщика по договору страхования возникают по окончании выжидательного периода.

Страховщик освобождается от оплаты полученных застрахованным лицом услуг, если они не предусмотрены договором страхования или не согласованы со страховщиком в дополнительном соглашении.

Для получения услуг по договору страхования при наступлении страхового случая застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или к страховщику по указанным им телефонам.

Страховщик проверяет соответствие оказываемых застрахованному лицу услуг оговорённому в договоре объёму, требованиям профессиональных медицинских стандартов, срокам предоставления услуг и выполнение других положений договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг.

До оплаты счёта за фактически оказанные услуги страховщик проводит экспертизу выставленных счетов на их соответствие выбранным программам, объёму страховой ответственности, утверждённым прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий страховщик осуществляет оплату счетов.

Подводя итоги рассмотрения вопросов по добровольному и обязательному медицинскому страхованию, хотелось бы провести несколько отличий этих видов страхования.

Обязанность страхователя при обязательном медицинском страховании вытекает из закона, а при добровольном медицинском страховании основана только на договорных отношениях. Добровольное страхование не исключает необходимости осуществления обязательного медицинского страхования путём заключения договора страхования страхователем со страховщиком (ч. 2 ст. 936 ГК РФ).

4. Отличие ОМС И ДМС

Обязательное медицинское страхование осуществляется в целях обеспечения социальных интересов граждан, работодателей и интересов государства, а добровольное медицинское страхование осуществляется лишь в целях обеспечения социальных интересов граждан и работодателей.

В обязательной системе медицинского страхования страхователями выступают исполнительная власть и работодатели, в добровольной системе страхования страхователи – граждане и работодатели.

Субъекты обязательного и добровольного медицинского страхования различны. Различия есть и между страхователями, и между страховщиками. Так, страховщиком в обязательном медицинском страховании выступают государственные организации, а в добровольном – негосударственные организации независимо от их организационно-правовой формы.

Ещё одно отличие обязательного и добровольного медицинского страхования заключается в источниках поступления средств в страховые фонды.

При добровольном медицинском страховании источником средств страхового фонда являются личные доходы граждан и организаций, а в обязательном – средства федерального бюджета РФ.

7. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОЦЕНКА ЕГО КАЧЕСТВА

1. Понятие и критерии качества медицинского обслуживания

В соответствии с п. 21, ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Понятие «медицинская помощь надлежащего качества» раскрывается в нормативных документах Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС). Так, например, в Методических рекомендациях, разработанных ФФОМС, даётся следующее определение: «Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) – 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 неудовлетворённость пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением».

Следует заметить, что ФФОМС выделяет ряд факторов, влияющих на качество оказания медицинских услуг. Несмотря на то, что эти факторы отражают качество в системе ОМС, однако основная часть актуальна и для всей системы оказания медицинских услуг.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) при разработке программ обеспечения качества медицинской помощи следует принимать во внимание следующие факторы:

- квалификацию врача и соблюдение им технологии диагностики и лечения;
- риск для пациента от медицинского вмешательства;
- наличие ресурсов и оптимальность их использования;
- удовлетворённость пациента

2. Контроль и оценка качества медицинского обслуживания

Административный регламент по контролю соблюдения стандартов качества медицинской помощи, разработанный Минздравсоцразвития РФ, предусматривает как контроль за соблюдением стандартов медицинской

помощи, так и использование показателей качества медицинской помощи. При этом показатели качества медицинской помощи представляют собой количественные показатели, отражающие структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи.

Анализ различных подходов к критериям качества медицинской услуги позволяет выделить пять основных её составляющих элементов:

1) информационные показатели медицинской услуги – получение в доступной для пациента форме имеющейся информации о состоянии его здоровья, сведения о результатах обследования, наличия заболевания, его диагноз и прогноз, методы лечения и связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия и результаты проведённого лечения;

2) квалификационные требования к врачам – выполнение требований к профессиональной компетенции, объёму знаний, практических умений и навыков врачей;

3) профессиональные качества врача – проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность;

4) профессиональность оказания медицинской услуги – обоснованность, адекватность определения объёма лечения, соблюдение технологии диагностики и лечения, получение положительного (ожидаемого) результата оказанной медицинской помощи в отношении состояния здоровья пациента;

5) качественные показатели самого процесса оказания услуги – удовлетворённость больного врачебным и медсестринским обслуживанием.

Определённую помощь в оценке спорной ситуации, возникшей между пациентом и медицинским учреждением, может оказать разработанный ФФОМС классификатор наиболее часто встречающихся нарушений, которые могут послужить поводом для обращения в суд за защитой. Данный классификатор представлен в Приказе ФФОМС № 48 от 11 октября 2002 г. В отношении некачественной медицинской услуги в приказе выделены следующие нарушения:

а) поздняя диагностика и неоправданно затянувшийся диагностический процесс, повлекшие позднее начало патогенетической терапии и, как следствие, запоздалое излечение больного, что оказалось связанным с удлинением сроков физического и нравственного страдания пациента;

б) неправильная диагностика заболевания, повлекшая неадекватное лечение, удлинение сроков лечения, развитие возможных осложнений, и как следствие, причинение дополнительных физических и нравственных страданий, смерть;

в) ошибочный выбор способа хирургического вмешательства, вида медицинской процедуры или лекарственной терапии, повлекший утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию, смерть;

г) ошибки при выполнении хирургических операций, медицинских процедур и медикаментозной терапии, повлекшие утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию, смерть;

д) поздняя госпитализация, сопровождающаяся утяжелением состояния больного или пострадавшего и повлекшая дополнительные физические и нравственные страдания, смерть;

е) нарушение правил транспортировки пострадавшего или больного, приведшее к развитию острых осложнений, критического состояния здоровья, смерти;

ж) нарушение преемственности в лечении, выражающееся в неполучении информации о лечебно-диагностических мероприятиях, выполнявшихся на предыдущих этапах диагностики и лечения, вследствие которого ухудшается состояние здоровья пациента;

з) неоправданно ранняя выписка больного из стационара; преждевременное прекращение амбулаторного или стационарного лечения;

и) ошибки или небрежность при ведении медицинской документации, приводящие к ошибочной или поздней диагностике, нарушению преемственности в лечении, ошибочному врачебно-экспертному решению и, как следствие, к причинению пациенту морального вреда;

к) ненадлежащие санитарно-гигиенические условия, приводящие к ухудшению физического состояния здоровья, смерти;

л) грубое, бестактное, неуважительное, негуманное отношение медицинского персонала к человеку, обратившемуся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью; к пациенту, находящемуся в стационаре в беспомощном состоянии; к больному, которому проводятся медицинские процедуры в порядке лечения или реабилитации.

Следует заметить, что решение вопросов некачественного оказания медицинских услуг, его оценка являются прерогативой экспертов. Только индивидуальное рассмотрение специалистами конкретных лечебно-диагностических мероприятий с учётом особенностей состояния больного, течения его заболевания и других имевших место факторов может быть основанием для выявления недостатков медицинской услуги. Поэтому оценка действий медицинских работников при оказании медицинской услуги как качественной или некачественной является прерогативой экспертов.⁵

3. Стандарты оказания медицинской помощи

Статья 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи.

⁵ http://www.psj.ru/saver_magazins/detail.php?ID=67102.

Установление порядков и стандартов медицинской помощи в соответствии с п. 5.2.17 и 5.2.18 постановления Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» относится к компетенции Министерства здравоохранения РФ.

Стандарты медицинской помощи действуют в медицинских организациях, имеющих лицензию на соответствующие виды медицинской деятельности.

Перечень стандартов медицинской помощи больным при различных заболеваниях, а также их содержание на основе действующих приказов Минздравсоцразвития РФ.

В письме Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 марта 2012 г. № 57-0/10/2-2587 указано, что в соответствии с ч. 3 ст. 50 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» среди целей региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ предусмотрено внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. Пунктом 7 Правил финансового обеспечения в 2011–2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счёт средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утверждённых постановлением Правительства РФ от 15 февраля 2011 г. № 85, установлено, что субсидии из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются источником финансового обеспечения расходов бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в части внедрения стандартов медицинской помощи. Пунктом 10 указанных Правил определён перечень условий предоставления территориальным фондом обязательного медицинского страхования указанных средств страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта РФ – непосредственно медицинским организациям).

Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи с 1 января 2013 г. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются с 1 января 2012 г. При этом вступление в силу ч. 2 настоящей статьи с 1 января 2012 г. не отменяет всех изданных до этого времени нормативных правовых актов, в том числе нормативных правовых актов субъектов РФ, утверждающих стандарты медицинской помощи.

Как уже говорилось ранее, порядки оказания медицинской помощи утверждаются по видам и профилям медицинской помощи, по заболеваниям или состояниям или по группам заболеваний, состояний.

Примером применения порядка оказания медицинской помощи обозначим «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 929н)».

Порядок оказания медицинской помощи включает в себя этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации; стандарт оснащения медицинской организации, её структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, её структурных подразделений и другие параметры.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «наркология» устанавливает правила оказания медицинской помощи в медицинских организациях и включает следующие нормы:

1. Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи по профилю «наркология» в медицинских организациях.

2. Медицинская помощь по профилю «наркология» (далее – медицинская помощь) осуществляется в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

- специализированной медицинской помощи.

3. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи.

5. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению наркологических заболеваний и состояний, медико-социальной реабилитации, формированию здорового образа жизни.

6. Первичная медико-санитарная помощь включает:

- первичную врачебную медико-санитарную помощь;

- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

7. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

8. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

9. В случае выявления клинических признаков наркологического заболевания, врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный

врач)) направляет пациента в наркологический кабинет медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

10. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-психиатром-наркологом, участковым врачом-психиатром-наркологом:

- при самостоятельном обращении пациента;
- при направлении врачами других специальностей медицинских организаций;

Врач-психиатр-нарколог (врач-психиатр-нарколог участковый) осуществляет выявление наркологических заболеваний, медицинское освидетельствование, профилактическое наблюдение, проведение лечебных мероприятий, диспансерное наблюдение, определение медицинских показаний для направления пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной и(или) плановой формах, направление на медико-социальную реабилитацию, при наличии медицинских показаний – направление на консультацию к врачам других специальностей, выполнение профилактических мероприятий.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

11. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, пациентам осуществляется фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 ноября 2004 г., регистрационный № 6136) с изменениями, внесёнными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 г., регистрационный № 18289), от 15 марта 2011 г. № 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г., регистрационный № 20390), от 30 января 2012 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 г., регистрационный № 23472).

12. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

13. Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с признаками тяжёлой интоксикации или психотических расстройств в ме-

дицинские организации, оказывающие круглосуточную помощь по профилям «анестезиология и реанимация», «токсикология», «психиатрия» и «наркология».

14. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний пациенты переводятся в наркологическое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи.

15. При невозможности оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям «наркология» и «психиатрия».

16. Специализированная медицинская помощь при наркологических заболеваниях оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинских организациях или их структурных подразделениях по профилю «наркология», в том числе в наркологических диспансерах, наркологических больницах, научно-практических центрах, наркологических реабилитационных центрах.

17. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и(или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложнённым течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и(или) комплексной предоперационной подготовке у пациентов с осложнёнными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведённым в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утверждённому приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г., регистрационный № 17175), а также при наличии у пациента медицинских показаний в федеральных государственных медицинских организа-

циях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утверждённым приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный № 7115).

18. Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам осуществляется по медицинским показаниям – в случаях тяжёлого и среднетяжёлого течения наркологического заболевания, необходимости проведения специальных методов исследования для осуществления дифференциальной диагностики, при отсутствии клинического эффекта от проводимой терапии в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

19. Направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, осуществляется:

- при самостоятельном обращении пациента;
- по направлению врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра-нарколога участкового медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;
- бригадой скорой медицинской помощи.

20. При наличии или угрозе возникновения нарушений жизненно важных функций пациент направляется в отделение интенсивной терапии неотложной наркологической помощи, реанимационное отделение, отделение интенсивной терапии и реанимации.

21. При поступлении в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациент осматривается в приёмном отделении врачом-психиатром-наркологом и при наличии медицинских показаний направляется в наркологическое отделение.

22. Предварительный диагноз наркологического заболевания устанавливается в течение первых суток с момента поступления на основании данных клинического обследования, результатов лабораторных исследований.

Основной диагноз устанавливается в течение 3 – 7 суток с момента поступления пациента на основании данных клинического обследования, результатов инструментальных и лабораторных исследований, динамического наблюдения.

23. При наличии медицинских показаний лечение пациентов проводится с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 23 апреля 2009 г. № 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009 г., регистрационный № 14032), с изменениями, внесёнными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. № 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 г., регистрационный № 20144).

24. По окончании лечения пациент при наличии медицинских показаний направляется в медико-реабилитационные структурные подразделения медицинских организаций или в наркологические реабилитационные центры, оказывающие медико-социальную реабилитацию в стационарных условиях.

25. После прохождения медико-социальной реабилитации в стационарных условиях пациент направляется в медико-реабилитационные структурные подразделения медицинских организаций или в наркологические реабилитационные центры, оказывающие медико-социальную реабилитацию в амбулаторных условиях.

26. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1 – 24 к настоящему Порядку.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается Министерством здравоохранения РФ в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н.

Стандарт медицинской помощи содержит указание на вид медицинской помощи; перечень диагностических и лечебных медицинских услуг с усреднёнными показателями частоты предоставления и кратности применения; перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз; перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; перечень компонентов крови и препаратов с указанием количества и частоты их предоставления; перечень видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания и т.д., в зависимости от особенностей заболевания (состояния).

Решение о назначении того или иного вмешательства, диагностических исследований, лекарственных препаратов, указанных в стандарте медицинской помощи, принимается лечащим врачом с учётом состояния больного, течения заболевания, фиксируется в медицинской документации и подтверждается наличием письменного согласия пациента. При наличии показаний и по результатам лабораторных и инструментальных исследований больному могут быть проведены дополнительные диагностические исследования, не указанные в стандарте. Если медицинская организация самостоятельно не может выполнить стандарт медицинской помощи, то она вправе направить больного для проведения ряда медицинских услуг, предусмотренных Стандартом, в другую медицинскую орга-

низацию. Суточные и курсовые дозы лекарственных препаратов могут быть изменены по медицинским показаниям с учётом инструкции по применению и в соответствии с состоянием, к примеру, при беременности или наличии развития аллергических или токсических реакций, индивидуальных особенностей организма, наличия сопутствующих заболеваний или состояний.

Раздел о внедрении стандартов оказания медицинской помощи включён в Программу модернизации здравоохранения РФ. Данный раздел содержит перечень мероприятий, направленных на достижение соответствующего уровня оказания медицинской помощи по профилям, в зависимости от структуры заболеваемости и смертности. Предусмотрено поэтапное внедрение стандартов медицинской помощи с учётом их приоритетности и возможностей применения. Основным направлением внедрения стандартов медицинской помощи является обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями, в рамках перехода с 2013 г. на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Внедрение стандартов предусматривает, в первую очередь, создание условий для выполнения стандартов в лечебных учреждениях, в том числе: закупка лекарственных средств и медицинских изделий, увеличение заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, повышение обеспеченности кадрами. Для населения внедрение стандартов означает повышение качества оказываемых медицинских услуг и повышение уровня социального обслуживания.

При этом законом установлено, что стандарты не являются догмой, а назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

8. ОСНОВНЫЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

1. Медицинское страхование в Германии

Медицинское страхование в Германии построено на основе «системы Бисмарка». Система Бисмарка является первой из зародившихся в новейшей истории национальных систем здравоохранения, была создана канцлером Германии Отто фон Бисмарком в 1881 г. Она представляла собой программу страхования рабочих и их семей и базировалась на уже действовавших в то время законах о компенсациях работникам железной дороги (1838) и законе о шахтёрских обществах (1954). «Больничные кассы» позднее сменили изначально созданные фонды социального страхования, оплачивавшие помимо расходов на лечение, пособия по безработице, пенсии и т.д. Кассы получали две трети своих взносов от работников и треть от работодателя.

В мире принято критиковать страховую систему сегодняшней Германии. Однако, многие из тех, кто берутся её критиковать, забывают о принципе «пригодности», возможно, богатая страна имеет другие приоритеты, нежели сдерживание цен на содержание системы здравоохранения. Притом, что Германия расходует значительно больший процент от валового внутреннего продукта (ВВП), чем их давний политический конкурент Англия (10,5% против 6,9%) при приблизительно одинаковом состоянии здоровья нации, Германия по большинству показателей здравоохранения, а также по уровню жизни, доступности образования, социальной помощи превосходит Великобританию.

Другой объект критики – метод оплаты врачей за услугу (гонорарный принцип или *free for service*). Такой метод обычно стимулирует назначение излишних, дорогостоящих процедур. Применяемый в Германии более прогрессивный метод оплаты за услуги «баллами». В конце года в зависимости от общего количества заработанных всеми врачами «баллов» устанавливается стоимость одного «балла». Это позволяет, во-первых, регулировать расходы на здравоохранение посредством изменения суммы выплачиваемой врачам за каждый заработанный «балл», во-вторых, регулировать деятельность врачей, давая большее или меньшее количество баллов за определённые процедуры. Критике, так же часто подвергается и тот факт, что гражданам предоставляется возможность застраховаться по государственной схеме, заплатив определённый процент от своей заработной платы (в этом случае работодатель оплачивает половину страхового взноса) и получить доступ к государственным больницам и преимущественно частной поликлинической службе, или же застраховаться частным образом, заплатив взнос в соответствии с риском (пол, возраст, наличие каких-либо заболеваний). Действительно, такое положение дел спо-

способствует тому, что около 10% наиболее богатых немцев не вносят свой вклад в государственную систему здравоохранения, таким образом, нарушая принцип страхования: богатые платят за бедных, здоровые за больных. Однако и частная, и государственная системы процветают, а право выбора создаёт ещё более жёсткую конкуренцию между страховыми кассами. Необходимо отметить так же, что жёсткой конкуренции способствует так же значительное (более 100) число «больничных касс».⁶ Услуги медицинской страховки в Германии оказывают специальные организации, называемые больничными кассами (Krankenkasse). Первая страховая фирма Германии, предложившая клиентам медицинский страховой полис, появилась ещё в 1848 г. Называлась она «Больничная касса служащих Берлинского полицай-президиума». Но ещё раньше, в 1843 г., прототип медицинского страхования был введён для служащих табачной промышленности. Всё это были частные организации. Сумма годового дохода, выше которой обязательную государственную медицинскую страховку иметь уже не обязательно, меняется в последнее время каждый год. Законодатели стараются постоянно увеличивать эту сумму, чтобы больше людей попадали под обязательное страхование.

Все остальные обязаны отдавать в больничные кассы 8,9% своего годового дохода. Ещё 7% от зарплаты работника платит работодатель. На данный момент в Германии около 150 государственных страховых компаний, предоставляющих медицинское страхование. По закону качество медицинских услуг не может зависеть от того, в какую кассу платит бюргер страховые взносы. Примерно 95% услуг, предоставляемых кассами, должны быть абсолютно одинаковыми. Оставшиеся 5% услуг включают в себя оплату различных нетрадиционных методов лечения или какие-то дополнительные сервисы. Все основные медицинские услуги предоставляются бесплатно. Но есть исключения в виде «неосновных» услуг. Например, поход к зубному врачу может вылиться в кругленькую сумму, в зависимости от того, какую часть расходов покрывает страховка. Некоторые кассы предлагают своим клиентам дополнительный пакет услуг. Например, если человек регулярно посещает стоматолога, то касса оплатит ему лечение зубов не на 70%, а на 90%. Существуют и другие премии.

Например, если застрахованный не курит, посещает спорт-зал или ни разу за год не обратился к врачу, то ему могут вернуть какую-то сумму денег.

Для детей в возрасте до 18 лет вообще не существует никаких «неосновных» расходов. Любые прописанные врачом процедуры и медикаменты оплачиваются страховкой. Для взрослых существуют доплаты. Например, за любые прописанные медикаменты необходимо уплатить 10% от

⁶ <http://archive.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml>.

счёта, но максимум 10 € и минимум 5 €. Но и эти копейки могут быть оплачены государством, если бюргер имеет малый доход.

Выбор больничной кассы – дело сугубо личное. Чаще всего выбирают кассу, которая регионально ближе. Также можно ориентироваться на отзывы знакомых, а также на премии, которые имеет касса. Важным критерием выбора страховки стал уровень дополнительных взносов.

Дело в том, что сначала все страховые взносы всех клиентов государственных медицинских касс складываются в один большой фонд. Затем каждая касса получает из него деньги, пропорционально своему количеству клиентов. Именно поэтому страховым компаниям всё равно, кого страховать – богатого или бедного, молодого или старика. Все деньги в итоге будут поделены поровну. Если же страховке выделенной части средств не хватает, то она имеет право собрать со своих клиентов дополнительные взносы. Минимальный взнос составляет 8 € в месяц, а максимальный – 1% от дохода клиента. От дополнительных выплат нельзя отказаться. Но зато можно разорвать контракт со страховкой в течение следующих двух месяцев. Кассы обязаны предупреждать своих клиентов о введении дополнительного сбора. После того, как страховка выбрана, следует заключить контракт с кассой. Можно вызвать на дом страхового агента или попросить прислать договор по почте. Если страховка по какой-то причине не подошла, то её можно сменить, правда, это занимает некоторое время.

После заключения контракта касса присылает по почте страховой полис на каждого члена семьи, если тот не работает. Таким образом, один работающий платит за всю семью и все пользуются его страховкой. Работодатель переводит деньги в указанную служащим кассу ежемесячно.

Страховой полис бюргера представляет собой пластиковую карту стандартного размера, содержащую микрочип. В ней хранятся имя владельца, его контактные данные, дата рождения и прочая административная информация, необходимая врачам. Врач или аптекарь, обслуживая клиента, сначала проводит картой по специальному считывающему устройству.

Все в Германии вольны самостоятельно выбирать лечащих врачей. Никто не привязан к районным поликлиникам или региональным медицинским учреждениям.

Помимо государственных больничных касс, как уже писалось выше, существуют частные кассы. В них система оплаты устроена несколько иначе. Сначала больной самостоятельно платит за лечение, затем посылает счета в страховую компанию, которая возвращает ему деньги. На каждого члена семьи надо заключать отдельную частную страховку и платить тоже приходится отдельно. Но если доходы велики, то это всё равно может быть дешевле, чем 8,9% от зарплаты. Таким образом, частные страховки наиболее выгодны тем богатым жителям Германии, которые не

имеют проблем со здоровьем. К старости выплаты в государственную страховку снижаются, в зависимости от заработанной пенсии.

Для малоимущих и безработных страховку обеспечивает государство. Благодаря такой системе страхования в Германии нет проблем с получением необходимого медицинского обеспечения. Но недостатки у этой системы всё же есть. Например, производители медицинского оборудования или поставщики услуг непомерно задирают цены, в расчёте на то, что платят то за услуги не пациенты, а страховые компании.⁷

2. Медицинское страхование в Великобритании

С 1911 года в Англии существовала система страхования здоровья рабочих, охватывавшая около 1/3 населения. Эта система, введённая премьер-министром Великобритании Дэвидом Ллойд-Джорджем, имела важную отличительную особенность, которая сохранилась по настоящее время. Оплата врачей «общей практики» подушевым методом (капитация, *per capita payment*) – это метод оплаты, при котором бюджет, получаемый одной частной практикой, зависит в первую очередь от количества зарегистрированных на постоянной основе пациентов. Таким образом, основной принцип капитации – деньги следуют за пациентом, пациенты в этом случае имеют возможность, отчасти, регулировать спрос по законам свободного рынка, так как обладают правом свободного выбора врача. Сегодня, ежегодно получаемая врачом общей практики в Великобритании сумма, зависит от количества пациентов, которые зарегистрировались как его пациенты, от их пола и возраста и социального статуса. На престарелых и детей до четырёх лет и на женщин фертильного возраста, на жителей более бедных районов подушевые выплаты выше. Подушевая выплата включает в себя средства, предназначенные для лечения в стационарах по ряду нозологий. Таким образом, врач общей практики способен предотвратить госпитализацию в случае, когда это эффективнее и дешевле. Также бюджет такой практики включает в себя средства на так называемую домашнюю реабилитацию, что делает возможной более раннюю выписку госпитализированных больных. Такой метод оплаты врача первичного звена имеет значительные достоинства, так как стимулирует врача общей практики использовать ресурсы наиболее эффективным образом, вести профилактическую деятельность в случаях, когда это дешевле, чем лечить впоследствии, бороться за пациентов.

Система страхования рабочих развивалась, покрывая всё больший процент населения, однако, система Бевереджа сложилась лишь в 1948 г. Уильям Беверидж во время Второй мировой войны по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции. «Отчёт Бевериджа 1942» года лёг в основу будущей Нацио-

⁷ <http://www.tupa-germania.ru/meditsina/gosudarstvennoe-meditsinskoe-strahovanie.html>.

нальной Службы Здравоохранения, поставив здравоохранение в структуру общей социальной политики. Таким образом, правительство лейбористов в 1948 г. учредило всеобъемлющую, всеобщую, бесплатную службу здравоохранения. В первые годы молодая служба столкнулась со значительными трудностями. Проблема морального вреда (*moral hazard*) была особенно яркой. Врачи общей практики, оплачиваемые по принципу капитации государством, порой без малейшего повода вызывались пациентами на дом. Так как пациенты не должны были больше платить за своё лечение, их требования к системе возросли. Специалисты же, оплачиваемые по гонорарному принципу, получили возможность определять и спрос, и предложения в абсолютно не регулируемых условиях, в результате порой у людей со здоровыми зубами оказывались запломбированными до 20 зубов, люди без нарушения зрения получали очки, аппендэктомии производились при незначительных болях в животе. Расчёт Уильяма Бевереджа, что бесплатная медицина позволит вылечить все болезни, и в результате приведёт к снижению расходов на здравоохранение, оказался утопическим. Расходы на здравоохранение увеличились за десять лет в несколько раз, что потребовало привлечения средств, которые ранее шли на образование, социальное развитие, строительство, развитие дорог – факторы, влияние которых на здоровье по меньшей мере сравнимо с влиянием медицины.

Наличие «морального вреда» со стороны как пациентов, так и врачей привело к введению регуляторных мер. Были введены соплатежи, т.е. пациент выплачивал часть стоимости лечения. Регулирующая роль врача общей практики или «функция вратаря» (*goalkeeper*) позволила снизить количество обращений к специалистам, плановых госпитализаций. Просвещение пациентов позволило дать им возможность участвовать в процессе принятия решений, связанных с лечением. Вообще, декларации и защита прав пациентов и врачей способствовали становлению того баланса в системе здравоохранения, который несмотря на недовольство и критику многих британских экспертов, является предметом зависти для многих стран Европы и Америки.

Говоря о британской системе здравоохранения, нельзя не упомянуть реформы «железной леди» – Маргарет Тетчер, а также поучительные истории реформ, проводимых в настоящее время премьер-министром Англии Тони Блэером. С самого начала своего руководства Маргарет Тетчер провозгласила новую концепцию развития Национальной службы: «внутренний рынок». Хотя вся система здравоохранения Англии строилась на рыночных отношениях, участие третьей стороны – плательщика, и малые размеры индивидуальных практик делали невозможным передачу ответственности врачам общей практики в полном объёме. Риск, связанный со значительной частью нозологии, требующих серьёзного лечения, оставался на Национальной системе, так как единичный случай, требую-

щий, например, пересадки органа, мог разорить частную практику, что оставило бы без медицинской помощи до двух с половиной тысяч человек. В результате, как лечение, так и, что не менее важно, менеджмент наиболее дорогих нозологий не контролировался финансово заинтересованными в эффективности врачами. Это приводило к большей растрате средств, чем в случаях нозологии, средства на лечения которых находились в ведении врачей общей практики. Маргарет Тетчер на добровольной основе разрешила нескольким врачам общей практики объединяться в фондодержателей. Группа врачей получала годовой бюджет, включавший средства на лечение и профилактику большего количества преимущественно предотвратимых заболеваний, которые в ряде случаев требовали стационарного лечения или помощи специалистов. Единичный случай тяжёлого заболевания уже не мог разорить группу фондодержателей, так как их бюджет был больше и позволял разбавить риск (*pool the risk*). Конкуренция же сохранялась, так как пациент мог поменять врача или группу врачей, если его не устраивал набор предоставляемых услуг.

Фондодержательство является настоящим прорывом в управлении здравоохранением. Именно такая структура позволяет Англии расходовать почти в два раза меньше средств в отношении к ВВП, по сравнению с другими высокоразвитыми странами и в течение длительного времени оставаться единственным государством, которому удаётся эффективно сдерживать расходы на здравоохранение. Недостатком системы было то, что не все врачи объединились в группы-фондодержатели. В результате, пациенты, зарегистрировавшиеся в индивидуальных частных практиках, вынуждены значительно дольше ждать хирургических операций или приёма специалиста. Эта, так называемая, двухчерёдная система (*two-tier system*) является явным примером неравноправия (*inequity*), это противоречит законодательству любой цивилизованной страны и вызывает много протестов со стороны общественности. Однако, все проблемы, возникавшие в связи с фондодержательством, были связаны с тем, что не все врачи объединились в такие группы.

Эту проблему, среди ряда других, решил Тони Блеер, сделав объединение врачей в группы обязательным. В рамках его реформы здравоохранения, в силу политических расхождений его партии с партией Маргарет Тетчер, он обещал отказаться от фондодержательства. Однако все его реформы являются, по сути, продолжением реформ предыдущего премьер-министра, с отказом, по политическим причинам, от старой терминологии. Так, вместо «внутреннего рынка», используется термин сотрудничество, вместо фондодержателей, образованы группы первичной помощи (*primary care groups*), которые не отличаются по сути, а лишь стали крупнее, объединяя до ста врачей. Такая перемена терминологии многих ввела в заблуждение и привела к ошибочному мнению, что в Великобритании кардинально изменилась концепция развития отрасли. Так же, в рамках нынеш-

ней реформы, концепции общественного здоровья получили значительно большую поддержку в рамках увеличения регуляторной роли местных департаментов здравоохранения.

Необходимо отметить, что профилактические программы активно проводятся в Великобритании в течение долгого времени, и врачи общей практики являются главными медиаторами профилактики. В частности, профилактике неинфекционных заболеваний способствовали, помимо душевых платежей, специальные целевые выплаты (*target payment*). В частности, специальные гонорары утверждаются за измерение давления и скрининг ряда других заболеваний, проводимый всем пациентам свыше определённого возраста. В случае с профилактикой инфекционных заболеваний целевые платежи применялись за проведение вакцинации 95% восприимчивого контингента.⁸

В настоящее время здравоохранение в стране носит государственный характер. Охрана здоровья осуществляется NHS, услуги которой доступны любому гражданину, а также лицу, постоянно проживающему в Великобритании. МН8 обеспечивает население медицинскими услугами врачей общей практики (первичное обслуживание), стоматологов (частично), офтальмологов и так называемых объединений служб здоровья выездных врачей и медсестёр, службы скорой помощи и т.д., а также специалистов в государственных госпиталях.

Независимые врачи общего профиля составляют ядро амбулаторно-поликлинического сектора. Их услуги не входят в программы частного МС, хотя формально их участие не исключается. Имидж страны традиций наложил свой отпечаток и на здравоохранение. До сих пор в Великобритании глава здравоохранения страны официально занимает должность «главного хирурга».

Раньше врачу в Англии не только не полагалось страховое возмещение на время болезни, но он должен был ещё платить своему коллеге, который работал за него. Врачам первичного звена дано право контроля за ходом лечения пациентов на других уровнях. Они подписывают счета, поступающие от консультантов, больниц и других, после чего эти счета поступают в платёжный фонд на оплату. Пациенты могут получить информацию о своём здоровье из уст врача, которого они сами выбрали. Власти при этом получают возможность не продолжать контракты с теми врачами, которые не удовлетворяют требованиям населения.

Многие специалисты высокого класса, называемые консультантами и работающие частным образом, подрабатывают в учреждениях NHS. Однако, поскольку они не заняты у частных страхователей и не существует законных связей между консультантами и страхователями, не существует и стандартных прейскурантов на их услуги. Независимый консультант –

⁸<http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=8125>.

это высшая категория больничных врачей (они составляют примерно 1/3 от врачебного корпуса). С больницей они обычно работают по контракту. Число ставок таких врачей определяет районная служба здравоохранения исходя из финансовых возможностей района [23].

3. Медицинское страхование в США

Ни для кого не секрет, что в Соединённых Штатах Америки здравоохранение является очень качественным и высокотехнологичным, но при этом очень дорогим. Далеко не каждый американец в состоянии оплатить лечение за полную стоимость без значительного ущерба для бюджета семьи, особенно если речь идёт о каком-либо тяжёлом или хроническом заболевании. Исторически так сложилось, что в Америке каждый гражданин должен сам заботиться о своём здоровье, и в стране нет обязательного медицинского страхования, равно как нет и обязанности врачей лечить вас бесплатно, кроме экстренных случаев.

Если гражданин имеет хорошую работу и стабильный доход, он в состоянии купить (получить от работодателя) медицинскую страховку и проходить необходимое лечение без тревоги о том, что завтра он получит пачку впечатляющих медицинских счетов. Большинство американцев имеют частную медицинскую страховку, обычно спонсируемую работодателем, или участвуют в различных общественных программах, таких как Medicaid или Medicare.

Тем не менее, некоторые жители США остаются без медицинского страхования по причине финансовых проблем или наличия тяжёлых заболеваний, существовавших ещё до обращения за страховкой – это так называемые *pre-existing conditions*.

К нынешним реформам в здравоохранении США привела сложная ситуация с обеспечением населения медицинским страхованием, усугубившаяся экономическим кризисом. Доля американцев, защищённых медицинским страхованием, как минимум с середины 1990-х годов стабильно уменьшалась.

По состоянию на 2010 г. только 84% жителей США имели какую-либо форму медицинской страховки. Это означает, что миллионы человек хотя бы часть года жили без страховки и уверенности в завтрашнем дне.

Из-за кризиса и вызванного им роста безработицы всё больше людей стали обращаться за государственным страхованием для малообеспеченных. Сегодня общественные программы страхования покрывают более трети населения США и отвечают почти за половину расходов на здравоохранение в стране. Государственное страхование покрывает преимущественно уязвимые категории населения, которые не в состоянии приобрести частную страховку.

Система медицинского страхования для самых бедных американцев была учреждена ещё в 1965 г. Для принятия в эту программу человек должен собрать документы, подтверждающие низкий уровень доходов, и заполнить ряд форм. Эта система является своеобразной социальной защитой. Но по данным некоторых источников, количество врачей, которые принимают страховку Medicaid, уменьшается в связи с низким уровнем реимбурсации (компенсации).

Акт о доступной медицинской помощи, принятый при содействии Обамы в 2010 г., существенно расширил возможности Medicaid, а также роль государства в здравоохранении. Система Medicaid с 2014 г. будет покрывать медицинские расходы всех граждан, которые имеют доход на уровне до 133% от федерального показателя уровня бедности. Эти расходы взяло на себя правительство США, но некоторая часть финансового груза будет переложена на плечи штатов.

Medicaid обеспечивает медицинскую помощь для многодетных семей и инвалидов. Услуги, стоимость которых покрывается Medicaid, охватывают консультации врачей, пребывание в стационаре, вакцинацию, лекарства по рецепту врача, превентивную помощь для детей, долговременный уход и др.

Medicare представляет собой особую федеральную программу медицинского страхования для людей старше 65 лет, а также для тех, кто страдает терминальной стадией почечной недостаточности или амиотрофическим латеральным склерозом. По мере роста количества участников Medicare государство планирует повышать расходы на эту программу с нынешних 3% ВВП приблизительно до 6%.

Последние исследования выявили, что при участии в программе Medicare у лиц, которые ранее были незастрахованными, имеется тенденция к улучшению состояния здоровья и снижению смертности. Система Medicare требует разделения расходов, но 90% участников этой системы имеют другие виды страховки – спонсируемую работодателем частную страховку, Medicaid или план Medigap.

Существует также план страхования Medicare Advantage, который стоит участникам примерно на 12% дороже по сравнению с традиционным Medicare. Эта система даёт гораздо больше опций лечения. ещё один тип, Medicare Part D, позволяет участникам получать назначенные врачом лекарства на льготных условиях.

Частная страховка может приобретаться индивидуально или на групповой основе (например, компания покупает страховку для своих сотрудников). Большинство американцев, которые имеют частную медицинскую страховку, получают её от своих работодателей. По данным USCB, около 60% граждан США имеют страховку, спонсируемую работодателем, и только 9% американцев приобретают её лично.

В 2008 году более 95% работодателей США со штатом более 50 человек предлагали своим работникам частную страховку. Сегодня в стране принимаются активные меры, чтобы стимулировать работодателей покупать медицинскую страховку сотрудникам. Например, с 1 января 2014 г., согласно Акту о доступной медицинской помощи, предприятиям со штатом более 50 человек придётся платить дополнительно по 2000 долларов налога, если они не будут страховать свой персонал.

Многие колледжи, профессиональные школы, университеты также предлагают учащимся медицинское страхование за счёт заведения. Некоторые школы даже требуют участвовать в спонсируемых ими программах страхования или предъявить доказательства того, что учащийся уже имеет сопоставимую медицинскую страховку.

Вообще, по эмоциональному утверждению одного эксперта, обратиться в компанию для покупки частной страховки с уже имеющимся сложным заболеванием – это всё равно, что прийти с табличкой на спине «Пните меня!». Сегодня для людей с такими проблемами существует федеральный план Pre-Existing Condition Insurance Plan, или PCIP – этот план предусмотрен для лиц с «высоким риском». Для того чтобы воспользоваться данным планом, нужно быть незастрахованным в течение 6 месяцев, иметь определённое заболевание и получить отказ от частной страховой компании.

Для таких пациентов хорошей новостью является принятие Акта о защите пациента и доступной медицинской помощи (Patient Protection and Affordable Care Act, или просто Affordable Care Act), некоторые положения которого вступают в силу с января 2014 г. Этот акт существенно облегчит больным жизнь. Он даст возможность всем американцам получить доступ к медицинскому страхованию, независимо от изначального состояния здоровья.

Начиная с 1 октября 2013 г., американцы могут быть включены в систему медицинского страхования через специальный рынок медицинского страхования (Health Insurance Marketplace) своего штата. Рынок медицинского страхования – это новый способ помочь гражданам в поиске страховой компании и того страхового плана, который отвечает определённым потребностям и бюджету.

Каждый гражданин может очень просто попасть на этот рынок – зарегистрироваться онлайн, по почте или прийти лично к консультанту, который предоставит квалифицированную помощь. При этом помощь в телефонном режиме или в режиме чата будет доступна 24/7.

Рынок медицинского страхования будет работать под руководством федерального правительства или властей конкретного штата. Основное предназначение этого механизма – создание возможностей для свободного и прозрачного выбора страхового плана любым жителем штата с учётом своих пожеланий.

На рынке будут представлены предложения всех частных компаний, где будут указаны размеры взносов и все остальные ключевые особенности каждого продукта каждой компании. При этом, согласно Акту о доступной медицинской помощи, ни одна компания не сможет отклонить вашу кандидатуру или заставить вас платить сверх плана, если вы уже имеете какое-либо заболевание.

Компаниям придётся принять вас и покрывать лечение этого заболевания. Также компании не смогут заставлять женщин платить больше мужчин в рамках одного плана страхования.⁹

⁹ <http://medbe.ru/news/lechenie-za-rubezhom/meditsinskoe-strakhovanie-v-ssha-amerikanskie-sistemy-meditsinskogo-strakhovaniya/>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее учебное пособие раскрывает действующую систему правового регулирования медицинского страхования.

Существующая в России система медицинского страхования приемлема для современного этапа развития страхового рынка. Она учитывает особенности правовой и экономической системы России современного периода.

Медицинское страхование, как и правовая база, регулирующая данную сферу, сделало огромный шаг вперёд, но мы всё ещё отстаём от развитых стран по этому показателю. Это увеличивает возможности для реформирования этой системы с целью увеличения качества, повышения эффективности оказания страховых услуг гражданам.

Законодательство регулирует существующую систему медицинского страхования граждан двух видов: обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования.

Цель системы медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страховых системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остаётся на ответственности государственной системы здравоохранения.

В последнее время правовая база медицинского страхования граждан была расширена с принятием и вступлением в силу специальных законов, регламентирующих данную сферу. Это Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Вся система медицинского страхования создаётся ради основной цели – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страховых системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остаётся на ответственности государственной системы здравоохранения.

Закон устанавливает круг субъектов правоотношений медицинского страхования: гражданин; страхователь; страховая медицинская организация (страховщик); медицинское учреждение.

Страхователями определены все работодатели, (включая самодеятельную часть населения), а также бюджетные организации. Внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования также являются страхователями, призванными не только аккумулировать средства первичных страхователей, но и организовать систему учёта, поступления и расходования средств на обязательное медицинское страхование.

Страховые организации – специальный субъект медицинского страхования, выполняющий важные посреднические функции. Страховая компания действует в интересах гражданина, обращающегося за медицинской помощью, при этом юридически и экономически зависит от него.

Несомненно, правовое регулирование медицинского страхования граждан представляет собой важный для изучения правовой институт, актуальный как с научной, так и с практической точки зрения, с целью дальнейшей разработки программ по совершенствованию системы медицинского страхования. Трудно недооценить основную цель государственной и общественной деятельности в области медицинского страхования, которой в итоге является сохранение здоровья человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Конституция** Российской Федерации. – Москва, 1993.
2. **Об организации** страхового дела в Российской Федерации : федер. закон РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 (ред. от 23.07.2013).
3. **Об обязательном** медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 27.09.2013).
4. **О страховых** взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования : федер. закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ (ред. от 02.07.2013).
5. **Об основах** охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 27.09.2013).
6. **Гражданский кодекс** Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (принят ГД ФС РФ 22.12.1995) (действующая редакция от 01.09.2013) Глава 48 «Страхование».
7. **Трудовой кодекс** Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (ТК РФ) (действующая редакция от 01.09.2013).
8. **Налоговый кодекс** Российской Федерации (НК РФ) (действующая редакция от 01.10.2013).
9. **Бюджетный кодекс** Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (БК РФ) (действующая редакция от 01.10.2013).
10. **Об утверждении** Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 января 2011 г. № 15н.
11. **Об утверждении** Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственных функций по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи» от 31 декабря 2006 г. № 905 : приказ Министерства здравоохранения и социального развития // Российская газета. – № 60, 23 марта 2007 г.
12. **Качество** медицинской помощи: правовая оценка / О. Ю. Александрова и др. // ГлавВрач. – 2009. – № 9. – С. 63 – 72.
13. **Банкострахование** и ДМС: зоны налогового риска // Налогообложение, учёт и отчётность в страховой компании. – № 2, март–апрель 2013 г.
14. **Белых, В. С.** Страховое право России / В. С. Белых, И. В. Кривошеев, И. А. Митричев. – Москва : Норма, 2009.
15. **Об обязательном** медицинском страховании в Российской Федерации : комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г.

№ 326-ФЗ / Л. В. Воробьева, Л. В. Савина, О. В. Шашкова ; под ред. Л. В. Воробьевой. – Система ГАРАНТ, 2011.

16. **Об обязательном** медицинском страховании в Российской Федерации : комментарий к Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ / Т. Ю. Грачева, С. А. Слесарев, Ю. Н. Вахрушева ; под ред. Т. Ю. Грачевой. – Система ГАРАНТ, 2012.

17. **Об основах** охраны здоровья граждан в Российской Федерации : комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ / Т. С. Гусева, Н. А. Соколова, Ю. В. Хлестун и др. – Система ГАРАНТ, 2012.

18. **Декларация прав** и свобод человека и гражданина. – Москва : ИНФРА-М, 2004. – 10 с.

19. **ДМС**: проблемы бухгалтерского учёта / Е. П. Зобова // Аптека: бухгалтерский учёт и налогообложение. – № 5, май 2013 г.; ДМС: страховые взносы и НДС / Е. П. Зобова // Аптека: бухгалтерский учёт и налогообложение. – № 6, июнь 2013 г.

20. **Семеновская, С.** «Закулисные тайны» добровольного медицинского страхования / С. Семеновская // Кадровая служба и управление персоналом предприятия. – № 3, март 2013 г.

21. **Ивасенко, А. Г.** Страхование / А. Г. Ивасенко, Я. И. Никонова. – Москва : КноРус, 2009.

22. **Миронов, А. А.** Медицинское страхование / А. А. Миронов, А. М. Таранов, А. А. Чейда. – Москва : Наука, 1994. – 312 с.

23. **Налогообложение** операций по ДМС у работодателя / С. Семеновская // Налоговый учёт для бухгалтера. – № 4, апрель 2013 г.

24. **Об основах** охраны здоровья граждан в Российской Федерации : научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (постатейный) (под общ. ред. А. А. Кирилловых). – «Деловой двор», 2012 г.

25. **Ожегов, С. И.** Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов. – Москва : Оникс, 2008.

26. **О признании** расходов на ДМС / Ю. В. Абросимова // Оплата труда: бухгалтерский учёт и налогообложение. – № 8, август 2012 г.

27. **Основы** страховой деятельности : учебник / отв. ред. проф. Т. А. Фёдорова. – Москва : Изд-во БЕК, 2002. – 736 с.

28. **Пименова, Е. Н.** Страхование право / Е. Н. Пименова. – Москва : Форум, 2009.

29. **Подготовка** к заключению договора ДМС / С. Семеновская // Кадровая служба и управление персоналом предприятия. – № 4, апрель 2013 г.

30. **Роик, В.** Экономика, финансы и право социального страхования. Институты и страховые механизмы / В. Роик. – Москва : Альпина Паблицер, 2012. – 258 с.

31. **Стеценко, С. Г.** Медицинское право : учебник для юридических и медицинских ВУЗов / С. Г. Стеценко, Н. Г. Гончаров, В. Ю. Стеценко, А. Н. Пищита. – 2-е изд. доп. и перераб. / отв. ред. д-р мед. наук, д-р юрид. наук А. Н. Пищита. – Москва : «РМАПО», 2011.

32. **Страховое** возмещение при добровольном медицинском страховании в Российской Федерации / А. В. Мозалев // Финансы. – № 10, октябрь 2012 г.

33. **Страховое право** : учеб. пособие / под ред. В. В. Шахова. – Москва : ЮНИТИ, 2009.

34. **Учёт** расходов на ДМС / Л. Ларцева // Автономные учреждения: бухгалтерский учёт и налогообложение. – № 6, июнь 2013 г.

35. **Учёт** расходов по договору ДМС для целей налогообложения / Е. П. Зобова // Аптека: бухгалтерский учёт и налогообложение. – № 5, май 2013 г.

Internet-ресурсы

36. www.allinsurance.ru – Страхование в России.

37. www.strahovka.info – Атлас страхования.

38. www.finart.ru – Независимый интернет-проект, концентрирующий информацию по широкому спектру страховых и банковских услуг.

39. www.rosmedstrah.ru – Медицинское страхование в России.

40. www.insa.ru.

41. www.consultant.ru.

42. www.garant.ru.

43. <http://ora.ffoms.ru> – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

44. <http://www.znay.ru> – сайт о страховании.

45. <http://www.minzdravsoc.ru> – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

ГЛОССАРИЙ

Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счёт средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Больничная касса – учреждение, проводящее больничное страхование. Больничная касса создаёт страховой фонд за счёт взносов страхователей. Больничные кассы ориентируются на конкретный регион, профессиональные группы населения, отрасль или производственные предприятия; они заключают договоры с объединениями врачей, гарантирующие оказание врачебных услуг в случае болезни застрахованных.

Врачебно-страховая экспертиза – медицинское освидетельствование страхователей в связи с травмой, стойким расстройством здоровья, перенесённым заболеванием с целью установления причинно-следственной связи со страховым случаем, предусмотренным договором страхования. Врачебно-страховая экспертиза проводится силами врачебно-экспертной комиссии или врачами – доверенными страховщика. Результаты медицинского освидетельствования оформляются актом врачебно-страховой экспертизы и содержат рекомендации страховщику для принятия окончательного решения.

Градуированный страховой взнос – сумма, выплачиваемая страхователем страховщику за принятое обязательство возместить расходы на лечение. Градуированный страховой взнос учитывает уровень реальных расходов на медицинское обслуживание, который характерен для различных классов застрахованных лиц, дифференцированных по группам риска.

Добровольное медицинское страхование – регулируется законами «Об организации страхового дела в РФ», осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком в объёме и на условиях правил и программ ДМС, обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг, сверх установленных программами ОМС. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию – соглашение между страховой медицинской организацией (СМО) и медицинской организацией, включённой в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования

ния, предметом которого является обязательство медицинской организации оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховой медицинской организации – обязательства оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования – соглашение между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией (СМО), в соответствии с которым Территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация использует полученные денежные средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего договора.

Застрахованный по ОМС – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Контроль качества медицинской помощи – комплекс мероприятий по проверке соблюдения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий. Контроль качества медицинской помощи в ОМС осуществляется СМО в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Лицензирование медицинского страхования в РФ – выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определённых видов деятельности и услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Медицинская организация – учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи населению и имеющее лицензию на право занятия медицинской деятельностью. К ним относятся больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, клиники медицинских научных центров, научно-исследовательских и медицинских институтов, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, учреждения охраны материнства и детства.

Медицинская помощь – деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право, в соответствии с действующими

щим законодательством. Медицинская помощь включает в себя определённую совокупность медицинских услуг.

Медицинская помощь неотложная – совокупность мероприятий, оказываемых медицинскими работниками, при внезапных острых заболеваниях, травмах, отравлениях или резком ухудшении состояния.

Медицинская помощь скорая – система оказания на месте происшествия экстренной медицинской помощи при внезапных состояниях и несчастных случаях. Как правило, предоставляется медицинскими работниками специальных станций скорой и неотложной помощи.

Медицинский страховой полис – основной документ, удостоверяющий участие застрахованного контингента в системе страховой медицины. Размер страхового взноса при оформлении полиса зависит от состояния здоровья – наличия факторов риска, которые выявляются в ходе врачебно-страховой экспертизы.

Объект обязательного медицинского страхования – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Обязанности доверенного врача страховщика в медицинском страховании:

- регистрация материалов контроля и освидетельствования в медицинских, статистических и финансовых документах;
- анализ объёмов медицинских услуг в натуральном и стоимостном выражении;
- выявление врачей-нарушителей.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования

Полис обязательного медицинского страхования – документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объёме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Права пациента – специфические права, производные от общих гражданских прав, реализуемые при получении медицинской помощи или в связи с любым медицинским вмешательством, осуществляемым в отношении пациента.

Правила ОМС – правила обязательного медицинского страхования регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Программа государственных гарантий – Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ПГГ) определяет виды и объёмы медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории РФ бесплатно. Финансирование ПГГ осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования, средств бюджетов всех уровней. ПГГ устанавливаются нормативы объёмов медицинской помощи (по видам медицинской помощи) и нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на оказание гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, устанавливаемых в бюджетах ФФОМС, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и в бюджетах всех уровней по разделу «Здравоохранение и спорт». ПГГ ежегодно утверждается Правительством РФ.

Программа ОМС

Базовая программа ОМС – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счёт средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования. Территориальная программа ОМС разрабатывается в субъектах РФ на основе базовой программы ОМС и не может быть меньше объёма, установленного базовой программой ОМС.

Резерв финансирования предупредительных мероприятий (РФПМ) – финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией в целях финансирования мероприятий по предупреждению наступления страховых случаев, повышению качества и доступности медицинской помощи и других мероприятий, способствующих снижению затрат на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования. Конкретные направления использования резерва финансирования предупредительных мероприятий и порядок их финансирования устанавливаются ТФОМС.

Страхование основных медицинских расходов – форма страхования здоровья, обеспечивающая покрытие расходов по основным направлениям затрат: расходы по госпитализации, хирургические расходы, разнообразные больничные расходы и врачебный уход.

Страхование основных медицинских расходов проводится в форме индивидуального или группового страхования.

Страхователи в системе ОМС

– для неработающего населения – органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

– для работающего населения – органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты)

Страхователь по ДМС – гражданин или предприятие, заключившее договор ДМС

Страховая медицина – форма организации здравоохранения, которая предусматривает обязательное государственное страхование от болезней в сочетании с частной врачебной практикой и медицинскими учреждениями.

Страховая медицина позволяет поставить оплату труда медицинского персонала и доходы лечебных учреждений в непосредственную зависимость от качества лечения и диагностики.

Страховая медицинская организация (СМО) – осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Страховая опознавательная карта – документ установленной формы, выдаваемый страховой компанией своим клиентам для компьютерной регистрации оплаты медицинских услуг, производимых врачами, фармацевтами и средним медицинским персоналом, с целью контроля за потреблением расходуемых ресурсов застрахованным контингентом.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по её оплате медицинской организацией.

Страховой риск – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай по ОМС – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактиче-

ские мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Фонды обязательного медицинского страхования

Территориальный (ТФОМС) – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Федеральный (ФФОМС) – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (выдержки)

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

1. Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», настоящего Федерального закона, других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации. Отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

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

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

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе.

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования.

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

1) обеспечение за счёт средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской

помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также – программы обязательного медицинского страхования);

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Статья 5. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

Статья 6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 7. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 7.1. Порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 8. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся:

1) уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

2) установление в территориальных программах обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обяза-

тельного медицинского страхования, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;

3) финансовое обеспечение и реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;

4) утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.

Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования.

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Статья 10. Застрахованные лица.

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

5) неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трёх лет;

е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а» – «е» настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Статья 11. Страхователи.

1. Страхователями для работающих граждан, указанных в п. 1 – 4 ст. 10 настоящего Федерального закона, являются:

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

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

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

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в п. 5 ст. 10 настоящего Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определённые Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками стра-

ховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Статья 12. Страховщик.

1. Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Федеральный фонд – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Статья 13. Территориальные фонды.

1. Территориальные фонды – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом, для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

2. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом.

3. Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Для реализации полномочий, установленных настоящим Федеральным законом, территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Статья 14. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – страховая медицинская организация), – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского

страхования, заключённым между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее – договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования.

1. Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее – медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включённые в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц.

1. Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объёме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объёме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путём подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путём подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

5) выбор врача путём подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонаифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причинённого в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причинённого в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Статья 17. Права и обязанности страхователей.

1. Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

2. Страхователь обязан:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учёта в целях обязательного медицинского страхования;

2) своевременно и в полном объёме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

3. Страхователи, указанные в ч. 2 ст. 11 настоящего Федерального закона, обязаны представлять в территориальные фонды расчёты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном ч. 11 ст. 24 настоящего Федерального закона.

4. Регистрация и снятие с регистрационного учёта страхователей, указанных в ч. 1 ст. 11 настоящего Федерального закона, осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации. Контроль за регистрацией и снятием с регистрационного учёта указанных страхователей осуществляют территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, которые представляют соответствующие данные в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.

5. Регистрация и снятие с регистрационного учёта страхователей, указанных в ч. 2 ст. 11 настоящего Федерального закона, осуществляются территориальными фондами в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, при этом:

1) регистрация в качестве страхователя осуществляется на основании заявления о регистрации, подаваемого не позднее 30 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о наделении полномочиями страхователя (далее – наделение полномочиями);

2) снятие страхователя с регистрационного учёта осуществляется на основании заявления о снятии с регистрационного учёта в качестве страхователя, подаваемого в течение 10 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о прекращении полномочий страхователя (далее – прекращение полномочий).

6. Регистрация и снятие с регистрационного учёта страхователей осуществляются на основании документов, представленных ими на бумажном или электронном носителе.

7. Особенности постановки на учёт отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 18. Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учёта страхователей для неработающих граждан.

1. Нарушение страхователями, указанными в ч. 2 ст. 11 настоящего Федерального закона, срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учёта в территориальные фонды влечёт за собой наложение штрафа в размере пяти тысяч рублей.

2. Отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в территориальные фон-

ды документов или копий документов, предусмотренных настоящим Федеральным законом и(или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с настоящим Федеральным законом, влечёт за собой наложение штрафа в размере 50 рублей за каждый непредставленный документ.

3. В случае выявления нарушений, указанных в ч. 1 и(или) 2 настоящей статьи, должностные лица Федерального фонда или территориальных фондов составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании по форме, утверждённой Федеральным фондом.

4. Рассмотрение дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложение штрафов в части регистрации и снятия с регистрационного учёта страхователей для неработающих граждан осуществляются должностными лицами Федерального фонда или территориальных фондов в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Перечень должностных лиц Федерального фонда и территориальных фондов, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы в соответствии с ч. 3 и 4 настоящей статьи, утверждается Федеральным фондом.

6. Штрафы, начисленные в соответствии с настоящей статьёй, зачисляются в бюджет Федерального фонда.

Статья 19. Права и обязанности страховых медицинских организаций.

Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными ст. 38 и 39 настоящего Федерального закона.

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций.

1. Медицинские организации имеют право:

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключённых договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также – тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со ст. 42 настоящего Федерального закона.

2. Медицинские организации обязаны:

1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персонализированный учёт сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) предоставлять отчётность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;

6) размещать на своём официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ОБЩИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	4
2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	9
3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	14
4. МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ	20
5. СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС)	24
6. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ДМС)	32
7. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОЦЕНКА ЕГО КАЧЕСТВА	38
8. ОСНОВНЫЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	61
ГЛОССАРИЙ	64
ПРИЛОЖЕНИЕ	70

Учебное издание

ГАНИН Олег Владимирович
МЕЩЕРЯКОВА Светлана Владимировна

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Учебное пособие

Редактор И. В. К а л и с т р а т о в а
Инженер по компьютерному макетированию М. Н. Р ы ж к о в а

ISBN 978-5-8265-1281-4



Подписано в печать 18.06.2014.
Формат 60 × 84/16. 4,65 усл. печ. л.
Тираж 100 экз. Заказ № 307

Издательско-полиграфический центр
ФГБОУ ВПО «ТГТУ»
392000, Тамбов, ул. Советская, 106, к. 14.
Тел./факс (4752) 63-81-08, 63-81-33.
E-mail: izdatelstvo@admin.tstu.ru