**План**

**Введение**

**Глава 1. Обязательное медицинское страхование в России**

1.1 Правовые и организационные особенности ОМС

1.2 Проблемы развития ОМС в России

**Глава II. Добровольное медицинское страхование в России**

2.1 Правовые и организационные особенности ДМС

2.2 ДМС и ОМС: проблемы взаимодействия

**Заключение**

**Список нормативных правовых актов и литературы**

**Введение**

Право на охрану здоровья граждан Российской Федерации государством определено Конституцией РФ (статья 39)[[1]](#footnote-1). Это право имеют все граждане нашей страны (как работающие, так и неработающие). При этом долгое время единственным источником финансирования здравоохранения в нашей стране был государственный бюджет. Однако, бюджетный метод финансирования ориентирован на возможности бюджета, а не на реальные расходы, складывающиеся в этой сфере. Привлечь дополнительные источники возможно, если изменить сам принцип финансирования данной отрасли, в частности организовав страховую медицину.

С 1993 года в нашей стране появилась страховая система здравоохранения, при которой средства на здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей. Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. Медицинское страхование позволяет человеку сопоставить необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья.

В Российской Федерации медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. В их основу положены разные организационно-правовые и экономические принципы. Целевое предназначение обязательного медицинского страхования (ОМС) – удовлетворение минимально необходимой потребности населения в медицинской помощи за счет дополнительных сумм налогов и иных финансовых источников, позволяющих распределить бремя затрат на медицинскую помощь. Добровольное медицинское страхование (ДМС) реализуется на возмездных началах и позволяет получить дополнительные медицинские услуги, сверх гарантированных. Добровольное медицинское страхование по общему правилу признается личным, однако можно встретить мнение, что его следует признать имущественным, поскольку объектом страхования является имущественный интерес застрахованного в сохранении своего имущества при возникновении потребности в медицинской помощи. С такой точкой зрения можно согласиться только частично, поскольку основной интерес застрахованного лица заключается, прежде всего, в получении качественной медицинской помощи.

Актуальность темы данной работы объясняется тем, что в настоящее время медицинское страхование может по праву считаться одним из столпов страхового рынка России. Его доля в общем сборе страховых взносов составляет около 34%. В основном это обязательное медицинское страхование, однако и добровольное медицинское страхование вносит свой вклад в развитие рынка. Ежегодный прирост объемов ДМС оценивается в 25-30% и обеспечивается, прежде всего, за счет корпоративных клиентов. Кроме того, компенсацию медицинских расходов обеспечивают полисы страхования от несчастных случаев и полисы страхования ответственности за причинение вреда третьим лицам. С учетом этих составляющих доля его в общем объеме сборов страховых премий, по оценкам, превышает 35%.[[2]](#footnote-2)

Объектом представленной работы выступает совокупность общественных отношений, складывающихся в сфере медицинского страхования в России.

Предметом исследования являются особенности правового регулирования ОМС и ДМС в современных российских условиях.

Целью работы является обобщение действующего законодательства по данному вопросу, раскрытие основных характеристик существующей в России модели медицинского страхования, выявление наиболее остро стоящих вопросов по данной теме.

В соответствии с этой целью автором поставлены следующие задачи:

* выявить правовые и организационные аспекты ОМС и ДБС;
* рассмотреть проблемы, существующие в практике реализации ОМС и ДБС;
* выявить проблемы взаимодействия ОМС и ДБС.

При выполнении данной работы автор руководствовался действующим законодательством, комментариями к нормативно-правовым актам, учебной и монографической литературой.

В качестве методологической основы исследования были использованы следующие методы: диалектический, структурный, системный, сравнительный, анализ и синтез.

**Глава 1. Обязательное медицинское страхование в России**

**1.1 Правовые и организационные особенности ОМС**

Обязательное медицинское страхование (ОМС), будучи составной частью государственного социального страхования, обеспечивает всем гражданам минимальный гарантированный объем бесплатной медицинской и лекарственной помощи. Его можно определить как деятельность по защите здоровья населения, проводимую государством с целью оказания медицинской помощи при наступлении страховых случаев за счет накопленных денежных средств. 28 июня 1991 года был принят Закон РФ № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", который заложил основы обязательного медицинского страхования граждан. Основной целью медицинского страхования является гарантия гражданам при возникновении страхового риска получить медицинскую помощь за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Кроме того, цель обязательного медицинского страхования также состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставлении за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему обязательного медицинского страхования следует рассматривать с 2-х точек зрения. С одной стороны, - это составная часть государственной системы социальной защиты (является частью системы социального страхования). С другой стороны, обязательное медицинское страхование представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг.

Обязательное медицинское страхование носит всеобщий характер. Статья первая Закона о медицинском страховании граждан в РФ закрепляет право всех граждан независимо от пола, возраста, места жительства на получение медицинской помощи на территории РФ в соответствии с базовой программой ОМС.

Правовыми основами обязательного медицинского страхования являются:

* Конституция Российской Федерации;
* Гражданский кодекс Российской Федерации (Часть вторая, глава 48);
* Закон Российской Федерации от 28.06.1991 года N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и законодательные документы, регулирующие деятельность федерального и территориальных фондов ОМС;
* Закон Российской Федерации от 27.11.1992 года № 4015-I «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;
* Федеральный закон от 16.07.1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»;
* Постановление Правительства РФ от 23.01.1992 года № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»;
* Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан,
утвержденные Федеральным фондом ОМС 03.10.2003 г. № 3856/30-3/и, и иные нормативно-правовые документы федерального и территориального уровней управления ОМС.

К субъектам обязательного медицинского страхования относятся страховые медицинские организации (страховщики), страхователи, граждане (застрахованные), медицинские организации (выгодоприобретатели).

Страховая медицинская организация действует на основании лицензии, и помимо обязательного медицинского страхования имеет право осуществлять только добровольное медицинское страхование.

Страхователями по обязательному медицинскому страхованию являются[[3]](#footnote-3):

* работодатели и иные плательщики единого социального налога, заключившие договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
* органы исполнительной власти субъекта РФ, заключившие договоры обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией в отношении неработающего населения, за исключением пенсионеров;
* Пенсионный фонд РФ, заключивший договор обязательного медицинского страхования в отношении пенсионеров;
* Фонд обязательного медицинского страхования России, в случае если плательщики ЕСН, орган исполнительной власти субъекта РФ, Пенсионный фонд РФ не заключили договоры обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией.

Плательщики ЕСН заключают договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией. В такой ситуации плательщик ЕСН получает налоговый вычет по единому социальному налогу в размере всей части ЕСН, уплачиваемой фондам обязательного медицинского страхования. Размер страхового взноса, уплачиваемого плательщиком ЕСН по договору обязательного медицинского страхования страховой медицинской организации, должен быть меньше размера части ЕСН, уплачиваемой фондам обязательного медицинского страхования, примерно на сумму, равную расходам фонда обязательного медицинского страхования на осуществление своих функций, в случае если фонд обязательного медицинского страхования в отношении с застрахованными такого плательщика ЕСН будет выступать страхователем. Взносы по договору обязательного медицинского страхования, уплачиваемые плательщиком ЕСН страховой медицинской организации, признаются расходами, уменьшающими налогооблагаемую базу по налогу на прибыль, в размере всей суммы взносов.

У плательщиков ЕСН есть выбор - вместо заключения договора обязательного медицинского страхования и уплаты взноса страховой медицинской организации плательщик ЕСН может просто уплачивать соответствующую часть единого социального налога Фонду обязательного медицинского страхования России. В такой ситуации страхователем в отношении работников этого плательщика ЕСН и (или) его самого будет выступать Фонд обязательного медицинского страхования.

Застрахованные получают полисы обязательного медицинского страхования непосредственно у страховой медицинской организации. Исключением может быть ситуация, когда плательщик ЕСН, заключивший договоры обязательного медицинского страхования, самостоятельно получает полисы в страховой медицинской организации и передает их застрахованным лицам.

В случае если органы исполнительной власти субъектов РФ заключают договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, они являются страхователями неработающего населения за исключением пенсионеров.

Если органы исполнительной власти субъекта РФ не заключают договоры обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, то они перечисляют платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения Фонду обязательного медицинского страхования России.

В ситуациях, когда органы исполнительной власти субъекта РФ не заключили договоры обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, страхователем неработающего населения по обязательному медицинскому страхованию выступает Фонд обязательного медицинского страхования России.

Пенсионный фонд РФ заключает договоры обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в качестве страхователя в отношении пенсионеров. Страховые медицинские организации приобретают право осуществлять обязательное медицинское страхование пенсионеров на основании конкурса.

Фонд обязательного медицинского страхования является страхователем работающего и неработающего населения, в отношении которого не заключены договоры обязательного медицинского страхования плательщиками ЕСН, органами исполнительной власти субъектов РФ, Пенсионным фондом РФ.

В рамках своих обязанностей как страхователя Фонд обязательного медицинского страхования осуществляет учет лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию. Плательщики ЕСН, органы местной администрации и Пенсионный фонд РФ обязаны предоставлять Фонду обязательного медицинского страхования сведения о наличии заключенных ими со страховыми медицинскими организациями договоров обязательного медицинского страхования. Фонд обязательного медицинского страхования ведет персонифицированный учет граждан, в отношении которых плательщики ЕСН, органы исполнительной власти субъектов РФ, Пенсионный фонд РФ не заключили договоры обязательного медицинского страхования, а продолжают уплачивать единый социальный налог и платежи в бюджет Фонда обязательного медицинского страхования России соответственно.

Таким образом, у Фонда обязательного медицинского страхования России будет сформирован банк данных о всех гражданах РФ, подлежащих обязательному медицинскому страхованию, о гражданах, в отношении которых заключены договоры обязательного медицинского страхования плательщиками ЕСН, органами исполнительной власти РФ и Пенсионным фондом России, а также сведения о лицах, в отношении которых Фонд обязательного медицинского страхования России должен выступать страхователем по договорам обязательного медицинского страхования.

Существующая в настоящее время система фондов обязательного медицинского страхования (ФФОМС и ТФОМС) не обеспечивает должного уровня организации обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, считая себя самостоятельными юридическими лицами, фактически не подчиняются Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, не исполняют требования нормативно-методических документов Федерального фонда обязательного медицинского страхования. При этом Федеральный фонд обязательного медицинского страхования не имеет действенных механизмов обязывания территориальных фондов обязательного медицинского страхования к исполнению нормативных актов, регулирующих обязательное медицинское страхование, поскольку территориальные фонды обязательного медицинского страхования реально подчиняются органам исполнительной власти субъекта РФ.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования являются государственной собственностью, но при этом не входят в состав бюджетов и изъятию не подлежат.

Средствами обязательного медицинского страхования управляют Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС, которые созданы на основании «Положения о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования» и «Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования», утвержденных Постановлением Верховного Совета Российской Федерации № 4543-1 от 24.02.1993 г.[[4]](#footnote-4) Фонд обязательного медицинского страхования не имеет права расходовать средства обязательного медицинского страхования на иные, нежели предусмотрено, цели, в том числе Фонд не имеет права перечислять полученные от плательщиков взносы и платежи на обязательное медицинское страхование непосредственно лечебным учреждениям или за счет указанных денежных средств приобретать медицинское оборудование и лекарственные препараты для лечебных учреждений.

В основе положении о фондах обязательного медицинского страхования лежит правовая конструкция, учитывающая мировой опыт наиболее эффективной защиты общественных средств от нецелевого их использования. Создание фондов ОМС позволяет обеспечить финансовые условия для сохранения бесплатной для граждан медицинской помощи.

В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в национальном хозяйстве страны и отдельных ее регионов, и при необходимости используют средства бюджета здравоохранения на другие нужды, фонды ОМС занимаются финансированием только медицинской помощи, тем самым гарантируют целевое их использование. При этом территориальные фонды ОМС обеспечивают сбор страховых взносов и их использование на оплату медицинской помощи населению конкретной территории, а Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России и дотирует территориальные фонды при недостатке у них средств, вызванном объективными причинами (тяжелое состояние экономики, большое количество больных и пожилых людей и др.). Федеральный фонд ОМС осуществляет также сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС, проводит методическую работу по совершенствованию ее деятельности. Следует подчеркнуть, что фонды ОМС – это некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

Фонды обязательного медицинского страхования построены по принципу публично-правового учреждения, то есть руководство деятельностью фонда осуществляется правлением и его постоянно действующим исполнительным органом – исполнительной дирекцией. Состав правления Федерального фонда ОМС утверждается органом законодательной власти Российской Федерации. Состав правления территориального фонда ОМС утверждается органом представительной власти территории. Председатель правления избирается членами правления Федерального (территориальных) фонда обязательного медицинского страхования. В составе правления Федерального (территориальных) фонда обязательного медицинского страхования предусмотрено участие двух представителей страхователей.

Правление фонда обязательного медицинского страхования работает на общественных началах. Страхователи в составе правления фонда участвуют в определении направлений развития обязательного медицинского страхования на территории субъекта РФ и контролируют правильность использования средств ОМС.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании договора обязательного медицинского страхования, заключаемого между страховой медицинской организацией и страхователем. Договор обязательного медицинского страхования является публичным договором, и страховая медицинская организация не вправе отказать страхователю в его заключении. При этом согласно ст. 9 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования с определенной страховой медицинской организацией, вносить страховые взносы (платежи) в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования. За отказ предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйственных субъектов независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции.

В соответствии со ст. 9 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» у страхователя есть право выбора страховой медицинской организации. Реализуя это право страхователь должен прежде всего проверить, имеет ли страховая медицинская организация государственную лицензию на право осуществления страховой деятельности по обязательному медицинскому страхованию на данной территории, а также показатели ее финансового состояния и платежеспособность. Если страхователь удовлетворен степенью надежности выбранной им страховой медицинской организации, то он вправе принимать самостоятельное решение по заключению договоров обязательного медицинского страхования.

Право страхователя на осуществление контроля за выполнением условий договора обязательного медицинского страхования может быть реализовано им путем организации и осуществления собственных проверок исполнения условий договора. Страхователь может поручить проведение проверки компетентной независимой экспертной организации (например, проверить соответствие установленным требованиям условий оказания медицинской помощи застрахованным и др.).

Страхователь обязан вносить страховые взносы на ОМС в порядке, установленном действующим законодательством. В случае невыполнения данной обязанности взносы могут быть взысканы в принудительном порядке. Механизм принудительного взыскания взносов предусмотрен Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и установлен «Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», утвержденным Постановлением Верховного Совета Российской Федерации № 4543-1 от 24.02.1993 и «Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование», утвержденной Постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации № 1018 от 11.10.1993[[5]](#footnote-5).

Страхователь обязан заключить договор обязательного медицинского страхования в пользу конкретного работающего гражданина сразу после подписания с ним трудового соглашения. Ответственность страхователя за уклонение от заключения договоров обязательного медицинского страхования определяется ст. 27 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

С момента расторжения трудового договора обязанности работодателя (как страхователя) по обязательному медицинскому страхованию перед работником прекращаются и переходят к другому страхователю, в зависимости от нового статуса застрахованного (безработный, работник другого предприятия, пенсионер и т.д.).

Договор ОМС заключается в интересах граждан и предусматривает обязательства страховой медицинской организации (страховщика) по организации и финансированию медицинского помощи. Виды и объем медицинской помощи, за организацию и финансирование которой несет ответственность страховщик, определяются территориальной программой обязательного медицинского страхования, которая является приложением к договору ОМС.

Страховой медицинский полис является документом, удостоверяющим факт заключения договора по обязательному (добровольному) медицинскому страхованию (п. 2 ст. 940 ГК РФ[[6]](#footnote-6)). Поскольку договор страхования может быть заключен путем вручения страховщиком страхователю страхового полиса, страховой полис в данном случае должен содержать все существенные условия договора страхования, предусмотренные ст. 942 ГК РФ, в частности сведения:

* о застрахованном лице;
* о характере события, в случае наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
* о размере страховой суммы;
* о сроке действия договора;
* а также иные условия, предусмотренные в ст. 4 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Форма страхового медицинского полиса и Инструкция по его ведению утверждены Постановлением Правительства РФ от 23.01.1992 года № 41. Утвержденная Правительством РФ форма страхового полиса по обязательному медицинскому страхованию практически не отличается от формы страхового полиса по добровольному медицинскому страхованию и не содержит обязательных сведений, предусмотренных законодательством. В типовых формах полисов отсутствует указание на размер страховых взносов и страховой суммы. Если при обязательном медицинском страховании максимальный объем страховщика по индивидуальному риску не определяется, то при заключении договора добровольного медицинского страхования размер страховой суммы является существенным условием и, соответственно, на основании ст. 942 ГК РФ в обязательном порядке должен быть указан в полисе. То же касается размера страховых взносов в случае, когда факт заключения договора добровольного медицинского страхования удостоверяется страховым полисом, который должен содержать все существенные условия договора, в том числе условие о размере, сроке и порядке внесения страховых взносов, предусмотренные в ст. 4 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Страховой медицинский полис является документом, подтверждающим то, что страховщик, выдавший данный полис, будет оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованному гражданину. Типовыми правилами обязательного медицинского страхования (п. 6.2) предусмотрено, что в случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить полис обязательного медицинского страхования, он может указать застраховавшую его страховую организацию или обратиться за подтверждением в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, который обязан подтвердить медицинскому учреждению факт страхования гражданина.

В соответствии с п. 6.1 Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 03.10.2003[[7]](#footnote-7), страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим заключение договора по обязательному медицинскому страхованию граждан, имеющим силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения об обязательном медицинском страховании граждан.

Особо необходимо оговорить положение иностранных граждан, временно находящихся на территории России. Согласно ст. 8 закона РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" иностранные граждане, постоянно проживающие в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное.

Права иностранных граждан на получение медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования определяются для неработающих граждан характером их проживания на территории Российской Федерации (постоянным или временным), а для работающих на территории Российской Федерации иностранных граждан - правом работы на предприятиях, расположенных на территории Российской Федерации, независимо от характера проживания на территории Российской Федерации.

Работающие на территории Российской Федерации иностранные граждане подлежат обязательному медицинскому страхованию независимо от факта постоянного проживания на территории Российской Федерации. Работодатель платит единый социальный налог (в рамках которого и предусмотрены отчисления в фонд обязательного медицинского страхования) с вознаграждения, выплачиваемого работнику - иностранному гражданину, равно как и с вознаграждения, выплачиваемого работнику - гражданину Российской Федерации.

**1.2 Проблемы развития ОМС в России**

Несмотря на то, что закон об ОМС действует с 1992 г., сама концепция страховой медицины далеко не бесспорна и очевидна для организаторов системы здравоохранения. Многие из них стремятся к централизованному распределению средств фонда ОМС в дополнение к прямому бюджетному финансированию медучреждений. Определенная законом модель организации ОМС, включающая фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские учреждения, на сегодняшний день функционирует лишь в трети субъектов РФ. В остальных действуют альтернативные варианты. Территориальные фонды ОМС широко используют практику создания своих филиалов, которые занимаются выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений. В более чем половине субъектов РФ такие организации действуют наравне со страховыми медицинскими компаниями, а в двадцати субъектах РФ страховые медицинские организации вообще отсутствуют.

Такая ситуация связана с тем, что в настоящее время в законодательстве, регулирующем осуществление обязательного медицинского страхования, существует следующая коллизия норм права: Федеральный закон от 16.07.1999 N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" (далее - Закон N 165-ФЗ), вступивший в силу в 1999 году и являющийся основным законом в сфере регулирования обязательного социального страхования, одним из видов которого является ОМС, определяет страховщиков как некоммерческие организации, создаваемые Правительством РФ. Одновременно с этим Федеральный закон от 28.06.1991 N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (далее - Закон N 1499-1), действующий с 1991 года и являющийся специальным законом, не был приведен в соответствие с законом "Об основах обязательного социального страхования". Субъектами медицинского страхования в соответствии с нормами Закона N 1499-1 выступают граждане, страхователи, медицинские учреждения и страховые медицинские организации (ст. 2). Основным недостатком данного закона является то, что он не содержит понятия "страховщик". Таким образом, общий и специальный законы не коррелируют друг с другом по вопросу субъектного состава отношений по обязательному медицинскому страхованию. В связи с этим многие государственные органы, в том числе и органы судебной власти, а также территориальные фонды обязательного медицинского страхования считают, что страховые медицинские организации не вправе осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию, так как они не являются некоммерческими организациями, созданными Правительством РФ, как то определено Законом N 165-ФЗ (ст. 6 и 13). Так, во многих субъектах РФ местное законодательство исключало страховые медицинские организации из числа субъектов обязательного медицинского страхования. Таким образом, в ряде субъектов РФ страховые медицинские организации не могут осуществлять деятельность даже в том случае, если они получили лицензию[[8]](#footnote-8). Функции страховщика в данной ситуации полностью возложили на себя территориальные фонды обязательного медицинского страхования[[9]](#footnote-9).

У населения преимущества страховой медицины тоже не находят понимания в силу их неочевидности. Главные из этих преимуществ могут быть поняты лишь на макроэкономическом уровне. Во-первых, это создание собственной, независимой от бюджета финансовой базы здравоохранения. Во-вторых, изменение направленности движения финансовых потоков в сторону потребителей, чтобы деньги шли в медицину вслед за пациентом. В принципе это должно способствовать повышению качества медицинских услуг и созданию в этой сфере ситуации, отдаленно напоминающей конкуренцию. Практика введения родовых сертификатов показала, что фактор заинтересованности медицинского учреждения в клиентах может работать достаточно эффективно. Третье преимущество состоит в возможности эффективного контроля качества медицинского обслуживания со стороны страховой организации. Но это возможно, если страховщик стоит на стороне застрахованного, не ограничиваясь интересами экономии затрат.

Серьезной проблемой ОМС является хроническое недофинансирование, связанное с платежами органов исполнительной власти за неработающее население. Эти платежи должны базироваться на стоимости территориальных программ ОМС. Однако до сих пор отсутствуют регламентирующие документы по расчету нормативов платежей. Фактически они вносятся исходя из разницы между стоимостью территориальной программы и взносами хозяйствующих субъектов, которые составляют 3,1% от фонда оплаты труда. Поэтому чем больше средств на ОМС платят работодатели за работающих лиц, тем меньше взносы местных органов за неработающее население. В результате доля средств, поступающих на страхование неработающего населения, составляет немногим более 30%, тогда как неработающее население составляет 55% всей численности населения РФ[[10]](#footnote-10). Таким образом, страховую медицину искусственно держат на голодном пайке, существенно сокращая возможности улучшения качества медицинского обслуживания.

медицинский страхование добровольный обязательный

**Глава 2. Добровольное медицинское страхование в России**

**2.1 Правовые и организационные особенности ДМС**

В отличие от обязательного, добровольное медицинское страхование основано на принципе свободы договора, означающего добровольное принятие решения страхователем о заключении договора, отсутствие законодательно закрепленного размера страховых взносов и т.п. В ряде случаев страховые полисы добровольного медицинского страхования продаются гражданам в медицинских учреждениях в день обращения граждан за медицинской помощью, однако это не изменяет его добровольного характера.

Особенностью такого договора, является обязанность медицинского учреждения предоставлять застрахованному контингенту качественную медицинскую помощь в объеме, определяемом программой добровольного медицинского страхования, а страховой медицинской организации – оплачивать стоимость оказанной медицинской помощи.

Добровольное медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по страховым выплатам в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванного его обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в определенную программу медицинского страхования. В системе добровольного медицинского страхования взаимоотношения между страховщиком и медицинским учреждением складываются на основе соответствующего договора, в котором стороны самостоятельно определяют порядок взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги.

Дополнительные медицинские и иные услуги (сверх социально гарантированного объема, определяемого базовой программой и составленными на ее основе территориальными программами государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи) предоставляются гражданам на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации (ст. 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1)[[11]](#footnote-11). Это позволяет удовлетворять индивидуальные потребности граждан в медицинских услугах в той части, которые превышают минимально необходимые потребности, признанные обществом и государством самостоятельно, в расчете на более высокую квалификацию врачей. Таким образом, оказание медицинской помощи на платной основе не противоречит действующему законодательству.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Следует отметить, что на российском страховом рынке доминирует практика заключения коллективных договоров. Это вызвано, прежде всего, такими факторами, как низкая платежеспособность потенциальных индивидуальных страхователей, невысокая страховая культура потенциального индивидуального потребителя. При заключении коллективных договоров медицинского страхования индивидуальные полисы обычно выдаются каждому застрахованному лицу, однако это не значит, что с ними заключают отдельные договоры страхования. Такие полисы следует рассматривать как документы, удостоверяющие право пользования соответствующим медицинским учреждением.

Договор добровольного медицинского страхования является смешанным, поскольку помимо собственно страховых услуг он включает также условие об оказании других видов услуг, в частности, осуществление контроля за объемом, сроками и качеством медицинского обслуживания, обоснованности оказанного лечения и т.д.

По своей правовой природе - это всегда возмездная сделка. Однако его возмездность заключается в обязанности страхователя вносить страховые взносы, а не в обязанности оплачивать медицинские услуги. Договор добровольного медицинского страхования часто заключается в форме коллективного страхования, где в качестве страхователя выступают предприятия и организации, заключающие договор со страховщиком о страховании своих работников или иных физических лиц (например, членов семей работников). Ставки страховых взносов по коллективному страхованию обычно ниже, чем по индивидуальному.

В соответствии с ч. 4 ст. 4 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное. Таким образом, можно придти к выводу о том, что этот договор является реальным (хотя эта норма носит диспозитивный характер). Как и в отношении любого другого договора для него предусмотрена обязательная письменная форма, при несоблюдении которой он будет признан недействительным. Для заключения договора страховой медицинской организации с медицинским учреждением, как правило, используется типовая форма такого документа, утвержденная постановлением Правительства РФ от 23 января 1992 г. N 41, с учетом Правил добровольного медицинского страхования (имеются у каждой страховой медицинской организации), положений ГК РФ и собственного опыта практической работы страховой организации на рынке медицинского страхования.

Особенностью добровольного медицинского страхования является также субъектный состав. Субъектами данного договора здесь являются: страховщик, страхователь и так называемые третьи лица. Правовое положение этих лиц в договоре страхования, их основные права и обязанности регулируются Гражданским кодексом РФ, Законом о медицинском страховании граждан в Российской Федерации.

Как следует из ч. 3 ст. 2 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. В период действия договора добровольного медицинского страхования при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного. Термин предприятие здесь не совсем корректен, поскольку правильнее было бы говорить "юридические лица".

Источниками средств в добровольном медицинском страховании являются средства предприятий, учреждений, организаций, а также личные средства граждан. На отношения по добровольному медицинскому страхованию распространяется закон Российской Федерации "О защите прав потребителей" в том случае, если страхователем по договору выступает физическое лицо. Отсюда вытекают права страхователя - потребителя услуги на предоставление ему услуги соответствующего объема и качества, установленного договором и стандартами, на безопасность услуги, на информацию об исполнителе, услугах.

Согласно ст. 14 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не должна превышать 10 процентов общего пакета акций страховой медицинской организации.

Страховые медицинские организации (страховщики) должны иметь государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием выдается органами Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Застрахованное лицо в данном случае - это лицо, имущественные интересы которого, связанные с жизнью или здоровьем, должны быть застрахованы по договору добровольного медицинского страхования. Замена застрахованного лица в договорах добровольного медицинского страхования, в том случае, если оно прямо названо в договоре, не может происходить без его согласия. Очевидно, что в том случае, когда застрахованное лицо иным образом индивидуализируется в договоре, его замена может происходить и без его согласия. Например, если в договоре личного страхования работодателем застрахованы работники определенных категорий.

Поскольку объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая (ст. 3 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации») возникает вопрос о том, является данный вид страхования имущественным или личным. Как уже было отмечено, этот вопрос не получил однозначного решения.

В соответствии со ст. 970 ГК РФ правила, предусмотренные гл. 48 "Страхование" ГК РФ, применяются к договорам ДМС субсидиарно, т.е. постольку, поскольку законом об этом виде страхования не предусмотрено иное. В соответствии с нормами п. 1 ст. 934 ГК РФ и подп. 2 п. 1 ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации"[[12]](#footnote-12) медицинское страхование является разновидностью личного страхования. Согласно же абз. 2 п. 1 ст. 927 ГК договоры личного страхования являются публичными договорами

Публичным договором признается договор, заключенный коммерческой организацией и устанавливающий ее обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится (розничная торговля, перевозка транспортом общего пользования, услуги связи, энергоснабжение, медицинское, гостиничное обслуживание и т.п.). Коммерческая организация не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим в отношении заключения публичного договора, кроме случаев, предусмотренных законом и иными правовыми актами.

Цена товаров, работ и услуг, а также иные условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей, за исключением случаев, когда законом и иными правовыми актами допускается предоставление льгот для отдельных категорий потребителей.

Никаких специальных льгот ни в Законе о медицинском страховании, ни в других правовых актах не установлено. Однако известно, что договоры добровольного медицинского страхования не заключаются с любым и каждым на одинаковых условиях. Во всех стандартных правилах добровольного медицинского страхования имеются положения, согласно которым не могут страховаться по этой системе престарелые и тяжело больные люди. Как правило, на страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, ВИЧ-инфицированные, инвалиды I группы и некоторые иные категории граждан

Статья 2 Закона "О медицинском страховании граждан в РФ" устанавливает в качестве субъектов медицинского страхования медицинские учреждения. При этом под медицинскими учреждениями понимаются: имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Кроме того, данный закон в статье 15 закрепляет право страховой организации заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями.

Полис добровольного медицинского страхования часто входит в так называемый социальный пакет, который предоставляется некоторыми работодателями своим работникам наряду с заработной платой. В первую очередь работодателей, выступающих в роли страхователей, интересуют программы обслуживания в поликлиниках, а также услуги врача-терапевта (врача фирмы), который закрепляется за определенной организацией. Вместе с тем распространены программы добровольного медицинского страхования детей в возрасте до трех лет, предусматривающие закрепление за ребенком личного педиатра, а также оказание помощи и консультаций врачей специалистов на дому.

В некоторых случаях добровольное страхование превращается по существу в обязательное. Так, спортсменам приходится покупать полисы добровольного медицинского страхования для участия в соревнованиях. Иначе их просто не допустят для участия в этих соревнованиях. В первую очередь речь идет о таких травмоопасных видах спорта как бокс, хоккей, парашютный спорт и некоторые др.

Особой разновидностью добровольного медицинского страхования является страхование туристов, выезжающих за границу. Следует отметить, что в ряде стран наличие страхового полиса является непременным условием въезда в страну и по существу можно также говорить не о добровольном, а об обязательном медицинском страховании. Страховые полисы предоставляет выезжающему туристу обычно сами туристические фирмы, однако если турист не согласен с условиями договора страхования, то он может обратиться непосредственно в страховую компанию. Размер страхового взноса зависит от срока действия полиса, страны и размера страховой суммы. Кроме того, учитывается вид туризма. Так, в последнее время получил распространение так называемый экстремальный туризм, который несомненно является более рисковым. В частности, страховое покрытие для экстремального туризма включает покрытие расходов спасательных служб и бесплатных телефонных консультаций с врачами, специализирующихся в данной области.

В случае наступления страхового случая застрахованное лицо звонит в сервисную компанию, телефон которой указан в страховом полисе и сообщает оператору номер своего полиса и имя. Последний направляет застрахованному врача или "Скорую помощь". Если застрахованному лицу уже оказывается медицинская помощь (например, в результате несчастного случая он оказывается в больнице, то сервисная компания сообщает медицинскому учреждению, в котором оказывается помощь, что оплата лечения будет осуществлена соответствующей страховой организацией.

Медицинские услуги, предусмотренные договором страхования, оказываются для туриста бесплатно (их оплачивает страховая компания). Возможны ситуации, когда пострадавший турист уже оплатил оказанные услуги самостоятельно. В таких случаях он может обратиться в страховую компанию с требованием их компенсировать.

Предметом добровольного медицинского страхования является здоровье застрахованного лица, подверженное риску его повреждения в результате неблагоприятных событий или заболеваний застрахованного, вызывающих необходимость обращения в медицинские учреждения за получением медицинской помощи.

Следует отметить, что в последние годы фиксируются многочисленные случаи мошенничества в сфере медицинского страхования, в которых участвуют и медицинские работники. Так, например, в больничные листы записывается более сложный диагноз, чем есть на самом деле. В результате страховые организации вынуждены платить более высокие суммы, чем это необходимо.

В правилах большинства страховых компаний страховым событием в рамках добровольного медицинского страхования указывается "обращение Застрахованного в медицинское учреждение, указанное в Договоре (Полисе) добровольного медицинского страхования, за получением медицинских услуг, оговоренных Программой добровольного медицинского страхования". Это представляется не совсем верным: ведь расходы страхователя (застрахованного), связанные с таким обращением могут быть покрыты и другим путем: собственными средствами, бюджетными средствами, средствами обязательного медицинского страхования и т.п. И в этом случае такое обращение никак нельзя считать страховым событием в рамках договора добровольного медицинского страхования, влекущего обязанность произвести выплату страхового обеспечения. При этом на российском страховом рынке почти не практикуется такая форма медицинского страхования (кстати, одна из основных во всем мире), как компенсация медицинских расходов, фактически произведенных страхователем (застрахованным).

Если же страхователем по добровольному медицинскому страхованию выступает юридическое лицо, то вопрос ответственности за качество и безопасность лечения следует рассматривать с иной точки зрения. Постольку, поскольку сторонами договора выступают страховщик и страхователь, а медицинское учреждение не находится в прямых договорных отношениях со страхователем, следовательно, гражданско-правовую ответственность за качество и безопасность лечения несет в полной мере страховщик.

Существует ряд обстоятельств, освобождающих страховые организации от оплаты медицинских услуг (такие условия оговариваются специально в договоре), если повреждение здоровья было вызвано:

* состоянием опьянения;
* в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с повреждением здоровья;
* в результате покушения на самоубийство, за исключением, когда застрахованный не доведен до такого состояния третьими лицами;
* при умышленном причинении себе умышленных повреждений и т.д.

Страховщик заключает с медицинскими учреждениями соответствующие договоры на оказание услуг по добровольному медицинскому страхованию, а медицинское учреждение обязано предоставлять оговоренные услуги лицам, имеющим договор страхования с данным страховщиком. Медицинское учреждение несет гражданско-правовую ответственность за предоставление страхователю медицинских услуг предусмотренного договором объема и стандартов качества в соответствии с условиями договора, заключенного между ним и страховой организацией. В случае нарушения стандартов страхования страховщик имеет право частично или полностью не оплачивать стоимость медицинских услуг[[13]](#footnote-13).

Данные стандарты должны быть не ниже стандартов, установленных Минздравом РФ. Кроме того, страховщики ставят вопрос о согласовании покрытия медицинских расходов, связанных с экспериментальными курсами лечения и использованием экспериментальных лекарств. Практически все страховщики включают в договор добровольного медицинского страхования оговорку об исключении из покрытия методик лечения, не допущенных в установленном порядке к использованию на территории Российской Федерации. Многие исключают из покрытия методики, именуемые "традиционными" или наоборот, "нетрадиционными". Со временем многие методики выходят из этой категории: например, иридодиагностика, еще совсем недавно считавшаяся чуть ли не шаманством, сейчас заняла прочное место среди классических методов диагностики.

**2.2 ДМС и ОМС: проблемы взаимодействия**

Добровольное медицинское страхование служит дополнением к бесплатным формам обеспечения населения медицинскими услугами. ДМС стало первым видом страхования, который был освоен нашими страховщиками в период перестройки. Финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата. Благодаря налоговым льготам для организаций, использующих собственные средства на добровольное медицинское страхование своих работников, коллективная форма ДМС получила широкое распространение в РФ. Свыше 90% средств дают коллективные полисы, тогда как страхование по индивидуальным полисам развивается медленно. Главная причина состояла в отсутствии долгое время налоговых льгот для индивидуальных клиентов. Общее число страхователей увеличивается в год примерно на 15%, однако не более 20% работающего населения имеют полисы ДМС[[14]](#footnote-14). Поэтому перспективы роста оцениваются здесь достаточно высоко.

Потребность в ДМС непосредственно зависит от уровня развития обязательного медицинского страхования. Чем полнее покрываются потребности людей в медицинских услугах по линии ОМС, тем меньше спрос на услуги по ДМС. В этом отношении шансы ДМС чрезвычайно высоки. Это объясняется не только недостаточно высоким уровнем бесплатных медицинских услуг, но и глобальными тенденциями кризиса всех систем обязательного социального страхования. Этот кризис связан с демографическими характеристиками современного общества. Не может быть исключением и Россия. В условиях, когда соотношение между числом работающих и неработающих складывается в пользу неработающих, а фонды социального страхования формируются за счет платежей работающей части населения, принцип коллективной солидарности уже не может работать как основополагающий принцип социального страхования. Это стимулирует к расширению палитры предложения страховых услуг в сфере медстрахования.

Одной из проблем развития ДМС является то обстоятельство, что в нашей стране по полису ДМС покрываются расходы только на те медицинские услуги, которые оплачиваются программой ОМС частично или не оплачиваются вообще (например, дорогостоящие операции и процедуры). ДМС дает право пациенту на привлечение ведущих врачей-специалистов, выбор больницы и врача, обеспечение комфортных условий лечения и т.д. Вместе с тем добровольное медицинское страхование может носить совершенно самостоятельный характер и не зависеть от ОМС. Например, страхование выезжающих за рубеж, страхование лиц, не охваченных ОМС.

Фактически четкое разграничение функций ОМС и ДМС в одном страховом случае не является простым делом. В результате возможно пересечение функций и переложение затрат на лечение либо на обязательное, либо на добровольное страхование. При этом, естественно, исходят не из интересов застрахованного лица, а из финансовых интересов самих страховщиков. Примером может служить страхование ОСАГО.

Известно, что по полису ОСАГО оплачиваются лишь дополнительные расходы на лечение и последующую реабилитацию сверх того, что предоставляется по ОМС. В этой ситуации было бы логичнее вообще убрать страхование медицинских затрат из полиса ОСАГО, и тогда стоимость страхования будет меньше. Но никто этого делать не собирается. В то же время в закон внесена поправка об увеличении размера возмещения ущербам жизни и здоровью до 160 000 руб. на каждого потерпевшего по каждому ДТП в течение срока действия полиса. Однако утвержденной методики по определению размера такого возмещения у страховщиков нет. Каждая страховая компания использует собственную методику, ориентированную на минимум выплат, или вообще не платит по этим ущербам.

Страховщики единодушны в том, что необходимо принять единую методику определения размера возмещения вреда, причиненного в результате ДТП жизни и здоровью граждан. В состав убытков должны входить не только дополнительно понесенные затраты на лечение, лекарства, питание, протезирование, санаторно-курортное лечение и расходы на погребение. Кроме того, в состав возмещаемых потерь могут войти утраченный заработок из-за потери профессиональной или общей трудоспособности, а также потери для иждивенцев в связи со смертью кормильца. Расчет размера убытков по каждому из этих пунктов должен быть четко определен, так же как права и порядок действий страхователей, потерпевших и выгодоприобретателей.

В связи с дискуссиями о реформе ОМС высказываются радикальные предложения оставлять часть причитающихся взносов на ОМС на предприятиях, как это делается со взносами в ФСС. Работодатель мог бы использовать эти средства вместе с собственными затратами на ДМС на качественное лечение своих работников. Привлекательность такого предложения очевидна. Однако его принятие неизбежно приведет к разрушению единой системы обязательного медицинского страхования. В России более половины населения относится к категории неработающих. Кроме того, немало людей, занятых на малых и средних предприятиях и в госсекторе, так что покупка полиса ДМС в большинстве случаев для них нереальна.

Важнейшей проблемой медицинского страхования является определение стоимости медицинских услуг. В России до сих пор отсутствуют четкие медико-экономические стандарты и протоколы для лечения большинства заболеваний, которые разрабатывает и утверждает Минздрав. Основой при этом должны стать стандарты ОМС, которых тоже пока не существует.

Мировая практика такова: каждая страна имеет законодательно утвержденные тарифы медицинских услуг по ОМС. Эти тарифы использует и добровольное медицинское страхование, применяя к ним коэффициенты от 100 до 300% в зависимости от программы страхования, выбранной клиентом.

В России существуют методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС, где указывается, что оплата медицинской помощи в рамках ОМС производится по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения, заключаемого между органами власти, медицинскими и страховыми учреждениями в рамках каждого субъекта РФ. Единой методики расчета тарифов не существует. Расчет стоимости медицинских услуг делается разными способами: по смете расходов, по средней стоимости пролеченного больного, по числу койко-дней и др. Однако ни одним документом не закреплена практика использования этих тарифов в ДМС как базы для расчетов с медицинскими учреждениями и обоснования стоимости программ ДМС. Фактически стоимость медицинских услуг в ДМС устанавливается на основании индивидуальных соглашений между страховщиками и лечебными учреждениями. При этом налицо прямое давление медицины на страховщиков, связанное с отсутствием конкуренции на рынке медицинских услуг. Исключение составляет лишь стоматология, где уровень конкуренции достаточно высок.

В целом, по оценкам специалистов, рост цен на медицинские услуги составляет в среднем в год 20-30%, а на страховые полисы - 10-15%. Результат - быстрый рост убыточности ДМС, которая в среднем по рынку составляет около 60% и имеет тенденцию к повышению. Вследствие диспаритета цен падает качество страховой услуги. В целях снижения затрат страховщики вынуждены сокращать оплату диагностических и лечебных процедур, ставя под сомнение необходимость их проведения. Очевидно, что пришел черед формировать новую технологичную систему отношений на рынке ДМС.

**Заключение**

Функционирование системы ОМС в нашей стране часто и заслуженно подвергается критике, создавая впечатление, что именно оно определяет погоду в здравоохранении. Хотя на долю ОМС приходится почти вся амбулаторно-поликлиническая и большая часть стационарной помощи, доля его в финансировании здравоохранения составляет около 40%[[15]](#footnote-15). Более половины финансирования "бесплатных" медицинских услуг приходится на государственный бюджет, из которого оплачиваются скорая медицинская помощь, лечение в специализированных диспансерах и больницах, дорогостоящие высокотехнологичные виды лечения по утвержденному перечню, льготное лекарственное обеспечение. Однако, в настоящее время ограничение финансовых возможностей государства, вызванное общим замедлением темпов роста производства, при нарастании бюджетного дефицита сделало невозможным обеспечение необходимых расходов на здравоохранение только за счет государственных фондов.

В целом для системы здравоохранения характерно наличие многих каналов финансирования и чрезвычайно слабая нормативная база обоснования издержек. Экономика здравоохранения крайне непрозрачна, а желание сделать ее более прозрачной полностью отсутствует. Это обстоятельство сказывается на деятельности всех медицинских страховщиков, как в части ОМС, так и ДМС. Чтобы сделать медицинское страхование более эффективным в деле защиты интересов людей, надо, на наш взгляд, решить две задачи: во-первых, усилить позиции обязательного медицинского страхования и, во-вторых, оптимальным образом сочетать функции обязательного и добровольного медицинского страхования, что должно придать развитию ДМС дополнительный стимул.

Существующая в настоящее время тенденция удорожания медицинских услуг и роста убыточности медицинского страхования характерна для большинства стран. В связи с этим предпринимаются попытки внесения радикальных изменений в организацию системы медицинского обслуживания населения. Лидером в этом процессе выступают США, где формируются общества взаимного страхования здоровья, организующие медицинское обслуживание своих членов на основе прямого заключения договоров с медицинскими учреждениями. Страхование и лечение в таких организациях стоит дешевле, так как общество осуществляет полный оперативный контроль использования собранных средств. Эта форма практикуется только в коллективном страховании, осуществляемом совместно работодателями и наемными работниками. По всей вероятности, это направление развития перспективно и для России.

**Список нормативных правовых актов и литературы**

**Нормативные правовые акты**

1. Конституция Российской Федерации (1993) // Российская газета. – 1993. – № 237. – Ст. 46.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая: Федеральный закон от 26.01.1996 года № 14-ФЗ // СПС «Гарант» – www.garant.ru

3. Закон Российской Федерации от 28.06.1991 года № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

4. Закон Российской Федерации от 27.11.1992 года № 4015-I «Об организации страхового дела в Российской Федерации» // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. N 5487-1 // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

6. Федеральный закон РФ от 24.07.1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

7. Федеральный закон РФ от 16.07.1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

8. Постановление Правительства РФ от 23.01.1992 г. N 41 "О мерах по выполнению Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

9. Постановление ВС РФ от 24.02.1993 г. N 4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год" // СПС «Гарант» – www.garant.ru

10. Постановление Совета Министров - Правительства РФ от 11.10.1993 г. N 1018 "О мерах по выполнению Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" // СПС «Гарант» – www.garant.ru

11. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан, утвержденные Федеральным фондом ОМС 03.10.2003 г. N 3856/30-3/и // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

**Научная и учебная литература**

1. Гвозденко А.А. Основы страхования: Учебник. – М.: Финансы и статистика. – 1999.

2. Гришаев С.П. Страхование. Учебно-практическое пособие // СПС «Гарант». – 2009. – www.garant.ru.

3. Дедиков С.В. Уведомление страховщика о страховом случае // Закон. –2006. – № 3.

4. Донин В.М., Маркова О.П. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации с различных точек зрения // Менеджер здравоохранения. –2005. – № 5.

5. Информационно-аналитическая справка о формировании доходов по обязательному медицинскому страхованию в территориальных фондах обязательного медицинского страхования в 1-м полугодии 2008 года // www.ffoms.ru.

6. Косульникова М. Добровольное медицинское страхование // Московский бухгалтер. – 2008. – № 19.

7. Машкова С.Ю. Правовая характеристика отношений по добровольному медицинскому страхованию // Юридическая и правовая работа в страховании. – 2009. – № 1.

8. Садиков О.Н. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Части второй. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Норма. – 2000.

9. Селуянов Д.М. Договор обязательного медицинского страхования: гражданско-правовой аспект // Юридическая и правовая работа в страховании. –2006. – № 2.

10. Тарадонов С.В. Страховое право. – М.: Юристъ. – 2007.

11. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы. – 2008. – № 10.

12. Филипков В.В. Особенности нормативного регулирования ОМС в Российской Федерации // Нормативное регулирование страховой деятельности. Документы и комментарии. – 2009. – № 1.

13. Фогельсон Ю.Б. Введение в страховое право. – М.: Юристъ. – 2001.

1. Конституция Российской Федерации (1993) // Российская газета. – 1993. – № 237. – Ст. 46. [↑](#footnote-ref-1)
2. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы. – 2008. – № 10. [↑](#footnote-ref-2)
3. #  Филипков В.В. Особенности нормативного регулирования ОМС в Российской Федерации // Нормативное регулирование страховой деятельности. Документы и комментарии. – 2009. – № 1.

 [↑](#footnote-ref-3)
4. #  Постановление ВС РФ от 24.02.1993 года № 4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год" // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

 [↑](#footnote-ref-4)
5. #  Постановление Совета Министров - Правительства РФ от 11.10.1993 года № 1018 "О мерах по выполнению Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

 [↑](#footnote-ref-5)
6. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая: Федеральный закон от 26 января 1996 года № 14-ФЗ // СПС «Гарант» – www.garant.ru. [↑](#footnote-ref-6)
7. #  Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан,утвержденные Федеральным фондом ОМС 3 октября 2003 г. N 3856/30-3/и // СПС «Гарант» – www.garant.ru.

 [↑](#footnote-ref-7)
8. Филипков В.В. Особенности нормативного регулирования ОМС в Российской Федерации // Нормативное регулирование страховой деятельности. Документы и комментарии. – 2009. – № 1. [↑](#footnote-ref-8)
9. Селуянов Д.М. Договор обязательного медицинского страхования: гражданско-правовой аспект // Юридическая и правовая работа в страховании. – 2006. – № 2. [↑](#footnote-ref-9)
10. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы. – 2008. – № 10. [↑](#footnote-ref-10)
11. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 // СПС «Гарант» – www.garant.ru. [↑](#footnote-ref-11)
12. Закон РФ от 27.11.1992 года № 4015-I «Об организации страхового дела в Российской Федерации» // СПС «Гарант» – www.garant.ru. [↑](#footnote-ref-12)
13. Селуянов Д.М. Договор обязательного медицинского страхования: гражданско-правовой аспект // Юридическая и правовая работа в страховании. –2006. – № 2. [↑](#footnote-ref-13)
14. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы. – 2008. – № 10. [↑](#footnote-ref-14)
15. Информационно-аналитическая справка о формировании доходов по обязательному медицинскому страхованию в территориальных фондах обязательного медицинского страхования в 1-м полугодии 2008 года // www.ffoms.ru. [↑](#footnote-ref-15)