**Введение**

Медицинское страхование (Health insurance) в РФ – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

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

В правовом отношении этот вид страхования опирается на закон, определяющий правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения России. Закон обеспечивает конституционное право граждан России на медицинскую помощь. Также вспомним историю возникновения Обязательного медицинского страхования. Об этом пойдет речь в главе 1.

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

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

Во второй главе, мы поговорим о необходимости создания ОМС. Рассмотрим центральные проблемы ОМС. Согласно Программе госгарантий на систему обязательного медицинского страхования возлагается 85% всего объема медицинской помощи, а за счет средств бюджетов - 15%. Фактически в финансовом выражении это соотношение представляется как 38% и 68%, соответственно;

Медицинское страхование на территории РФ осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование осуществляется в силу закона, а добровольное проводится на основе договора, заключенного между страхователем и страховщиком. Каждая из этих форм страхования имеет свои особенности.

Проблемы системы обязательного медицинского страхования вытекают из одного фактора – обязательное медицинское страхование осуществляется на основе принципа финансирования, а не на основе принципов организации рискового страхования. Все отношения в системе обязательного медицинского страхования построены по тому принципу, что лечебные учреждения получают средства от страховых медицинских организаций не в качестве возмещения затрат за проведенное лечение застрахованного, а в качестве средств на предоставление медицинской помощи. Медицинские учреждения не заинтересованы в повышении качества оказываемых услуг, поскольку при организации оплаты по системе финансирования медицинские учреждения в любом случае получать ранее оговоренную оплату, вне зависимости от своих реальных усилий. Целью реформирования обязательного медицинского страхования является, в том числе, и повышение качества оказываемых в данной системе услуг. А этого можно добиться только в случае отказа от системы финансирования в пользу принципов оплаты с учетом не только объемов, но и качества услуг. Обязательное медицинское страхование перестанет развиваться по экстенсивному типу только тогда, когда оно станет рисковым видом страхования, по которому оплата будет осуществляться унифицированными и персонифицированными способами. Об этой поговори в третьей главе.

Чтобы разобраться в особенностях отечественного медицинского страхования, необходимо, прежде всего, рассмотреть основные принципы страховой деятельности. Этому и посвящена данная курсовая работа.

**1. История возникновения фонда обязательного медицинского страхования в РФ**

В России становление системы помощи населению при болезни связывается, в первую очередь, с развитием в конце XIX в. земской медицины, дотируемой за счет казны, ассигнований губернских и уездных властей. Медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения в силу ее аграрности и очень малого периода пореформенного капиталистического развития.

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

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

1 этап. С марта 1861 г. по июнь1903 г. В 1861 г. был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2-3% заработной платы). В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.

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

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

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

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

В декабре 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования. В январе 1913 г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С июня-июля 1913 г. были созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи. В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях. По закону 1912г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах: 1. Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях. 2. Амбулаторное лечение. 3. Родовспоможение. 4. Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

К 1916 г. в России уже существовало 2403 больничные кассы, насчитывающие 1961 тысяч членов.[19] Такие кассы просуществовали до революции, а после принятия запрета о введении государственной монополии в страховании они потеряли не только свою актуальность, но и легитимность.

4 этап. С июля 1917 по октябрь 1917 года. После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования (Новелла от 25.07.1917 г.), включающие следующие основные концептуальные положения: - расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одномоментно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных); - предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы); - повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек; - полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьёзно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

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

Основные положения Декларации были следующие: - распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту; - распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы).

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

Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10.1918г., которым было утверждено "Положение о социальном обеспечении трудящихся". В новом Положении термин "страхование" был заменен на термин "обеспечение". Это соответствовало концепции Советского правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован и Россия стала "социалистической" и, следовательно, капиталистический институт социального страхования должен был уступить свое место социалистическому институту социального обеспечения. Содержание Декрета от 31.10.1918 г. полностью этому соответствовало.

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

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

15.11.1921 г. издается Декрет "О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом", в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых определялись Советом Народных Комиссаров и дифференцировались в зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда.

Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками стали комиссии по охране труда и социального обеспечения. По Постановлению Совета Народных Комиссаров № 19 ст.124 от 23.03.1926 г. из всех средств социального страхования образовывались следующие операционные фонды:

1) Фонды, находящиеся в непосредственном распоряжении органов социального страхования.

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

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

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

8 этап. С июня 1991 года по настоящее время. И лишь с принятием Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г. можно начать говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране.

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

**1.1 Законодательная опора медицинского страхования**

Правовыми основами охраны здоровья в России прежде всего является основной закон государства – Конституция Российской Федерации.

В соответствии со статьей 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом Российской Федерации в 1991 году, провозгласила, что каждый имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения. Государство принимает меры, направленные на развитие всех форм оказания медицинских услуг, включая бесплатное и платное медицинское обслуживание, а также медицинское страхование, поощряет деятельность, способствующую экологическому благополучию, укреплению здоровья каждого, развитию физической культуры и спорта (ст.25).

Значительным событием в правовом регулировании вопросов здоровья населения России и защиты прав граждан в области здравоохранения стало принятие Верховным Советом Российской Федерации в 1993 году Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Установленные Основами законодательства об охране здоровья граждан нормы, касающиеся прав пациентов, полностью корреспондируются с правами граждан, изложенными в Законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», принятом Верховным Советом РФ в 1991 году, с изменениями и дополнениями в редакции от 2 апреля 1993 года №4741-1. Принятие закона создало новую правовую ситуацию.

Впервые за многие десятилетия отношения «пациент – система здравоохранения» переведены из сферы административного права в сферу гражданско-правового регулирования, в которой пациент приобрел правовой паритет с другими участниками процесса медицинского обслуживания как равноправный субъект медицинского страхования.

В системе медицинского страхования взаимодействие между субъектами страхования, гражданско-правовое регулирование отношений «пациент – страховщик, пациент – страхователь» реализуется на основе договоров медицинского страхования, предусматривающих их права и обязанности и, что особенно важно, их ответственность. Все это создает новые возможности для защиты прав и законных интересов граждан.

Наличие третьей стороны (страховых медицинских организаций, филиалов территориальных фондов ОМС, выполняющих функции страховщика) в системе отношений пациента с другими участниками процесса медицинского обслуживания является эффективным средством для регулирования взаимодействия двух основных сторон (продавца и потребителя услуг) в сфере медицинского обслуживания. Указанная сторона служит реальной правовой основой для защиты прав пациентов в системе обязательного медицинского страхования и разрушает имевшую место ранее ситуацию, когда пациент в одиночку противостоял системе здравоохранения.

Закон предусматривает два равноправных участника (страховщика и лечебно-профилактическое учреждение) договора на предоставление гражданам лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию. Если нарушение прав граждан трактуется как нарушение договорных обязательств, то за этим следуют санкции в соответствии с разделом договора «Ответственность сторон», предусматривающие штрафы, а не дисциплинарные взыскания, на которые в лучшем случае мог рассчитывать пациент при государственно-административной системе организации здравоохранения.

Основной документ в системе ОМС – страховой полис обязательного медицинского страхования граждан, который является юридическим оформлением прав пациента и обязательством системы обязательного медицинского страхования по оказанию медицинской помощи.

Страховой полис обязательного медицинского страхования персонализирует право пациента на получение медицинской помощи надлежащего качества и объема, установленных Базовой программой обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации независимо от уровня дохода, социального положения и места проживания.

В законе прямо указано: «Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения и органы управления здравоохранением, и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций». В то же время в нем определены обязанности страховой медицинской организации контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора и защищать интересы застрахованных. И в отличие от ведомственного контроля, который существовал до введения закона и существует до сих пор, по результатам вневедомственного контроля предусмотрены меры экономического воздействия на медицинские учреждения, так как в случае нарушения медицинским учреждением условий договора в части объема и качества предоставляемых медицинских услуг страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

Эти положения развиваются в подзаконных актах: Положении о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, Типовых правилах обязательного медицинского страхования и, наконец, в договорах. В Типовых договорах обязательного медицинского страхования работающих и неработающих граждан страховщик обязуется перед страхователем осуществлять контроль за качеством и объемом медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам медицинскими учреждениями, а в Типовом договоре о финансировании обязательного медицинского страхования страховщик берет на себя такое же обязательство перед территориальным фондом ОМС. И, наконец, в Типовом договоре на предоставление лечебно- профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию страховщик реализует это обязательство, указывая медицинскому учреждению, что он будет контролировать уже обязательство последнего по оказанию застрахованным гражданам медицинской помощи надлежащего качества.

Реализация государственной политики в области обязательного медицинского страхования в соответствии с законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», возрастающее число обращений граждан в территориальные фонды ОМС, их филиалы, страховые медицинские организации определяют необходимость проведения последовательных действий по обеспечению защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования, развития системы вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи как важнейшей и основной части защиты прав пациентов.

**2. Необходимость создания ОМС**

Основная цель ОМС 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 ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной зашиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. С другой стороны, ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. Необходимо заметить, что в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже и дамках другой государственной системы – социального страхования и не является предметом ОМС.

Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Утвержденная постановлением Правительства РФ от 11.09.98 г. № 1096 Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относится амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет средств федерального бюджета. Значительно (на 34,6%) возросли поступления на обязательное медицинское страхование неработающего населения – 24,1 млрд. рублей. Однако это только 1/3 часть от расчетной потребности, которая составляет 76,0 млрд. рублей, ведь неработающее население составляет порядка 60% от общей численности населения Российской Федерации.

В настоящее время государственные обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи не обеспечиваются финансовыми ресурсами. До сих пор не утверждена базовая программа ОМС, а территориальные программы ОМС финансируются лишь на 40-60%.

**2.1 Центральные проблемы ОМС**

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

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

**Структура платных услуг населению по Чувашии** (в процентах к итогу)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | |
| Процентов | Млн руб. |
| **Все оказанные услуги** | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 78817,4 |
| в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| бытовые | 11,3 | 9,9 | 8,8 | 8,3 | 7,3 | 7,9 | 8,5 | 8,9 | 6991,6 |
| транспортные | 20,1 | 18,0 | 16,7 | 15,7 | 13,9 | 13,4 | 12,5 | 11,9 | 9356,7 |
| связи | 15,8 | 16,6 | 17,6 | 20,1 | 18,7 | 20,1 | 22,0 | 19,8 | 15596,0 |
| жилищные | 5,1 | 7,7 | 8,1 | 8,0 | 8,3 | 8,0 | 7,5 | 8,2 | 6430,3 |
| коммунальные | 22,8 | 25,3 | 26,0 | 27,6 | 31,0 | 28,8 | 27,5 | 30,4 | 24104,0 |
| гостиниц и аналогичных средств размещения | 1,9 | 2,2 | 2,2 | 2,0 | 2,1 | 2,4 | 2,3 | 1,8 | 1427,3 |
| культуры | 1,2 | 1,2 | 1,0 | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 704,1 |
| туристские | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 2,2 | 2,5 | 2,8 | 2,7 | 2120,3 |
| физической культуры и спорта | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 439,3 |
| медицинские | 8,2 | 7,5 | 7,5 | 6,5 | 5,7 | 5,8 | 5,8 | 5,3 | 4203,6 |
| санаторно-оздоровительные | 1,7 | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,1 | 840,6 |
| ветеринарные | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 101,7 |
| правового характера | 0,9 | 0,7 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,8 | 627,7 |
| системы образования | 7,3 | 7,2 | 7,8 | 7,1 | 7,2 | 7,5 | 7,1 | 6,5 | 5098,1 |
| другие услуги | 2,7 | 1,2 | 1,2 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 1,1 | 1,0 | 776,1 |

На территории Чувашской Республики на конец 2009 года медицинскую помощь населению оказывали 61 больничное учреждение, имеющее 12510 коек круглосуточных и дневных стационаров и 81 врачебное амбулаторно-поликлиническое учреждение всех министерств, ведомств и форм собственности, 525 фельдшерско-акушерских пунктов. В составе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений действуют 35 детских поликлиник, отделений, кабинетов, 37 женских консультаций, акушерско-гинекологических отделений, кабинетов.

Обеспеченность населения лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими кадрами характеризуется следующими данными: (на конец года)

**Показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений на конец 2009 года по городу Чебоксары**

|  | *20081)* | *20091)* | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Численность врачей всех специальностей, человек | 6117 | 5936 | |  |
| на 10000 населения | 47,8 | 46,4 | |  |
| Численность среднего медицинского персонала, человек | 14529 | 14521 | |  |
| на 10000 населения | 113,6 | 113,6 | |  |
| Число больничных учреждений, единиц | 61 | 61 | |  |
| Число больничных коек, единиц | 12677 | 12510 | |  |
| на 10000 населения | 99,1 | 97,9 | |  |
| Число врачебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению, единиц | 82 | 81 | |  |
| Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену | 38159 | 37111 | |  |
| на 10000 населения | 298,3 | 290,3 | |  |
| Число женских консультаций, детских поликлиник, амбулаторий (самостоятельных) и число учреждений, имеющих женские консультации и детские отделения, единиц | 80 | | 72 | |
| Число коек (врачебных и акушерских) для беременных женщин и рожениц, единиц | 762 | | 713 | |
| Число коек для детей, единиц | 1800 | | 1759 | |
| на 10000 детей | 91,9 | | 89,02) | |
| Число фельдшерско-акушерских пунктов, единиц | 529 | | 525 | |
| 1) Без микропредприятий.  2) Данные предварительные. | | | | |

На одного врача приходилось 215,4 человека населения (в 2008 году – 209,1 человека), на одного среднего медперсонала – 88,0 (в 2008 году – 88,1 человека), на одну больничную койку – 102,2 человека (в 2008 году – 100,9 человека).

**2.2 Добровольное медицинское страхование (ДМС)**

медицинский страхование обязательный

Конституция РФ в статье 41 провозглашает право на охрану здоровья и медицинскую помощь, ставя его в один ряд с такими социальными правами, как право на пенсионное и социальное обеспечение, право на жилище, право на охрану материнства и детства. Экономические гарантии сами представляют собой систему, центральное место в которой занимают государственное (бюджетное) финансирование, обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). ДМС должно было бы занять достойное место среди экономических гарантий права на охрану здоровья и стать одной из наиболее действенных среди них.

Впервые о ДМС заговорили в 90-е годы к исходу горбачевской перестройки, когда окончательно стало ясно, что государство не в состоянии исполнять свои обязательства по финансированию здравоохранения. Надвигалась экономическая катастрофа, которая все более сказывалась на реализации государством социальных функций. В этих условиях было решено обратиться к опыту других стран, где национальные системы здравоохранения имеют различные источники финансирования, дополняющие друг друга. Организаторы здравоохранения, экономисты и законодатель одинаково понимали необходимость реформ в отросли, в первую очередь, – пересмотра концепции финансового обеспечения здравоохранения.

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая, т.е. страхового случая – (в ДМС) обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезнет необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным.

Полезную информацию для оценки возможностей развития ДМС предоставляют данные социологических исследований, в частности исследования, проведенного в 2000 г. сотрудниками ОАО «РОСНО. Количество респондентов составило 10 тыс. человек в возрасте от 18 до 80 лет, в том числе 6 тыс. пациентов АПУ Москвы, 3 тыс. пациентов АПУ Санкт-Петербурга и 1 тыс. пациентов АПУ г. Саратова. 70% респондентов составили пациенты государственных медицинских учреждений, 20,8% – ведомственных и 8,2% – самостоятельных. Более половины респондентов были пенсионерами или не работали (68,2%). Опрос проводился методом анкетирования.

Добровольным медицинским страхованием оказались охвачены только 2% респондентов. Вместе с тем практически все опрошенные (98,2%) отметили, что более или менее регулярно оплачивают медицинское обслуживание. В их числе 81% респондентов платили лично врачу, 36% - в кассу медицинского учреждения (допускалось указание нескольких вариантов ответов, поэтому сумма показателей в процентах превышает 100. 80% респондентов выразили готовность тратить часть своего дохода на оплату медицинской помощи ради обеспечения повышенного уровня качества медицинских услуг, применения передовых медицинских технологий, получения дополнительного сервиса. Но заключить договор ДМС принципиально готовы лишь 10% опрошенных. Таким образом, система “прямой оплаты” медицинских услуг для населения выглядит привычнее и проще.

**3. Основные направления реформирования ОМС**

За десять лет осуществления обязательного медицинского страхования граждан в деятельности системы обязательного медицинского страхования выявилось достаточно проблем правового и экономического характера, которые требуют разрешения на уровне федерального закона. При этом за время существования системы обязательного медицинского страхования она приобрела достаточно четкую структуру взаимодействия субъектов обязательного медицинского страхования.

В рамках совершенствования системы обязательного медицинского страхования главным представляется определение порядка и источников финансирования, обеспечивающих оказание необходимой и достаточной медицинской помощи по ее видам и объемам. В федеральном законе о медицинском страховании должна быть установлена зависимость объема ответственности страховщиков от объема средств, перечисленных им страхователями. Средства обязательного медицинского страхования, находящиеся у медицинских страховых организаций, должны быть защищены от принудительного взыскания налоговыми органами, а также от взыскания по долгам, не связанным с деятельностью в рамках обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в федеральном законе об обязательном медицинском страховании следует четко разграничить контрольные функции фонда обязательного медицинского страхования и органа страхового надзора.

В настоящее время главной проблемой системы обязательного медицинского страхования является проблема недофинансированияе, что связано в первую очередь с несбалансированностью программы обязательного медицинского страхования с финансовыми ресурсами, аккумулируемыми в данной системе. За все время существования системы обязательного медицинского страхования остается неразрешенной проблема перечисления взносов на обязательного медицинского страхования неработающего населения субъектами РФ. За последние годы сумма взносов за неработающее население, перечисляемая в целом по стране, более чем в три раза меньше расчетной. В существующем законодательстве отсутствуют действенные механизмы стимулирования субъектов РФ на осуществление данных платежей. Единственной возможностью территориального фонда обязательного медицинского страхования воздействовать на органы исполнительной власти является обращение в суд. Однако в таком случае складывается ситуация, когда исполнительный директор территориального фонда обязательного медицинского страхования, назначенный органами исполнительной власти субъекта РФ, должен выступать в суде с иском к назначившему его органу исполнительной власти субъекта РФ.

Проблема неполного финансирования усугубляется также политикой органов исполнительной власти ряда субъектов РФ и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, не допускающих страховые медицинские организации к осуществлению обязательного медицинского страхования и передающих функции страховых медицинских организаций территориальным фондам.

Еще одной проблемой системы обязательного медицинского страхования является практика перечисления территориальными фондами обязательного медицинского страхования бюджетных средств медицинским учреждениям, минуя страховые медицинские организации. При этом достаточно часто лечебные учреждения получают не денежные средства, а медикаменты и оборудование по завышенным ценам. В связи с этим медицинские учреждения получают медикаментов и оборудования в меньшем количестве, чем они могли бы самостоятельно закупить на полученные от страховой медицинской организации средства. Все это дополнительно затрудняет финансовое планирование.

Все перечисленные проблемы системы обязательного медицинского страхования вытекают из одного фактора – до сих пор обязательное медицинское страхование осуществляется на основе принципа финансирования, а не на основе принципов организации рискового страхования. Все отношения в системе обязательного медицинского страхования построены по тому принципу, что лечебные учреждения получают средства от страховых медицинских организаций не в качестве возмещения затрат за проведенное лечение застрахованного, а в качестве средств на предоставление медицинской помощи.

Обязательное медицинское страхование перестанет развиваться по экстенсивному типу только тогда, когда оно станет рисковым видом страхования, по которому оплата будет осуществляться унифицированными и персонифицированными способами.

Реформирование обязательного медицинского страхования возможно только при одновременном изменении законодательства о страховании социальном. Это обусловлено тем, что в настоящее время отношения по обязательному медицинскому страхованию помимо Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» регулируются законом «Об основах обязательного социального страхования». Указанный закон устанавливает иную, по сравнению с действующей, систему обязательного медицинского страхования. Фактически при осуществлении обязательного медицинского страхования нормы закона «Об основах обязательного социального страхования» практически не соблюдаются. Однако на стадии разработки концепции реформирования обязательного медицинского страхования возникает необходимость решения вопроса о том, предполагается ли реформировать систему обязательного медицинского страхования, модернизируя выработанную годами практику взаимоотношений субъектов обязательного медицинского страхования, или же разрабатывать новую модель взаимодействия указанных субъектов в соответствии с положениями закона «Об основах обязательного социального страхования».

Полное изменение системы обязательного медицинского страхования в соответствии с положениями закона «Об основах обязательного социального страхования» предполагает изменение субъектов обязательного медицинского страхования. Так закон «Об основах обязательного социального страхования» в качестве страховщика предусматривает некоммерческую организацию. Причем функции, которые обязан осуществлять страховщик по обязательному социальному страхованию, не сможет осуществлять ни одна негосударственная некоммерческая организация. По сути, страховщиком по обязательному социальному страхованию является государственный фонд (Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования), а значит, при реформировании обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством страховщиком по обязательного медицинского страхования будет выступать Фонд обязательного медицинского страхования.

Следовательно, страховые медицинские организации не будут вправе заключать и исполнять договоры обязательного медицинского страхования. Такой фактический запрет на участие страховых медицинских организаций в осуществлении обязательного медицинского страхования не позволит достичь основной цели реформирования обязательного медицинского страхования – преобразования обязательного медицинского страхования в страхование рисковое, действительно основанное на принципах страхования.

Исключение страховых медицинских организаций из субъектов обязательного медицинского страхования также не позволит достичь еще одной цели реформирования обязательного медицинского страхования, а именно реального и действенного контроля за качеством оказываемой медицинской помощи, защиты прав застрахованных. Когда у страхователя будет выбор, с какой страховой медицинской организацией заключить договор обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации будут вынуждены в рамках конкуренции добросовестно исполнять свои обязанности по договору, а значит, они будут тщательнее контролировать исполнение лечебным учреждений обязанностей по договору оказания медицинских услуг, качество и объем оказанных услуг, в случае необходимости защищать права застрахованных граждан.

В связи со сказанным необходимо внести изменения в закон «Об основах обязательного социального страхования» в части отношений, регулируемых указанным законом. Действие закона «Об основах обязательного социального страхования» не должно распространять на обязательное медицинское страхования, хотя последние и является видом обязательного социального страхования.

Целью реформирования системы обязательного медицинского страхования является обеспечение гарантированной оплаты медицинским организациям медицинской помощи, бесплатно предоставленной гражданам в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие проблемы:

организация обязательного медицинского страхования на основании принципов рискового страхования;

обеспечение сбалансированности доходов системы обязательного медицинского страхования и ее обязательств;

обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования средств обязательного медицинского страхования.

**3.1** **Основные направления совершенствования системы обязательного медицинского страхования**

*1. Система обязательного медицинского страхования*

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании договора обязательного медицинского страхования, заключаемого страховой медицинской организацией и страхователем. Договор обязательного медицинского страхования является публичным договором, и страховая медицинская организация не вправе отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования.

Субъекты обязательного медицинского страхования - страховые медицинские организации (страховщики), страхователи (см. ниже), граждане (застрахованные), медицинские организации (выгодоприобретатели).

Страховая медицинская организация действует на основании лицензии. Данная лицензия выдается не на осуществление обязательного медицинского страхования на определенной территории, как это существует в настоящее время. Лицензия на осуществление обязательного медицинского страхования действует на всей территории РФ.

Единство лицензии обеспечит, прежде всего, единство полисов обязательного медицинского страхования, каждый из которых будет действовать на всей территории РФ, а не на территории отдельного субъекта РФ. А это ликвидирует проблему с оплатой медицинских услуг, оказанных вне территории субъекта РФ, на территории которого имеет право в соответствии с лицензией осуществлять обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация.

Страховая медицинская организация, осуществляющая обязательное медицинское страхование, имеет право осуществлять помимо обязательного медицинского страхования только добровольное медицинское страхование.

Страхователями по обязательному медицинскому страхованию являются:

- Работодатели и иные плательщики единого социального налога (далее по тексту – плательщики ЕСН), 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. Однако если по результатам проводимого в 2003 г. эксперимента будет принято решение о том, что обязательное медицинское страхование пенсионеров не будет оплачиваться за счет средств Пенсионного фонда России, то страхователями пенсионеров будут выступать органы исполнительной власти субъектов РФ, заключившие договор обязательного медицинского страхования, или Фонд обязательного медицинского страхования России.

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.

*2. Обязательное медицинское страхование работающего населения*

Страхователями работающего населения могут быть либо плательщики ЕСН, заключившие договоры обязательного медицинского страхования, либо Фонд обязательного медицинского страхования России.

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 по договору обязательного медицинского страхования, уплачиваемого плательщиком ЕСН 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.

При такой форме организации взаимоотношений со страховой медицинской организацией плательщик ЕСН, во-первых, реально участвует в осуществлении обязательного медицинского страхования, реализует свои права и несет обязанности как страхователь. Во-вторых, плательщику ЕСН предоставляется возможность экономить средства, ранее перечисляемые фонду обязательного медицинского страхования на выполнение управленческих функций.

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 России.

Однако, как уже отмечалось выше, размер части ЕСН, уплачиваемой Фонду обязательного медицинского страхования России, будет больше размера страховых взносов, которые плательщик ЕСН уплатил бы страховой медицинской организации как страхователь по договору 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.

*3. Обязательное медицинское страхование неработающего населения за исключением пенсионеров*

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.

Страховые медицинские организации приобретают право заключать договоры обязательного медицинского страхования неработающего населения на основании результатов конкурса. При этом с инициативой о проведении конкурса на право выступать в качестве страховой медицинской организации по договорам обязательного медицинского страхования неработающего населения могут выступить как страховые медицинские организации, так и органы исполнительной власти субъектов РФ. При этом страховая медицинская организация, приглашенная местной администрацией для участия в конкурсе и отвечающая критериям страховой медицинской организации, имеющей право осуществлять обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может отказаться от участия в таком конкурсе. Заключение договора обязательного медицинского страхования по результатам конкурса является обязательным.

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.

*4. Обязательное медицинское страхование пенсионеров*

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.

*5. Обязательное медицинское страхование граждан, в отношении которых не заключены договоры обязательного медицинского страхования плательщиками ЕСН, органами исполнительной власти субъектов РФ, Пенсионным фондом РФ.*

Фонд обязательного медицинского страхования России 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 обязанностей Фонда обязательного медицинского страхования России как страхователя он осуществляет учет лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию. Плательщики ЕСН, органы местной администрации и Пенсионный фонд России 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.

*6. Фонд обязательного медицинского страхования России*

Существующая в настоящее время система фондов обязательного медицинского страхования (Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования и Территориальные фонды обязательного медицинского страхования) 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 обязательные для исполнения участниками системы обязательного медицинского страхования нормативно-методические документы 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.

В связи с этим настоящей концепцией предлагается реформировать существующую систему фондов обязательного медицинского страхования следующим образом:

Фонд обязательного медицинского страхования реализует государственную политику в области обязательного социального страхования граждан как составной части обязательного социального страхования.

Фонд обязательного медицинского страхования – государственное учреждение, подотчетное Правительству РФ.

Государство несет субсидиарную ответственность по обязательствам Фонда обязательного медицинского страхования России перед страховыми медицинскими организациями. В том случае если по каким-либо причинам, в том числе по причине неперечисления органами исполнительной власти субъектов РФ платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в бюджете Фонда обязательного медицинского страхования будет недостаточно денежных средств для обеспечения своевременной и в полном объеме уплаты страховой премии по договорам обязательного медицинского страхования, государство за счет средств федерального бюджета должно предоставлять субсидии Фонду обязательного медицинского страхования России в размере недостающих финансовых ресурсов.

Фонд обязательного медицинского страхования и его филиалы составляют единую централизованную систему органов, в которой нижестоящие органы подотчетны вышестоящим. Территориальные органы фонда обязательного медицинского страхования не являются юридическими лицами.

Основными задачами Фонда обязательного медицинского страхования является финансовое обеспечение прав граждан на медицинскую помощь, обеспечение финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования, аккумулирование финансовых средств.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет части единого социального налога, уплачиваемого плательщиками ЕСН, не заключившими договоры обязательного медицинского страхования; платежей, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов РФ, не заключивших договоры обязательного медицинского страхования неработающего населения; добровольных взносов; доходов от капитализации средств Фонда обязательного медицинского страхования; субсидий и иных доходов.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования направляются на уплату страховой премии страховым медицинским организациям по договорам обязательного медицинского страхования, заключаемых Фондом обязательного медицинского страхования России в качестве страхователя; на финансовое и материальное обеспечение текущей деятельности Фонда обязательного медицинского страхования и его филиалов; инвестирование.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования не входят в состав бюджетов и изъятию не подлежат.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования являются государственной собственностью.

Фонд обязательного медицинского страхования не имеет права расходовать средства обязательного медицинского страхования на иные, нежели предусмотрено цели, в том числе Фонд обязательного медицинского страхования 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.

Как уже отмечалось, одной из проблем системы обязательного медицинского страхования, которую предполагается решить в ходе реформирования обязательного медицинского страхования, является недостаточное разграничение контрольных функций Фонда обязательного медицинского страхования и органа страхового надзора.

В рамках текущей административной реформы, предполагающей выделение органа страхового надзора в отдельный федеральный орган, представляется логичной и обоснованной передача всех контрольных функций за отношениями, возникающими в рамках осуществления обязательного медицинского страхования, органу страхового надзора. Обязательное медицинское страхование – один из видов страхования, а потому нет необходимости разделять функции надзора и контроля между двумя ведомствами – Фондом обязательного медицинского страхования России и органом страхового надзора.

*7. Оказание медицинских услуг застрахованным лицам*

При обращении застрахованного в лечебное учреждение медицинская помощь оказывается при предъявлении застрахованным страхового полиса, в котором указаны наименование, реквизиты страховой медицинской организации, включая номер и дату выдачи лицензии.

Лечебное учреждение, осуществляющее деятельность в системе обязательного медицинского страхования, должно иметь лицензию на право осуществлять деятельность в системе обязательного медицинского страхования. При получении лицензии на право осуществлять медицинскую деятельность в системе обязательного медицинского страхования медицинское учреждение должно обладать возможностью оказывать медицинские услуги, предусмотренные Базовой программой обязательного медицинского страхования, в полном объеме.

У медицинского учреждения, осуществляющего деятельность в системе обязательного медицинского страхования, может быть отозвана лицензия, в случае если оно не выполняет Базовую программу обязательного медицинского страхования, или если зафиксированы факты отказа от предоставления медицинской помощи застрахованным по договору обязательного медицинского страхования.

Договор оказания медицинских услуг заключается между застрахованным и медицинским учреждением. Данный договор является публичным. Лечебное учреждение, осуществляющее деятельность в системе обязательного медицинского страхования, не имеет права отказать в медицинской и иной помощи, предусмотренной базовой программой.

Договор заключается в письменной форме, которая считается соблюденной в случае подписания застрахованным и медицинским учреждением документа, содержащего ФИО застрахованного, дату оказания услуг, их наименование и подпись лечащего врача. Таким документом может являться талон на прием к врачу. Талон должен содержать фамилию, имя, отчество пациента, реквизиты страхового полиса, дату и причину обращения, перечень оказанных услуг, подпись лечащего врача, застрахованного, а также печать лечебного учреждения. Талон заполняется в трех экземплярах. По одному для застрахованного, медицинского учреждения и страховой медицинской организации. Экземпляр страховой медицинской организации отправляется медицинским учреждением совместно со счетом за оказанные услуги по факту их оказания.

Застрахованный имеет право обратиться за медицинской помощью в любое медицинское учреждение, осуществляющее деятельность в системе обязательного медицинского страхования, вне зависимости от места проживания.

По факту оказания медицинской помощи лечебное учреждение выставляет счета за оказанные услуги страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин. При этом лечебное учреждение вместе со счетом должно представить страховой медицинской организации третий экземпляр талона на прием к врачу и/или иные документы, подтверждающие факт оказания застрахованному медицинской услуги необходимого объема в период действия соответствующего договора обязательного медицинского страхования.

В целях повышения качества медицинских услуг и обеспечения прав застрахованных граждан на возмещения вреда здоровью некачественным оказанием или неоказанием медицинских услуг необходимо ввести обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских организаций за ущерб, причиненный пациентам.

Страховой выплатой по договору обязательного медицинского страхования является оплата медицинских услуг страховой медицинской организацией. Медицинская организация является выгодоприобретателем по договору обязательного медицинского страхования. При этом медицинская организация обладает таким правом как право требования к страховой медицинской организации о страховой выплате.

Обязательным условием осуществления обязательного медицинского страхования является отсутствие ограничения по размеру страховой суммы. В противном случае не будет соблюдено конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь.

*8. Соотношение обязательного и добровольного медицинского страхования*

Неотъемлемым принципом осуществления обязательного медицинского страхования является то, что услуги, предусмотренные Базовой программой обязательного медицинского страхования, могут предоставляться только по договорам обязательного медицинского страхования. Договоры добровольного медицинского страхования могут заключаться страховой медицинской организацией только в отношении медицинских услуг, не предусмотренных Базовой программой. Медицинские услуги, предусмотренные Базовой программой обязательного медицинского страхования, не могут оказываться по договорам добровольного медицинского страхования. Страховые медицинские организации не вправе оплачивать счета, выставленные лечебными учреждениями, оказавшими по договорам добровольного медицинского страхования услуги, предусмотренные Базовой программой.

В связи с этим абсолютно неприемлем вариант, в соответствии с которым страхователи – плательщики ЕСН имеют право не заключать договоры обязательного медицинского страхования работников в случае, если они заключили договоры добровольного медицинского страхования своих работников.

*9. Средства системы обязательного медицинского страхования*

Как уже отмечалось, одной из задач, решаемых в ходе реформирования системы обязательного медицинского страхования, является сбалансированность доходов и расходов системы обязательного медицинского страхования.

Предусмотренный механизм уплаты страховых премий, сбора страховых платежей и дотирования за счет средств федерального бюджета должен обеспечить реальные и достаточные поступления средств в систему обязательного медицинского страхования.

Однако система обязательного медицинского страхования будет бездефицитно функционировать только в том случае, если использование данных средств будет рациональным и целевым.

Одним из факторов, позволяющих обеспечить целевое и рациональное использование средств системы обязательного медицинского страхования, является установление реальной взаимосвязи между объемами медицинской помощи и финансовыми показателями. В рамках реформирования системы обязательного медицинского страхования важно определить нормативы объемов медицинской помощи по каждому заболеванию и необходимого для их предоставления ресурсного обеспечения. В России до сих пор нет статистических данных о стоимости лечения от конкретного заболевания.

Установление нормативов объемов медицинской помощи и ее стоимости необходимо в связи с тем, что обязательное медицинское страхование, основанное на принципах страхования рискового, должно использовать показатели, ориентирующие на конечные результаты деятельности – объем и качество медицинской помощи, а не на показатели, используемые при системе финансирования, – число коек и посещений.

Исходя из установленной стоимости лечения конкретных заболеваний должна быть разработана методика ценообразования, используемая медицинскими учреждениями системы обязательного медицинского страхования. И именно исходя из стоимости лечения и методики ценообразования должны рассчитываться взносы.

Повышение установленных цен медицинским организациями не допускается.

*10. Страховые взносы по договору обязательного медицинского страхования*

Важным условием бездефицитного функционирования системы обязательного медицинского страхования является единство размера страхового взноса и платежа в Фонд обязательного медицинского страхования России на все территории РФ. Размер страхового взноса и платежей в Фонд обязательного медицинского страхования России не может увеличиваться в зависимости от территориальных или демографических особенностей субъекта РФ, численности отдельных категорий граждан, уровня социально-экономического развития, состояния здоровья населения и иных критериев.

Для действенного механизма контроля объемов и качества медицинских услуг необходимо разработать Правила оценки качества медицинской помощи, которые будут использоваться страховыми медицинскими организациями при оплате счетов за лечение. Страховая медицинская организация должна обладать правом проверки счетов медицинских учреждений, выставленных за оказанные медицинские услуги, а также право отказать в оплате счетов или оплатить услуги в меньшем размере, чем указано в счете в случае, если объем и/или качество медицинских услуг не соответствуют установленным нормативам.

*11. Обеспечение финансовой устойчивости страховых медицинских организаций*

Для обеспечения принятых на себя обязательств страховые медицинские организации обязаны формировать из полученных страховых взносов страховые резервы по обязательному медицинскому страхованию. Страховые медицинские организации вправе инвестировать и иным образом размещать активы, принимаемые в покрытие страховых резервов.

Дополнительно страховые медицинские организации для обеспечения своей финансовой устойчивости могут перестраховывать риск выплаты по договорам обязательного медицинского страхования. Перестрахование по договорам обязательного медицинского страхования осуществляется на основе эксцедента убыточности. По договорам перестрахования данного вида перестраховщик обязуется осуществить выплату в случае превышения общей суммой страховых выплат по договорам обязательного медицинского страхования заранее определенной суммы, выраженной в проценте от заработанной или полученной страховой медицинской организацией страховой премии за год. При этом не имеет значения, явилась ли обязанность страховой медицинской организации осуществить страховые выплаты в результате одного страхового случае или вследствие нескольких страховых случаев.

В качестве дополнительной гарантии выполнения страховой медицинской организацией своих обязательств по договорам обязательного медицинского страхования возможно создание государственной перестраховочной компании, основной целью деятельности которой является заключение договоров перестрахования по договорам обязательного медицинского страхования. Государство должно нести субсидиарную ответственность по обязательствам указанной перестраховочной компании.

Также страховым медицинским организациям предоставляется право заключать договоры перестрахования по договорам обязательного медицинского страхования с государственными страховыми компаниями, по обязательствам которых Российская Федерация несет субсидиарную ответственность в соответствии с учредительными документами данной страховой компании.

Предложенная система перестрахования рисков по обязательному медицинскому страхованию в государственных страховых компаниях позволит не только обеспечить финансовую устойчивость страховых медицинских организаций, но и дополнительно гарантировать конституционное право граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

*12. Средства системы здравоохранения*

Предложенная система функционирования системы обязательного медицинского страхования обеспечит прозрачность финансовых потоков в здравоохранении и позволит сбалансировать доходы и расходы. Однако система здравоохранения не может функционировать исключительно за счет средств, получаемых от деятельности в системе обязательного медицинского страхования. Государственные и муниципальные лечебные учреждения, являющиеся по своей организационно-правовой форме учреждениями, должны финансироваться за счет средств собственника, как это и предусмотрено ГК РФ. Осуществляемая же ими деятельность в системе обязательного медицинского страхования должна рассматриваться как незапрещенная коммерческая деятельность. Распределение доходов от такой деятельности должно носить строго целевой характер.

**Заключение**

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

Важнейшее условие организации системы медицинского страхования – создание достаточных гарантий для выполнения договорных обязательств страховыми фирмами (компаниями). Для этого необходима диверсификация медицинской страховой деятельности, благодаря которой средства, вырученные в результате высокоприбыльных договоров, направляются на оплату услуг ЛПУ. Медицинская страховая компания заинтересована в инвестициях в свою хозяйственную деятельность, например за счет привлечения средств предприятий, выпуска ценных бумаг и т.д., что позволяет привлечь дополнительные финансовые источники для оплаты услуг здравоохранения.

Потенциального пациента необходимо убедить заботиться о собственном здоровье и при необходимости активно обращаться за врачебной помощью. Соответствующая материальная заинтересованность в этом появится при условии, если ввести частичную оплату услуг здравоохранения за счет средств граждан (сверх выплат по страховым полисам). К сожалению, введение системы платной медицины для широких слоев и групп населения вряд ли приемлемо из-за относительно низкой реальной оплаты труда при существенной дифференциации доходов работающих. Такой подход оправдан в условиях дополнительного медицинского страхования.

Более перспективно использовать различные виды страховых полисов при личном страховании граждан – так называемое возвратное страхование с компенсацией, которое предполагает выплату клиенту страховых взносов полностью или частично вычетом стоимости всех видов лечебно- диагностических услуг оказанных за определенный, например 10-летний, отрезок времени. Так, при медицинском страховании на дожитие застрахованному, (в зависимости от частоты его обращений за врачебной помощью) выплачивается оговоренная заранее денежная сумма по достижении им определенного возраста.

Конкуренция медицинских учреждений различных форм собственности оказывает положительное влияние на качество лечебно-профилактических услуг, рост профессионального уровня персонала. Одновременно создаются условия для повышения имущественной (экономической) и правовой ответственности ЛПУ перед финансовыми органами и профессиональной ответственности врачей перед пациентами за результаты клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий. Обязательное условие прогресса страховой медицины – это развитие отношений собственности в здравоохранении.

Существующие в настоящее время федеральные стандарты медицинской помощи разрабатываются с учетом лучших достижений медицинской науки и включают значительное число манипуляций, необходимых для более точной диагностики и наилучшего лечения. Не вызывает сомнений тот факт, что обеспечение таких стандартов в отношении всего населения будет иметь исключительно благоприятные последствия для граждан. Однако реалии российского здравоохранения показывают, что не только в рамках ОМС, но и в рамках совмещения ОМС и платных разовых услуг пациенты не получают всего объема услуг и манипуляций, предусмотренной этими стандартами.

Тарифы в страховании рассчитываются таким образом, чтобы обеспечить «принцип нуля» для страховых резервов – сколько денег собрано для оплаты возмещения при страховых событиях, столько и выплачено. Поэтому наиболее важным при расчете тарифа является наличие достоверной страховой статистики, позволяющей оценить вероятность наступления страхового события, и наличие данных об убыточности страховой суммы – т.е. отношении средних выплат к средним страховым суммам. На основе страхового тарифа и величины страховой суммы определяется страховой взнос, обеспечивающий необходимый для выплаты страхового возмещения размер страхового резерва.

Для современной России чрезвычайно важно обеспечить права застрахованных в системе медицинского страхования в части получения медицинских услуг необходимого объема и качества. Кроме разработки нормативной базы, обеспечивающей права застрахованных, необходимо определить конкретные механизмы компенсации причиненного ущерба пострадавшим. Одновременное с этим введение обязательного страхования профессиональной ответственности врачей позволит обеспечить защиту не только прав пациента, но и защиту профессиональных и имущественных прав медработников.

**Список использованной литературы**

1. Шишкин С.В., Гудков А.А., Попович Л.Д. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования России – Институт экономики переходного периода: проект.
2. Таранов А.М. Центральная проблема ОМС – неисполнение обязательств регионов//Медицинское обозрение 2009 № 13.
3. Донин В.М., Маркова О.П. «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации с различных точек зрения»// Менеджер здравоохранения", № 5, май 2005 г.
4. Д.М. Селуянов «Договор обязательного медицинского страхования: гражданско-правовой аспект», Юридическая и правовая работа в страховании, 2006, № 2.