Содержание

ВВЕДЕНИЕ 5

Глава 1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 9

1.1. Сущность и принципы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации 9

1.2. Формы обязательного медицинского страхования и источники финансирования 16

1.3. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования 23

Глава 2. РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 32

2.1. Формирование системы медицинского страхования в России 32

2.2. Зарубежный опыт организации медицинского страхования граждан 53

Глава 3. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 62

3.1. Субъекты и участники системы обязательного медицинского страхования 62

3.2. Особенности договорных отношений в сфере медицинского страхования 72

3.3. Нормативно-правовые документы в сфере медицинской деятельности 80

Глава 4. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕХАНИЗМ РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 88

4.1. Государственное регулирование рынка медицинских услуг 88

4.2. Взаимоотношения в структуре фондов обязательного медицинского страхования 93

4.3. Экспертная деятельность страховых медицинских организаций 97

Глава 5. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ 105

5.1. Эффективность программ обязательного медицинского страхования в регионах Российской Федерации 105
5.2. Основные тенденции развития медицинского страхования 130
5.3. Совершенствование системы управления обязательным медицинским страхованием 142
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 150
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 153

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская помощь, предоставляемая в системе обязательного медицинского страхования, в силу высокой специфичности предмета, подлежащего страхованию — здоровья, необходимости работы по страхованию с большим количеством застрахованных лиц, повседневного характера отношений с клиентами по вопросам поступления страховых случаев и значительного объема страхового возмещения, мало совместима с другими областями страховой деятельности.

В современных условиях необходима разработка принципиально нового подхода к организации модели здравоохранения, гарантирующей соблюдение прав каждого гражданина на получение медицинского обслуживания, соответствующего уровню развития страны, в целом, и отдельных его регионов, в частности.

На современном этапе развития в России системы здравоохранения, представляющей в перспективе более широкие возможности выбора качества оказания медицинских услуг населению, стоят многие еще нерешенные вопросы. Состояние общественного здоровья россиян можно охарактеризовать как неблагоприятное, ведущее к ухудшению качества жизни граждан и ограничению их участия в развитии социально-экономических условий в стране. Сегодня в результате проводимых рыночных реформ отчетливо прослеживается расслоение общества, как социальное, так и имущественное, требующее разработки четкого механизма социальной и медицинской защиты населения.

На территории Российской Федерации медицинская помощь и лечение граждан предусмотрены созданием специального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

В данной работе необходимо остановиться на детальном изучении системы обязательного медицинского страхования (ОМС) граждан Российской Федерации, поэтому **целью исследования** является рассмотрение механизма оказания медицинской помощи и государственного регулирования обязательного медицинского страхования в России на примере территориальных фондов ОМС в регионах РФ и разработка направлений его совершенствования.

Система обязательного медицинского страхования вносит значительный вклад в социальное и экономическое благополучие российских граждан, обеспечивая защиту прав застрахованных и управляя рисками, связанными с возникновением расходов на медицинскую помощь. На обязательное медицинское страхование возложена особая социальная функция в Российской Федерации, обусловленная тем, что масштаб его защиты охватывает всех граждан страны.

Взаимоотношения между субъектами и участниками в системе обязательного медицинского страхования регулируются Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[1], правила в сфере медицинского страхования утверждаются Минздравом России[2]. Под действие Закона о страховом деле попадают страховые организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, с учетом особенностей, установленных законодательством Российской Федерации.

Важной отличительной чертой обязательного медицинского страхования является то, что страховщиком в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) выступает не страховая медицинская организация (СМО), а Федеральный фонд ОМС (ФФОМС), аккумулирующий средства обязательного медицинского страхования и делегирующий часть полномочий территориальным фондам ОМС (ТФОМС) и СМО. В функции страховых медицинских организаций по договору с Федеральным фондом ОМС входят: оплата счетов медицинских организаций из целевых средств, получаемых от территориальных фондов ОМС, контроль объема и качества оказанной медицинской помощи, защита прав застрахованных лиц.

---

[1] Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 07.03.2019).

[2] Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (ред. от 11.01.2017) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 03.03.2011 № 19998). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения: 07.03.2019).

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих **основных задач**:

— рассмотрение социально-экономической сущности, принципов и организации обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации;

— изучение российского и зарубежного опыта медицинского страхования;

— анализ правового регулирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;

— исследование государственного механизма регулирования обязательного медицинского страхования;

— рассмотрение основных тенденций развития и совершенствования системы управления ОМС.

Объектом исследования является медицинская помощь и лечение граждан в рамках обязательного медицинского страхования, а **предметом** — система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации**.**

Теоретической и методологической основой исследования являются научные труды российских экономистов, в числе которых: Войцехович Б. А., Ковалевский М. А., Крестинский Ю. А, Лисицын Ю. П., Малеина М. Н., Гильманов А. А. и другие.

Нормативно-правовой базой работы служит законодательство, регламентирующее деятельность в сфере здравоохранения и в системе обязательного медицинского страхования.

Научная новизна работы заключается в разработке рекомендаций и предложений по совершенствованию системы управления обязательным медицинским страхованием посредством эффективного финансирования Территориальных фондов ОМС. Приращение научных знаний составляют следующие положения:

— уточнение социально-экономической сущности, принципов и организации обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации;

— изучение российского и зарубежного опыта медицинского страхования выявило возможности использования в построении отечественной системы медицинского страхования;

— анализ правового регулирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Российской

Федерации позволил сформулировать рекомендации по доработке существующих нормативно-правовых актов;

— исследование государственного механизма регулирования обязательного медицинского страхования показало наличие всех необходимых элементов управления системой здравоохранения;

— рассмотрение основных тенденций развития и совершенствования системы управления ОМС обосновано выявило наличие резервов для повышения эффективности Территориальных программ ОМС.

Практическая значимость работы состоит в том, что полученные в ходе исследования результаты, выводы и практические предложения могут быть использованы в работе по разработке нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Структура работы. Работа состоит из введения, пяти глав, заключения, списка литературы.

Глава 1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1. Сущность и принципы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

В настоящее время в Российской Федерации на законодательном уровне в системе здравоохранения определены и действуют, дополняя друг друга, три модели: частная, государственная и муниципальная. Ранее, до принятия Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»[3], в советский период, функционировала только одна государственная система здравоохранения.

Развитие, помимо государственной модели здравоохранения, муниципальной и частной моделей было вызвано закреплением в 1993 году соответствующих правовых норм в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»[4].

Государственную систему здравоохранения представляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (министерство здравоохранения), в деятельность которого входит реализация функций разработки и осуществления государственной политики в сфере охраны здоровья граждан. Также, в этой системе осуществляют управление системой здравоохранения и другие органы: министерства здравоохранения республик РФ, органы управления в сфере здравоохранения автономных округов, областей, краев, городов Москвы и Санкт-Петербурга, в общем — всех субъектов РФ, а также Российская академия медицинских наук (РАМН).

Вышеперечисленными органами управления и РАМН, в рамках своей компетенции, осуществляются меры, направленные

---

[3] Закон РСФСР от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (утратил силу). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (дата обращения: 06.03.2019).

[4] «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 28.09.2010) (утратил силу). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/ (дата обращения: 06.03.2019).

на реализацию положений государственной политики, выполнение программ, обеспечивающих развитие сферы здравоохранения и продвижение медицинской науки.

Государственная система здравоохранения представлена также находящимися в государственной собственности и подчиненными органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактическими и научно-исследовательскими учреждениями, образовательными учреждениями, фармацевтическими предприятиями, аптечными учреждениями, санитарно-профилактическими учреждениями, учреждениями судебно-медицинской экспертизы, предприятиями по выпуску медикаментов и медицинской техники.

В состав государственной системы здравоохранения входят предприятия медицинской сферы, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями и организациями, наряду с Минздравсоцразвития России, исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья населения (лечебно-профилактические учреждения при Министерстве транспорта РФ (Минтранса России), Министерстве внутренних дел РФ (МВД России), Министерстве по чрезвычайным ситуациям РФ (МЧС России)).

Предприятия, организации и учреждения государственной системы здравоохранения, вне зависимости от их ведомственной принадлежности, созданы как юридические лица, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов РФ и органов управления здравоохранением федерального и регионального значения.

Основные задачи медицинских организаций, которые входят в состав государственной системы здравоохранения, заключаются в: управлении отраслью здравоохранения, организации и проведении научно-исследовательской деятельности, организации и мониторинге санитарно-эпидемиологического благополучия населения, оказании гражданам специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи.

Муниципальная система здравоохранения сформирована муниципальными органами управления системы здравоохранения и находящимися в муниципальной собственности лечебно-профилактическими и научно-исследовательскими

учреждениями, фармацевтическими предприятиями, аптечными учреждениями, учреждениями судебно-медицинской экспертизы, образовательными учреждениями, являющимися юридическими лицами и осуществляющими деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов РФ, органов управления системы здравоохранения федерального и регионального уровня, органов местного самоуправления.

Главная задача, стоящая перед учреждениями и организациями муниципальной системы здравоохранения, заключается в: организации работы и управлении деятельностью учреждений на уровне муниципалитетов, оказании гражданам, преимущественно, первичной медико-санитарной, а также отдельных видов специализированной медицинской помощи.

На муниципальные органы управления системы здравоохранения возложена ответственность за санитарно-гигиеническое образование граждан, обеспечение доступности гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществление контроля за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи в предприятиях, учреждениях и организациях всех форм собственности, осуществляющих медицинскую деятельность.

Финансовое обеспечение деятельности организаций, учреждений и предприятий муниципальной системы здравоохранения осуществляется бюджетами всех уровней, целевыми фондами и иными источниками, не запрещенными законодательством.

Частная система здравоохранения состоит из лечебно-профилактических медицинских организаций и аптечных организаций, имущество которых сформировано средствами частной собственности, а также лиц, осуществляющих частную медицинскую практику и частную фармацевтическую деятельность.

Деятельность медицинских организаций частной системы здравоохранения также должна осуществляться в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов РФ, органов управления здравоохранением федерального и региональных уровней и органов местного самоуправления.

Отметим, что взаимосвязанное функционирование в нашей стране трех систем здравоохранения в настоящее время вполне

оправданно, поскольку конкуренция при оказании медицинских услуг способствует повышению уровня качества и расширению границ рынка медицинских услуг, оказываемых гражданам, происходит развитие и совершенствование системы обязательного и добровольного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование работников в России создано для обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема, регламентируемых статьей 41 Конституции РФ[5].

Сущность механизма обязательного медицинского страхования заключается в социальной защите граждан и обеспечении доступного и бесплатного медицинского обслуживания гарантированного объема и качества, наряду с рациональным использованием имеющихся ресурсов в системе здравоохранения.

Медицинское страхование осуществляется в форме социальной защиты интересов граждан в сфере охраны здоровья, выражающееся в гарантированной оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и оплачивается средствами страховщика.

С помощью медицинского страхования гражданам гарантируется безвозмездное предоставление определенного объема медицинских услуг при наступлении страхового случая (нарушения здоровья) и заключении договора со страховой организацией, которая покрывает расходы на оплату оказания медицинской помощи.

Основной нормативный правовой акт, регулирующий механизм обязательного медицинского страхования в Российской федерации — Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[6].

Правовые основы обязательного медицинского страхования состоят также из следующих нормативно-правовых актов:

---

[5] Конституция РФ (в ред. от 21.07.2014). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 06.03.2019).

[6] Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 06.03.2019).

— Конституции Российской Федерации[7];

— Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»[8];

— базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 года № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»[9];

— правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Минздравсоцразвития 28 февраля 2011 года[10], и иных нормативно-правовых документов федерального и территориального уровней управления обязательным медицинским страхованием.

Законом устанавливаются правовые, экономические и организационные основы обязательного медицинского страхования граждан, определяются средства обязательного медицинского страхования, как основного источника финансирования медицинских организаций и закладываются основы страховой модели финансирования системы здравоохранения в нашей стране.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2019 год определяет:

— виды и условия оказания медицинской помощи;

— нормативы объема медицинской помощи;

— нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового

---

[7] Конституция РФ (ред. от 21.07.2014). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 06.03.2019).

[8] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 06.03.2019).

[9] Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/ (дата обращения 06.03.2019).

[10] Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (ред. от 11.01.2017) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения 06.03.2019).

обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинские услуги;

— предусматривает критерии качества и условия доступности медицинского обслуживания, предоставляемого гражданам на бесплатной основе.

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатываются и утверждаются территориальные программы государственных гарантий при оказании гражданам медицинской помощи на условиях бесплатности (в том числе: территориальные программы ОМС).

Территориальными программами за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования предусматривается финансовое обеспечение оказания медицинской помощи.

В качестве основной цели обязательного медицинского страхования выступает сбор и капитализация страховых взносов и предоставление за счет аккумулированных средств медицинской помощи для всех категорий граждан на законодательно закрепленных условиях и в установленных размерах.

Поэтому обязательное медицинское страхование необходимо рассматривать с двух различных позиций. С одной стороны, ОМС выступает составной частью государственной системы социальной защиты граждан вместе с социальным, пенсионным и страхованием по безработице. В то же время, с другой стороны — ОМС является финансовым механизмом обеспечения дополнительных, наряду с бюджетными ассигнованиями, денежных ресурсов на финансирование системы здравоохранения и оплату медицинской помощи. Следует подчеркнуть, что сфера ОМС включает только медицинскую помощь населению. Возмещение заработной платы, потерянной по случаю болезни, осуществляется в рамках обязательного социального страхования и не является предметом обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь в рамках ОМС осуществляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, которые разрабатываются на федеральном уровне в целом и отдельно на уровне субъектов РФ. Утверждаемая Правительством РФ, базовая программа ОМС граждан включает основные гарантии, которые

предоставляются застрахованным лицам в рамках ОМС на бесплатной основе. К ним относятся:

— первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;

— специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

— скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

— паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Система ОМС представляет собой составную часть механизма государственного страхования, обеспечивая всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, определенных программами ОМС.

Основные принципы обязательного медицинского страхования в Российской федерации:

1) бесплатная медицинская помощь застрахованному лицу при наступлении страхового случая по утвержденным территориальным программам ОМС и базовой программе ОМС за счет средств фонда обязательного медицинского страхования;

2) устойчивость финансового механизма ОМС, обеспечиваемого за счет равнозначности страхового обеспечения ресурсам системы обязательного медицинского страхования;

3) обязательный характер уплаты страховых взносов на ОМС страхователями в размерах тарифов, установленных законодательством РФ;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС, независимо от финансового положения страховой организации;

5) обеспечение доступности и высокого качества медицинского обслуживания в рамках программ ОМС;

6) равноправие представительства субъектов и участников ОМС в органах управления системы обязательного медицинского страхования.

В Российской Федерации обязательное медицинское страхование осуществляется на государственном уровне и является

всеобщим для граждан. Механизм ОМС построен на государственном регулировании посредством определения законодательными и исполнительными органами основных принципов осуществления обязательного медицинского страхования, установления тарифов страховых взносов, круга страхователей и создания специальных государственных фондов, аккумулирующих взносы на обязательное медицинское страхование. Принцип всеобщности ОМС реализуется путем обеспечения всем гражданам возможностей равного гарантированного объема медицинской, профилактической и лекарственной помощи на условиях, которые устанавливаются государственными программами ОМС.

Таким образом, механизм обязательного медицинского страхования в Российской федерации выступает одним из главных элементов системы социальной защиты граждан в области охраны здоровья и обеспечивает получение медицинской помощи в случае наступления заболевания.

1.2. Формы обязательного медицинского страхования и источники финансирования

Сегодня в России, начиная с 1993 года, медицинское страхование имеет две формы: обязательное (ОМС) и добровольное (ДМС). Обязательное медицинское страхование применяется в странах, имеющих социально ориентированную рыночную экономику, и представляет собой часть системы государственного социального страхования. Добровольное медицинское страхование служит дополнением к обязательному.

Целью системы обязательного медицинского страхования в России является обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции РФ.

Механизм медицинского страхования создан для социальной защиты интересов населения в охране здоровья, реализация которого регулируется Федеральным Законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[11].

---

[11] Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 06.03.2019).

Этот документ представляет собой важнейший нормативный акт, определяющий содержание правовых, экономических и организационных основ медицинского страхования граждан в Российской Федерации, устанавливающий в качестве основного источника финансирования медицинских организаций средства системы обязательного медицинского страхования и закладывающий в качестве основы для финансирования страховую модель здравоохранения в стране.

С помощью обязательного медицинского страхования, являющегося составной частью государственного социального страхования, обеспечиваются всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, которые осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, определяемых программами обязательного медицинского страхования. Степень охвата ОМС достаточно широка, но не включает в себя некоторые виды медицинских услуг, такие как: косметические процедуры и операции, протезирование зубов, психологическая помощь и др.

Регулирование объемов, видов бесплатной медицинской помощи, условий ее предоставления и критериев качества, других важных вопросов осуществляется в Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Составной частью является программа ОМС, разрабатываемая и принимаемая ежегодно федеральными структурами органов власти, и далее уже на основе такой программы разрабатываются региональные программы ОМС и утверждаются в каждом регионе.

Из-за постоянного изменения жизни и внедрения инновационных технологий, перечень бесплатных видов услуг, оказываемых по полису ОМС, меняется, в каждом отдельном регионе страны разрабатывается своя методика работы с пациентами, но основной перечень услуг в рамках ОМС все же остается неизменным.

Механизм обязательного медицинского страхования заключается в том, что обязанность страховать интересы, связанные с расходами на оказание медицинской помощи, возлагается для категории работающих граждан — на их работодателей, а для неработающего населения — на местные органы власти, которые финансируют из бюджетных средств.

Работающие граждане и лица, находящиеся на иждивении, обладают правом на государственное обязательное медицинское страхование, финансируемое из социальных взносов и общих налоговых поступлений.

Для работодателей в настоящее время установлены единый тариф взносов на ОМС — 5,1% от фонда оплаты труда, за исключением некоторых категорий, для которых предусмотрены пониженные тарифы страховых взносов на период до 2018–2027 годов[12].

Что касается участия коммерческих медицинских структур в системе обязательного медицинского страхования, то ситуация следующая:

— коммерческая медицина российского здравоохранения находится на стадии активного развития, успешно побеждая в конкурентной борьбе с государственным сектором медицинских услуг;

— частному сектору рынка медицинских услуг приходится функционировать в условиях недостаточности финансового и ресурсного обеспечения наряду со слабой интеграцией рынка добровольного медицинского страхования;

— существующую законодательную базу по лицензированию медицинской деятельности в Российской Федерации необходимо подводить к международным стандартам, ведя постоянный мониторинг и разрабатывая направления совершенствования законодательства в сфере здравоохранения.

В настоящее время для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, функционируют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Средства, направляемые на ОМС, находятся в государственной собственности Российской Федерации. Механизм обязательного медицинского страхования в Российской Федерации следующий:

1. Отчисления страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего (работодатели: организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не

---

[12] Ст. ст. 426–427, 255 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (ред. от 25.12.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28165/ (дата обращения: 06.03.2019).

признаваемые индивидуальными предпринимателями; нотариусы, адвокаты) и неработающего (органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации) населения[13].

2. Платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

3. Предоставление субвенций на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

4. Предоставление страховым медицинским организациям средств в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

5. Оплата медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций.

6. Выдача полисов обязательного медицинского страхования на основании заявления застрахованного лица о выборе (замене) страховой медицинской организации.

7. Обращения за бесплатным оказанием медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая.

Механизм обязательного медицинского страхования направлен на реализацию права застрахованных граждан на получение бесплатной медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

— на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС;

---

[13] Ст. 11 Федерального Закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 06.03.2019).

— на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

Рассматривая систему медицинского страхования, следует разделять добровольное (ДМС) и обязательное медицинское страхование (ОМС), ввиду того, что обязательное медицинское страхование, являясь частью социального страхования, финансируется за счет целевых средств налогообложения, включаемых в себестоимость продукции, работ (услуг) и платежей из бюджета, а средства на добровольное медицинское страхование формируются за счет прибыли работодателей, являющихся страхователями или личных средств граждан.

В качестве объекта медицинского страхования выступает страховой риск, который связан с затратами на оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая. Экономическая база медицинского страхования формируется фондом денежных средств, которыми оплачивается медицинское обслуживание.

Величину разового страхового взноса определяет состояние здоровья застрахованного лица и его возраст, характеризующие вероятность наступления заболевания в тот или иной период жизни человека. В расчет принимают также динамику и степень воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (производственные и бытовые условия, экологическая обстановка и т. д.), особенности образа жизни застрахованного лица (наличие вредных привычек в виде курения, злоупотребления спиртными напитками и пр.).

Обязательное медицинское страхование построено на договорных отношениях между субъектами страхования, которые отражают права, обязанности и, что наиболее значимо — ответственность сторон. Пациенту предоставляется возможность выбирать независимого защитника своих интересов при получении медицинского обслуживания.

Каждому застрахованному лицу в порядке, закрепленном в договоре обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организацией выдается страховой медицинский полис ОМС единого образца, действующий на всей территории Российской Федерации.

Большинство международных компаний и крупные российские организации, а также некоторые предприятия, относящи-

еся к среднему и малому бизнесу, оплачивают своим сотрудникам медицинские услуги, оказываемые по договорам добровольного медицинского страхования. Полисы ДМС дублируют и дополняют медицинскую помощь в рамках ОМС и позволяют сотрудникам посещать медицинские организации более высокого уровня, однако, как правило, не покрывают такие серьезные виды заболеваний, как сахарный диабет, онкологию и некоторые виды сердечно-сосудистой хирургии. Часто предоставляемые сотрудникам бонусы по компенсации стоимости пакета ДМС меняются в зависимости от трудового стажа и позиции в организации.

Известно, что высококвалифицированный персонал обеспечивает успешную деятельность компании, поэтому такие специалисты предъявляют к работодателям высокие требования, среди которых не только размер оплаты труда, но и наличие социального пакета. Эффективность корпоративной политики предприятия включает в себя несколько элементов, среди которых ключевая роль отводится ДМС.

Корпоративное добровольное медицинское страхование — это вид страхования, при котором предприятие, приобретая полис ДМС для своих сотрудников, фактически оплачивает ему оказание комплекса определенных медицинских услуг, предусмотренных программой договора.

Программы добровольного медицинского страхования разрабатываются с целью защиты здоровья работников компании. В зависимости от должности, занимаемой сотрудником, рассчитывается стоимость страхового полиса. Возможен вариант, при котором уровень полиса находится в зависимости от успехов того или иного работника. Включение ДМС в социальный пакет позволяет поднять производительность работы сотрудников, улучшить психологический климат в коллективе, тем самым снизить текучесть кадров.

Итак, выяснив, что корпоративное страхование, в частности ДМС, способствует привлечению и удержанию высококвалифицированных сотрудников в компании, рассмотрим, какие еще положительные моменты существуют при реализации программ ДМС, для предприятий. Во-первых, приобретая страховые полисы ДМС для своих сотрудников в страховой компании, организация оплачивает стоимость, которая, как правило, ниже розничной, т. к. нередко страховыми компаниями делаются

скидки на приобретение корпоративного страхования. Во-вторых, по программам ДМС предоставляется пациентам большой спектр медицинских услуг, среди которых стоматологическое лечение и протезирование, пребывание в реабилитационных медицинских центрах или санаторно-курортных учреждениях. В-третьих, работодатели, обеспечивающие сотрудников своего предприятия полисами ДМС, получают ряд преимуществ в виде льгот при налогообложении: до 6% от общей суммы затрат на выплаты заработной платы, по договору ДМС, заключенному не менее чем на 1 год, можно уменьшить налоговую базу по налогу на прибыль[14]. При этом при расчете налогооблагаемой базы физического лица не учитывается доход, полученный в качестве страховой выплаты по факту наступления страхового случая. В-четвертых, при возникновении страхового случая, финансовую ответственность за нанесение вреда здоровью сотрудника несет не предприятие, а страховая компания.

В свою очередь, для застрахованных лиц полис добровольного медицинского страхования гарантирует получение тех видов медицинского обслуживания, которые указаны в программе, приобретаемой у страховой компании организацией-работодателем. Сотрудники, в рамках программы ДМС, могут рассчитывать на коммерческую скорую помощь, выезд врача на дом и проведение медицинских осмотров.

В отличие от программ ОМС, для пациентов, застрахованных по программам ДМС, используется индивидуальный подход при процедуре осмотра, при постановке диагноза и назначении лечения, при этом оказание всех медицинских процедур проводится на высоком уровне качества и специалистами с большим опытом. Застрахованные в системе ДМС лица имеют возможность получать медицинскую помощь вне очереди или с выездом на предприятие.

Помимо всего прочего, обладателям полисов ДМС предоставлен более широкий выбор механизмов при урегулировании споров и в случае конфликтных ситуаций с медицинскими организациями (в частности, при выяснении уровня качества оказанных медицинских услуг).

---

[14] П. 16 ст. 255 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (ред. от 25.12.2018). [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28165/ (дата обращения: 06.03.2019).

Некоторые компании в качестве корпоративных льгот приобретают страховые полисы ДМС не только для самих сотрудников предприятий, но и страхуют по ДМС членов семей. В основном, такие договоры заключаются в отношении близких родственников — супругов и детей, однако существуют варианты и с расширенным списком. В этом, случае компания использует ДМС для родственников в качестве инструмента дополнительной мотивации своих сотрудников.

В качестве недостатков корпоративных льгот в виде ДМС можно привести следующие:

— ДМС требует от компании значительных объемов финансовых затрат;

— молодые специалисты, обладающие крепким здоровьем, могут не рассматривать ДМС в качестве важного стимулирующего фактора;

— возможны проблемы с подбором медицинских организаций в связи с несоответствием таких критериев, как стоимость услуг, их качество, место расположения клиники и т. д.

Все же, добровольное медицинское страхование позволяет перевести медицинское обслуживание сотрудников на качественно новый уровень предоставляемых услуг, который также помогает сократить длительность пребывания работника в нетрудоспособном состоянии.

Таким образом, в настоящее время в России медицинское страхование представлено двумя формами: обязательным (ОМС) и добровольным (ДМС). Источниками финансового обеспечения в сфере медицинского страхования выступают: бюджетные средства, средства системы обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан, формируемые в различном соотношении[15].

1.3. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования

Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования построен на том, что территориальные фонды ОМС и их филиалы финансируют страховые

[15] Ст. 82 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.07.2017). [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 06.03.2019).

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru