

№604

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «КубГУ»)

Кафедра государственной политики и государственного управления

от
29.08.18

КУРСОВАЯ РАБОТА

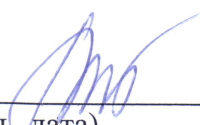
**МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПОЛИТИКЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

Работу выполнила: 29.08.18  Ю.В. Хомякова
(подпись, дата)

Факультет управления и психологии 3 курс 3 группа

Направление подготовки 38.03.04 – «Государственное и муниципальное
управление», ОФО

Научный руководитель

д-р экон. наук, профессор 29.08.18  М.В. Терешина
(подпись, дата)

Нормоконтролер

д-р экон. наук, профессор 29.08.18  М.В. Терешина
(подпись, дата)

Краснодар 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Методологические и правовые основы медицинского страхования.....	6
1.1 Сущность понятия, структура, принципы медицинского страхования..	6
1.2 Нормативно-правовая база медицинского страхования.....	13
2 Основные направления и проблемы медицинского страхования в РФ.....	18
2.1 Основные направления развития медицинского страхования в системе государственной политики.....	18
2.2 Проблемы развития медицинского страхования в России.....	26
Заключение.....	29
Список использованных источников.....	31

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Обязательное медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющее своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной – это дополнительный источник финансирования медицинских затрат, и поэтому так важно знать все нюансы договора о медицинском страховании.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. При обязательном медицинском страховании медицинские организации, руководствуясь договором медицинского страхования, гарантируют обеспечение в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования по оказанию медицинской помощи застрахованным лицам. Страховые медицинские организации обязуются оплачивать такие медицинские услуги, оказанные в рамках территориальных программ.

Степень разработанности. Проблема исследования обязательного медицинского страхования в системе государственного управления в целом затронута многими отечественными учеными и специалистами в области здравоохранения в целом и медицинского страхования в частности. Труды отечественных авторов: Кирилловых А.А., Мачульской Е.Е., Платонова Д.И., Гусова К.Н., Смирновой Н.Л. Сулеймановой Г.В., Толмачева А.П., Шайхатдтова В.Ш. и др.

В целом научные исследования российских специалистов о медицинском страховании выявляют, что обязательное социальное медицинское страхование в целом представляет собой систему создаваемой государством правовой, экономической и социальной поддержки населения. Принцип социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медицинских, социальных и других мер, которые гарантируют социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством РФ, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

Объектом исследования являются медицинское страхование в системе здравоохранения РФ.

Предметом исследования являются основы функционирования медицинского страхования в государственной политике системы здравоохранения.

Цель научно-исследовательской работы – исследовать механизмы, направления и особенности функционирования медицинского страхования в РФ.

Достижение поставленной цели предусматривает постановку и решение следующих взаимосвязанных задач:

- а) изучить понятие, структуру и принципы медицинского страхования;
- б) определить нормативно-правовую базу медицинского страхования;
- в) рассмотреть направления развития медицинского страхования в РФ;
- г) выявить проблемы развития медицинского страхования в РФ.

Теоретико-методологическая основа исследования. В процессе исследования использовался институциональный подход, позволяющий охарактеризовать институт здравоохранения Российской Федерации, в рамках которого рассматривалась система здравоохранения Российской Федерации. Институциональный подход в данном исследовании основывается на нормативно-правовом регулировании медицинского страхования, анализе общенаучных методов познания (системного, формально-логического анализа, обобщение), а также ряда частных научных методов (формально-юридического, сравнительно-правового и др.)

Информационная база исследования. В числе информационных источников курсовой работы использованы:

- а) научные источники: данные и сведения из книг, журнальных статей;
- б) официальные документы: Конституция РФ, федеральные законы о медицинском страховании.

Структура работы обусловлена целью и задачами и включает введение, две главы (первая глава – «Сущность понятия и правовые основы медицинского страхования», вторая глава – «Основные направления и проблемы медицинского страхования в РФ», заключение и список использованных источников).

В заключении представлены основные выводы и результаты работы.

1 Методологические и правовые основы медицинского страхования в Российской Федерации

1.1 Сущность понятия, структура, принципы медицинского страхования в Российской Федерации

В статье 41 Конституции Российской Федерации определено, что в целях охраны здоровья человека каждый имеет право на бесплатную медицинскую помощь в случае ухудшения состояния здоровья. Конституцией также определяется, что государство в лице уполномоченных органов осуществляет функцию по охране здоровья человека. Понятно, что бесплатная медицинская помощь является гарантией реализации права на охрану здоровья. Однако следует определить, всегда ли данная гарантия способствует полноценной охране здоровья, и если нет, то каким способом, возможно, реализовать и защитить конституционное право на охрану здоровья в полном объеме [6].

Участники обязательного медицинского страхования отображены на рисунке 1 [5].

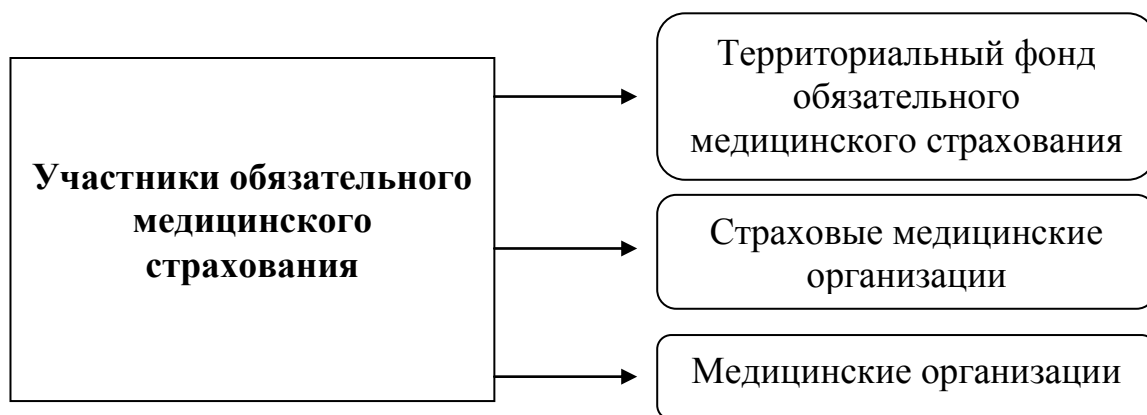


Рисунок 1 – Участники обязательного медицинского страхования

В случае ухудшения здоровья человека по любой причине государство гарантирует, что бесплатно осуществит лечение. Однако данная бесплатная медицинская помощь в нашем государстве имеет определенные пределы, при

выходе за которые пациент имеет право лечиться, оплатив соответствующие медицинские услуги [19]. При этом в Конституции ничего не сказано о том, каким способом в этом случае гражданин может реализовать свое право на охрану здоровья. Получается, что ст. 41 Конституции не в полном объеме предусматривает возможность реализации права каждого на охрану здоровья. Правильно предусмотрено, что каждый имеет право на медицинскую помощь. Однако Конституция не предусматривает, как и кем должна оплачиваться медицинская помощь, выходящая за пределы видов помощи, оказываемой бесплатно государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения [6]. Модель взаимоотношения субъектов медицинского страхования в РФ представлена на рисунке 2 [11].

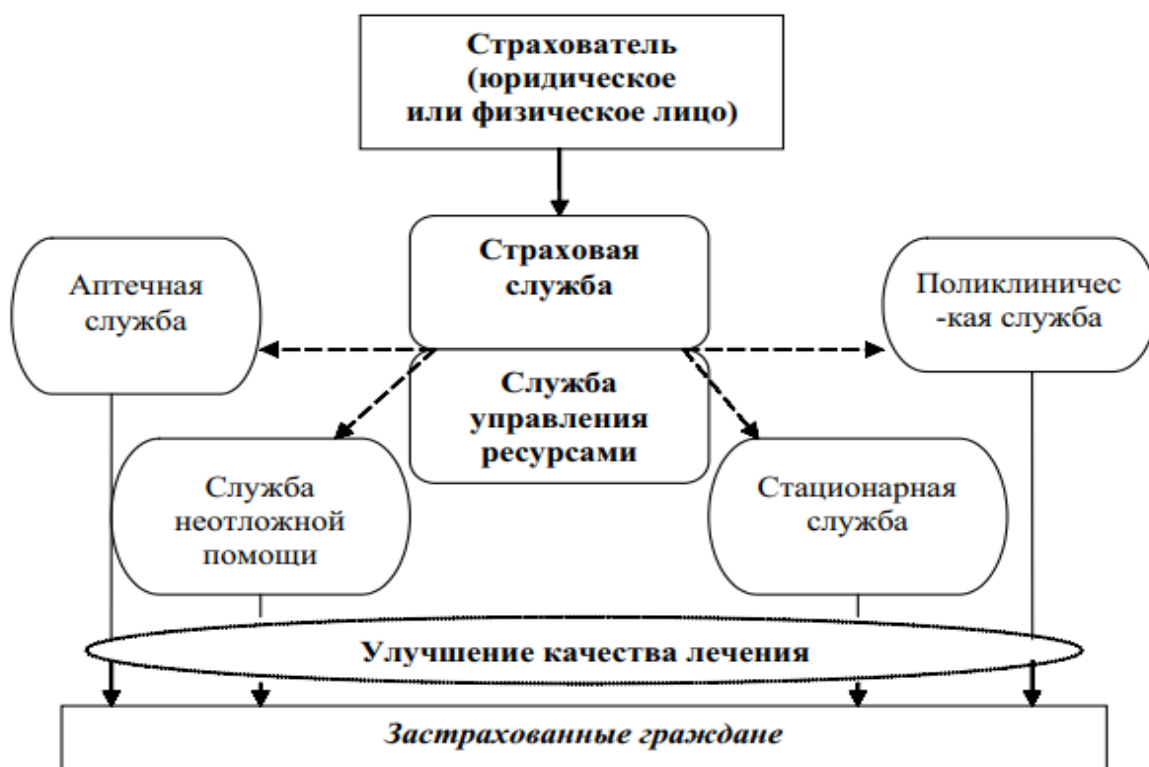


Рисунок 2 – Модель взаимоотношений субъектов медицинского страхования

Принцип социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медицинских, социальных и других мер, которые

гарантируют социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством РФ, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации (ст. 8 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») [21].

Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования (базовые программы являются составной частью программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи) [22]. Его следует отличать от страхования как института гражданского права, которое также в определенной степени защищает граждан в случае утраты здоровья.

В свою очередь, обязательное социальное страхование в целом представляет собой систему создаваемой государством правовой, экономической и социальной поддержки населения [20].

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования:

а) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных граждан на выполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в условиях базовой программы обязательного медицинского

страхования независимо от финансового положения страховых организаций;

б) обязательство уплаты страховыми организациями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, которые установлены федеральными законами;

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

г) создание дополнительных условий для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи, которую оказывают в рамках различных программ обязательного медицинского страхования;

д) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному гражданину медицинской помощи при страховом случае в условиях базовой и территориальной программы обязательного медицинского страхования;

е) стабильность финансовой системы обязательного медицинского страхования, которая обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования [23].

При оказании медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования граждане обеспечиваются бесплатно необходимыми лекарственными средствами, а также изделиями медицинского назначения, что касается детей-инвалидов, то они должны быть обеспечены специализированными продуктами питания.

Программа разработана исходя из нормативов всех финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, с учетом которых и формируются бюджет федерального и всех территориальных фондов обязательного медицинского страхования [18].

Субъекты отношений в сфере обязательного медицинского страхования закреплены в статье 9 Федерального закона № 165-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» (рисунок 3) [20].

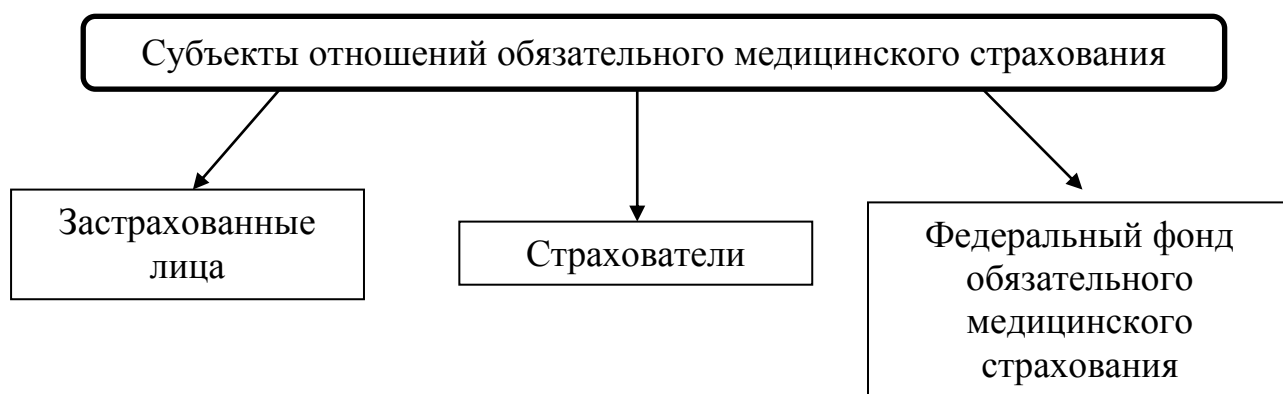


Рисунок 3 – Субъекты отношений в сфере обязательного медицинского страхования

Застрахованное лицо – это физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование. В частности, это те граждане России, которые постоянно или временно проживают в РФ иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, которые имеют право на медицинскую помощь [3].

Права и обязанности застрахованных лиц установлены статьей 16 Федерального закона об обязательном медицинском страховании. Так, эти лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи специальными медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, который установлен базовой программой обязательного медицинского страхования [20]. Также они имеют право на выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном Приказом Министерства здравоохранения социального развития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и выбор врача путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации.

Обязательства застрахованных лиц:

а) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия по новому месту страховой медицинской

организации, в которой ранее был застрахован гражданин;

б) предъявить медицинский полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, кроме случаев оказания экстренной медицинской помощи;

в) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего законного представителя заявление о выборе данной медицинской организации в соответствии с правами обязательного медицинского страхования;

г) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении имени, фамилии, отчества, а также места жительства в течение одного месяца с того дня, как данные изменения произошли [15].

Согласно Федеральному закону № 326-ФЗ к страхователям относятся:

а) лица, которые производят выплаты и другие вознаграждения физическим лицам: организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

б) индивидуальные предприниматели, которые занимаются частной практикой, то есть нотариусы, адвокаты и другие [23].

Страхователями для граждан, которые не работают могут являться органы исполнительной власти субъектов РФ и иные организации, определенные Правительством РФ. А для граждан, которые работают страхователем будет их работодатель, для которого законодательством также предусмотрены права и обязанности, такие как:

- работодатель должен регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования,
- своевременно и в полном объеме осуществлять оплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование [20].

Страхователями по обязательному медицинскому страхованию являются Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования [21].

Страховая медицинская организация – страховая организация, которая имеет лицензию в сфере страховой деятельности, которая осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией [17].

Территориальные фонды – это некоммерческие организации, которые созданы субъектами РФ. Они осуществляют полномочия страховых организаций в части дополнительных объемов страхового обеспечения, которые установлены основной программой обязательного медицинского страхования [9]. Территориальные фонды относятся к числу участников обязательного медицинского страхования. Для осуществления своих полномочий такие фонды могут создавать новые филиалы и представительства.

Территориальные фонды могут действовать как самостоятельные юридические лица, то есть некоммерческие организации. Изначально они созданы в каждом из субъектов РФ для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования, как одной из составных частей государственного социального страхования [7].

1.2 Нормативно-правовая база медицинского страхования в Российской Федерации

Страховые механизмы, являясь универсальными гарантами обеспечения различных видов рисков, активно используются в большинстве государств с рыночной экономикой и заимствованы также и российской практикой. Сфера обязательного медицинского страхования не является исключением. Приоритетность развития страхования в социальной сфере закреплена в положениях Конституции РФ, где провозглашено поощрение добровольного социального страхования, а гарантии бесплатной медицинской помощи обеспечиваются за счет средств из соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений. Правовые основы обязательного медицинского страхования закреплены в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который регулирует:

- а) полномочия органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан;
- б) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья граждан, гарантии реализации этих прав;
- в) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников;
- г) права и обязанности организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья граждан;
- д) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан [21].

Данный закон позволяет сформировать современную эффективную систему российского здравоохранения в целом. В основе которого стоит

принцип соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи, и государственных гарантий, которые связаны с этими правами. Полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи, ранее возложенные на органы местного самоуправления, закрепляются за органами государственной власти субъектов РФ. При этом обязательным требованием остается – обеспечение доступности медицинских услуг соответствующего качества для граждан вне зависимости от того, где они проживают или работают. В законе также подробно урегулированы вопросы прав граждан на выбор врача, а также выбор медицинской организации. Новой обязанностью медицинских организаций является страховать гражданскую ответственность перед пациентами [22].

Следующим нормативным правовым актом, который устанавливает правовые основы в области обязательного медицинского страхования, является Федеральный закон от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования». Данный закон в соответствии с общепризнанными нормами и принципами международного права определяет правовое положение субъектов обязательного социального страхования, ответственность субъектов обязательного социального страхования, устанавливает основы государственного регулирования обязательного социального страхования, а также регулирует отношения в системе обязательного социального страхования и основания возникновения и порядок осуществления их прав и обязанностей. В нем определяется понятие социального страхования, как части государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам [2].

В законодательстве РФ имеется также и ряд других нормативных

правовых актов, которые регулируют вопросы медицинского страхования:

а) Закон РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», регулирующий отношения между лицами, осуществляющими виды деятельности в сфере страхового дела или их участием, отношения по осуществлению государственного надзора, содержит нормы, касающиеся страховых медицинских организаций.

б) Налоговый кодекс РФ, определяющий порядок уплаты налогов и сборов любых организаций. Специальный состав имеет норма ст. 294, которая содержит особенности определения доходов и расходов страховых организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование [7].

Непосредственно права граждан в системе медицинского страхования установлены ст. 16 закона об обязательном медицинском страховании, в которой определяется, что граждане Российской Федерации имеют право на:

- а) обязательное и добровольное медицинское страхование;
- б) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- в) выбор медицинской страховой организации;
- г) предъявление иска страховой медицинской организации, страхователю, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного ущерба по их вине, независимо от того, что предусмотрено в договоре медицинского страхования;
- д) возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора;
- е) получение медицинских услуг, которые соответствуют условиям договора, независимо от размера страхового взноса, который фактически выплачивается [20].

Указанные фундаментальные постулаты определяют содержательную часть системы обязательного медицинского страхования в рамках системы здравоохранения. Закон в большей степени направлен на обеспечение реализации гражданами – застрахованными лицами своих прав. Законодатель

исключает право работодателя и органов государственной власти субъектов федерации на выбор страховых медицинских организаций, и оставляет такое право только за застрахованными лицами [1]. Одновременно сформулированы правила о возможности застрахованных лиц выбрать или заменить выбранную им страховую медицинскую организацию на иную, и при этом страховые медицинские организации не имеют права отказать ему в таком выборе. Застрахованное лицо может заменить страховую медицинскую организацию один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства (п. 1 и 5 ст. 16 Федерального закона № 165-ФЗ). Право выбора медицинской страховой организации тесно связано с выбором организаций, которые оказывают медицинскую помощь [14].

В сфере здравоохранения приобретает существенное значение личность субъекта, который предоставляет медицинскую услугу. Этим обстоятельством определяется качество оказываемых услуг [20].

Вспомогательным инструментом в обеспечении права выбора является информационная поддержка застрахованного населения в выборе рынка страховых и медицинских услуг в регионах. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования на официальных сайтах в сети Интернет должны размещать информацию о медицинских организациях и страховых медицинских организациях, Федеральные законы субъектов РФ в отличие от федеральных законов РФ имеют ограниченную сферу действия – только в пределах того субъекта, которым этот нормативный правовой акт принят. Федеральными органами исполнительной власти принимаются нормативные акты, которые основаны на положениях законов и не противоречат им [16].

Важное место занимают Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н. Они устанавливают:

- а) порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования

либо вместо него временного свидетельства застрахованному лицу;

б) единые требования к полису обязательного медицинского страхования;

в) порядок подачи заявления о выборе или замене страховой медицинской организации застрахованным лицом;

г) порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

д) порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и др.

Следует отметить, что отношения субъектов медицинского страхования могут регулироваться не только в нормативном, но и в договорном порядке. Такой порядок основан на взаимном согласии сторон и регулируется главой 28 Гражданского кодекса РФ [2].

Важными составляющими частями правового регулирования обязательного медицинского страхования являются территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования определяет права застрахованных лиц на оказание им бесплатной медицинской помощи на территории субъекта Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования [1].

Обозначенные правовые инструменты составляют основу правового регулирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

2 Перспективы развития и проблемы медицинского страхования в Российской Федерации

2.1 Перспективы развития медицинского страхования в Российской Федерации

Основные направления развития, повышение качества и обеспечение доступности медицинских услуг – одни из самых важных составляющих медицинского страхования в Российской Федерации. Чтобы повысить качество медицинского обслуживания стоит внести ряд изменений и поправок в систему оказания медицинской помощи [19].

Перспективы развития обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования будут реализовываться по некоторым необходимым направлениям [4].

Необходимый пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды, занимающиеся увеличением тарифа на обязательное медицинское страхование.

Составление новых подходов для значительного вложения финансовых средств в систему обязательного медицинского страхования, таких как:

- трансформация национальных проектов в долгосрочные программы;
- повышение процента ВВП на здравоохранение;
- введение одноканального финансирования.

Одним из самых рациональных путей решения является введение накопительных счетов российских граждан [13].

Повышение финансирования в отрасли здравоохранения. В условиях высокого темпа экономического развития в сценарии инновационного развития планируется повышение государственных, а также частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на систему здравоохранения к 2020 году по прогнозам увеличатся до 4,7% ВВП, а частные расходы увеличатся до 1,2-1,4% ВВП. При этом дифференциация

регионов по критерию финансирования здравоохранения из бюджетов различных уровней на душу населения прогнозируется сократить с 4-6 раз до 2-3 раз [18].

Сбалансированность объемов медицинской помощи территориальной (базовой) программы обязательного медицинского страхования с ее ресурсами в области финансирования. Механизмами для осуществления данного перспективного направления являются:

- а) отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда в независимости от размера заработной платы;
- б) установка определенных требований к размерам и механизмам оплаты страховых взносов за население (неработающее), которые вносятся из бюджетов регионов;
- в) повышение ставки ЕСН в частях, которые зачисляются в систему обязательного медицинского образования с учетом стоимости «страхового года» работающего населения [12].

Увеличение качества управляемости исследуемой отрасли через систему медицинского страхования. На данном этапе открыт вопрос о возвращении к практике трехсторонних соглашений между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, главами администраций субъектов РФ и Министерством здравоохранения социального развития РФ. Это позволит оптимизировать направленность субвенций различным территориям и возобновит управление этой отрасли с помощью внебюджетной финансовой системы [18].

Вступления в силу закона о государственных гарантиях оказания гражданам России бюджетной медицинской помощи. При этом отвечать за финансирование государственных финансовых обязательств в области здравоохранения возложены на систему обязательного медицинского страхования, в системе сконцентрирована значительная часть финансовых ресурсов. Необходимость принятия этого закона обусловлены тем, что государственные гарантии оказания населению страны бюджетной

медицинской помощи должны быть: ясными для населения, максимально конкретными и финансово сбалансированными. Среди всех возможных вариантов реформ гарантий государства в настоящее время обозначен один наиболее важный – конкретизация гарантий оказания бюджетной медицинской помощи по видам, порядку, условиям и объему ее оказания. По любому из заболеваний установлен набор лекарственных средств и услуг, предоставление которых государство гарантирует на бюджетной основе. Данный набор определен федеральными медицинскими стандартами, конкретизирующихся экономико-медицинскими территориальными стандартами, которые утверждаются и разрабатываются субъектами РФ, и которые отвечают за функцию минимальных социальных стандартов [12].

Внедрение более эффективных и единых механизмов оплаты медицинской помощи, которые включают: в первичной медицинско-санитарной помощи – сочетание подушевого способа финансирования населения на заинтересованность медицинских работников в повышении показателей здоровья граждан, результативности и доступности стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи; отказ от сметного финансирования сети медицинских учреждений; переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощь, который не позволит более четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты планируемых объемов медицинской помощи, которые ориентированы на конкретный результат по составляющим качества и доступности оказанной медицинской помощи [8].

Ускоренное развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг. В системе нововведенного законодательства по обязательному медицинскому страхованию планируется предложить гражданам наиболее солидарные формы участия покрытия всех расходов на медицинскую помощь. Это, в первую очередь, форма страхового взноса населения в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. Если сравнивать с традиционным коммерческим добровольным медицинским страхованием,

которое доступно только наиболее обеспеченным категориям населения, то дополнительные программы могут реализовываться на тех же условиях, как и базовая программа обязательного медицинского образования, которые являются регулируемыми и максимально солидарными [4]. Финансовые механизмы, которые используются в системе обязательного медицинского страхования, в первую очередь, регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются также и на дополнительные программы, что делает их наиболее доступными для граждан [7]. Значимость дополнительных программ для граждан зависит от точности определения пакета дополнительных услуг, от сочетания размера уплачиваемого населением страховых взносов по данной программе и всех необходимых затрат, которые будут в случае отсутствия страхования, то есть тех затрат на лечение, которые он понесет, если не будет застрахован. а также немало важное значение имеет физическая доступность услуги, на которые застрахованный гражданин имеет право [17].

Осуществление действенного регулирования государством платных медицинских услуг. Государственное регулирование платных услуг предполагает исполнение следующих действий: точное определение списка медицинских услуг, которые могут быть получены населением на коммерческой основе. В различных государствах с более развитой системой здравоохранения граждане оплачивают только часть стоимости медицинской помощи. Часть собственных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 15% до 35% при этом средний показатель – 24-27%. В Российской Федерации этот показатель приближается к 45%, при том, что заработная плата населения значительно ниже [18].

Население страны, как главный элемент получения гарантированной бесплатной медицинской помощи высокого качества. С точки зрения граждан эти изменения актуальны, так как они очень улучшают его положение в системе обязательного медицинского страхования, то есть пациенту не нужно платить за медицинскую помощь, так как ее финансирует

государство, страховщик обеспечивает высокое качество медицинской помощи. А со стороны государства затраты на обязательное медицинское страхование начнут окупаться, если данная система будет вносить достаточный вклад в повышение эффективности функционирования системы здравоохранения. Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить гласность и открытость в отношении показателей деятельности учреждений, в том числе и выбор некоторых показателей, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания, исключить чрезмерную их коммерциализацию. Также довольно важно развитость общественных организаций, которые способны участвовать в выборе направлений развития местного здравоохранения, информировании населения и защите прав пациентов [16].

Усовершенствование деятельности страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Для улучшения страховых медицинских организаций в системе обязательного страхования предлагается следующий перечень мер:

а) обеспечение действенного участия страховых медицинских организаций в организации и планировании медицинской помощи гражданам для эффективного использования кадровых и финансовых ресурсов медицинских учреждений, а в последствии значительного повышения эффективности системы обязательного медицинского страхования;

б) стимулирование правильной работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций к более эффективному использованию всех возможных ресурсов, при помощи развития конкурентной модели страхования, то есть создания конкуренции между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями там, где такая конкуренция осмысленна;

в) реализация системы разделения финансовых рисков между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями;

г) создание условий для заинтересованного участия страховых медицинских организаций в защите прав застрахованных граждан и эффективном использовании ресурсов лечебно-профилактических учреждений с помощью создания конкурентной среды между страховыми медицинскими организациями за застрахованных граждан;

д) придание по страховым медицинским организациям исключительного характера, то есть введение запрета на ее совмещение с иными видами страхования, при этом сохранив некоммерческий статус, а также необходимо предупредить аффилированность лиц, которые занимаются обязательным и добровольным медицинским страхованием;

е) нормативное закрепление приоритета права выбора страхующей организации по страховым медицинским организациям за застрахованным гражданином [10].

Совершенствование системы деятельности медицинских организаций. В финансировании медицинских организаций из государственных источников планируется реализация принципа «деньги следуют за пациентом». Это означает, что концентрация 75-85% государственных средств в системе обязательного медицинского страхования и финансирование медицинских учреждений по результатам их деятельности. Из бюджетов целесообразно финансировать только наиболее дорогостоящие и высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг, таких как психиатрическая помощь в стационарных условиях. Для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности их деятельности, необходимо предоставить им больше хозяйственной самостоятельности. Для этого следует законодательно закрепить статус автономного медицинского учреждения. Изменение системы оплаты труда медицинским работникам необходима. На ближайшую перспективу

коэффициент увеличения заработной платы медицинским работникам должен составить 3-3,5 по сравнению с существующим на сегодня уровнем. Необходима реализация действенного стимулирования эффективной работы медицинского персонала, а значит и существенная дифференциация оплаты труда в зависимости от объема и качества оказанных услуг [18]. Обеспечение полностью бюджетного лекарственного лечения в условиях стационара. Пациенты не должны приходить в больницу со своими лекарствами - предоставление населению всех необходимых лекарств, которые включены в стандарт лечения, должно стать обязанностью больницы. Одновременно необходимо существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению, охватив соответствующими программами детей и пенсионеров. Чтобы начать существенные структурные преобразования, необходимы крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Недостаточная интенсивность стационарной помощи и чрезмерные объемы во многом определяются тем, что первичное звено на данный момент не способно взять на себя основную нагрузку по лечению граждан [17].

Вся система медицинского страхования создается для того, чтобы гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия [2].

В целом по стране добровольное медицинское страхование довольно перспективный вид страхования. Это показывается количеством составляемых договоров и числом застрахованных граждан по сравнению с другими видами страхования. Но вследствие высоких страховых тарифов страховые суммы небольшие [7].

Рынок добровольного медицинского страхования стабильно растёт с каждым годом. Состав лидеров в первом полугодии 2018 года по сравнению с аналогичным периодом 2017 года практически не изменился. Рост премий за первое полугодие 2018 года составил 59,5 млрд. руб., а объем выплат –

36,7 млрд. руб. Практически у всех компаний основная доля премий (более 75 %) приходится на корпоративных клиентов [18].

Сочетание обязательного и добровольного медицинского страхования может позволить комплексно оценить положение застрахованных граждан и наиболее профессионально подойти к оказанию медицинской помощи. Рациональное сочетание полисов обязательного и добровольного медицинского страхования существенно экономит финансовые и временные ресурсы населения.

Несмотря на то, что медицинское страхование, как и все другие виды страхования в России за последние 5 лет сделало огромный шаг вперед, Россия все еще отстает от развитых стран по этому показателю. В связи с этим, как и для многих других сфер экономики для страхования в России открываются огромные возможности для скорейшего развития. Медицинское страхование играет значительную роль в развитии отечественной системы здравоохранения и медицины [12].

2.2 Проблемы развития медицинского страхования в Российской Федерации

Одной из наиболее важных проблем обязательного медицинского страхования является то, что при поступлении средств обязательного медицинского страхования в систему здравоохранения происходит существенное сокращение бюджетного финансирования отрасли, что может затруднить реализацию Федерального закона об обязательном медицинском страховании.

Сегодня тариф страхового взноса 3,2% от фонда оплаты труда не обеспечивает финансового покрытия медицинской помощи даже работающему населению страны, а большая часть – это неработающие граждане, в основном люди пенсионного возраста, дети, лица с ограниченными возможностями здоровья, безработные, которые больше всего нуждаются в оказании медицинской помощи. В связи с этим проблема платежей на неработающее население особо остро встает именно с сокращением бюджетного финансирования здравоохранения. При таком сокращении, в первую очередь, страдают скорая и неотложная медицинская помощь, а также социально-значимые виды медицинской помощи [18].

Платежи за население, которое не работает, из средств выделенного бюджета здравоохранения ведут к дефициту средств на психиатрическую, наркологическую, и противотуберкулезную службы, что нельзя допустить, так как рост активного туберкулеза среди детей за последние несколько лет увеличился почти на 20%. Сегодня становится реальной угрозой разрыва связи между лечебной и профилактической медициной [16].

В России возникает такая ситуация, когда система становится заинтересованной в постоянном росте числа больных, а не здорового населения, а качество медицинской помощи определяется не результативностью и эффективностью, а более дорогими технологиями [11].

Внедрение системы обязательного медицинского страхования

практически на всех территориях отмечается неоправданно большим разнообразием моделей страхования. Это объясняется главным образом недостаточностью нормативно-правовой базы и нежеланием руководителей органов здравоохранения что-либо менять [19].

Результаты сборов и наличие задолженности по уплате страховых взносов фондам обязательного медицинского страхования демонстрируют необходимость значительной работы по совершенствованию способов их сбора.

Сложившаяся в России ситуация, когда система здравоохранения не может получить необходимого количества финансовых ресурсов, отчасти обусловлена неспособностью собирать страховые взносы вовремя.

Особой проблемой является проблема управления, обеспечения и экспертизы качества медицинской помощи. Лицензионная деятельность регулируется рядом нормативно-методических документов по проведению лицензирования и сертификации, как физических, так и юридических лиц [9].

Еще одной важной проблемой является проблема достоверности информации о поступлении и расходовании государственных средств системы обязательного медицинского страхования. Функции государственных органов по контролю и надзору за поступлением средств, формированием и использованием доходов системы обязательного медицинского страхования должным образом не определены. Помимо этого в условиях бюджетного дефицита внедряемая модель обязательного медицинского страхования является неоправданно дорогостоящей [4].

Все вышеуказанные проблемы требуют решения, так как отрицательно сказываются на всей системе медицинского страхования Российской Федерации. Для этого необходимо:

а) рассмотреть вопрос об увеличении тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование в связи с обеспеченностью финансовыми средствами территориальных программ обязательного медицинского страхования, составляющей в среднем по России 33%, а в

некоторых территориях 13-26%;

б) разработать систему подготовки медицинских кадров к работе в условиях медицинского страхования;

в) неукоснительное исполнение Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» органами исполнительной власти субъектов РФ.

Таким образом, проводимая в России реформа здравоохранения, введение обязательного медицинского страхования предполагает структурную, инвестиционную перестройку отрасли, которая направлена на повышение экономической и клинической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинской помощи и обеспечение конституционных прав населения Российской Федерации на медицинскую помощь, которая гарантируется государством.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью курсовой работы являлось исследование медицинского страхования в Российской Федерации, как правового механизма получения медицинской помощи и выявление его особенностей и проблем. В ходе проведенного исследования были изучены основы правового регулирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, выявлены особенности договора обязательного медицинского страхования и проанализировать проблемы развития обязательного медицинского страхования в России.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Система обязательного медицинского страхования выступает одним из секторов рыночной экономики, формирует собственную структуру финансовых ресурсов и затрат, а также вступает в финансовые отношения с иными субъектами финансового рынка. Формирование страхового рынка медицинских услуг должно базироваться и опираться на универсальную правовую базу. Необходимо выработать правовые и экономические требования, которые предъявляют, чтобы создать любые страховые организации и критерии оценивания возможной сферы страховых операций, исходя из организационно-правового статуса страховой медицинской организации, а также размера основного капитала и запасных фондов.

С принятием Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» начался новый этап в развитии обязательного медицинского страхования в нашей стране. В современных условиях расширения рынка медицинских услуг страховые организации берут на себя существенную долю долгосрочного кредитования бюджетного сектора экономики.

Как показывает практика, эффективность деятельности страхования повышается за счет удовлетворения постоянно растущего спроса на

медицинские страховые услуги даже за короткий период действия его региональных видов. Основная задача страховых организаций заключается в придании медицинскому страхованию более удобной, гибкой и выгодной формы.

Основной составляющей развития обязательного медицинского страхования выступает разработка схемы взаимодействия между страховой медицинской организацией и лечебно-профилактическим учреждением. Такого рода взаимодействие в условиях рыночных отношений основывается либо на договоре о подряде, либо на договоре о совместной деятельности. При этом страховая медицинская организация выступает в роли заказчика, а лечебно-профилактическое учреждение в роли исполнителя. Главным недостатком подрядного договора является неподготовленность лечебно-профилактических учреждений к работе в новых организационно-правовых условиях.

Механизм реализации медицинского страхования в России будет способствовать развитию рыночных отношений в здравоохранении, а также сможет обеспечить универсальность и финансовую устойчивость такой формы медицинского страхования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Гражданский кодекс Российской Федерации от 02 января 1996 г. № 14-ФЗ. Часть 2. (с изменениями на 05.12.2017 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/
- 2 Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ. Часть 1. (с изменениями на 29.12.2017 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/
- 3 Гура Г. М. Обязательное медицинское страхование: возможности и перспективы // Территория науки. 2014. №6. С. 88–94 .
- 4 Кирилловых А.А. Некоторые вопросы ответственности в сфере обязательного медицинского страхования // Социальное и пенсионное право. 2014. № 3. С. 2–14.
- 5 Козлова Н., Кратенко М. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2015. № 12. С. 5–8.
- 6 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) (с изменениями на 21.07.2014 г.). URL: <http://www.constitution.ru/>
- 7 Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 5 августа 2000 г. № 117-ФЗ (с изменениями на 29.12.2017 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19671/
- 8 Новосельский С.О. Роль оценки кредитоспособности в финансовом механизме функционирования предприятий пищевой промышленности региона // Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. 2015. №8. С. 48–52.

- 9 Организация системы здравоохранения. Медицинское страхование // Официальный сайт Правительства РФ. URL: <http://government.ru/rugovclassifier/26/events/>
- 10 Право социального обеспечения России / Захаров М.Л. М.: Спарк, 2013. 560 с.
- 11 Право социального обеспечения России / под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2016. 488 с.
- 12 Право социального обеспечения Российской Федерации. / Шайхатдинов В.Ш. Екатеринбург, 2014. 197 с.
- 13 Право социального обеспечения. Перспективы развития. / Мачульская Е.Е. М.: Спарк, 2015. 144 с.
- 14 Приказ Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70192760/>
- 15 Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/
- 16 Селуянов, Д.М. Договор обязательного медицинского страхования: гражданско-правовой аспект // Юридическая и правовая работа в страховании. 2006. № 2. С. 21–34.
- 17 Система обязательного медицинского страхования РФ (о фонде) // Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/about-fund/>
- 18 Система обязательного медицинского страхования РФ (рейтинги и аналитика) // Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/system-oms/analyst-ratings/>
- 19 Социальное обеспечение и социальное страхование. / Сулейманова Г.В. М.: ИНФРА-М, 2014. 189 с.

20 Федеральный закон от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (с изменениями на 03.07.2016 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4059/

21 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 29.12.2017 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

22 Федеральный закон от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (с изменениями на 31.12.2017 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1307/

23 Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями на 28.12.2016 г.). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/