**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ГЕНЕРАЛЬНОЙ ПРОКУРАТУРЫ РОССИИ**

**Кафедра гражданско-правовых дисциплин.**

**РЕФЕРАТ**

**По курсу: Финансовое право**

**На тему: Добровольное и обязательное медицинское страхование.**

**Выполнил: студент группы № 312**

**Тойсов С.Ю.**

**Преподаватель: Степанов В.Г.**

**Санкт-Петербург.**

**1999 год.**

**ПЛАН:**

1. **Введение.**
2. **Право на охрану здоровья.**
3. **Обязательное медицинское страхование**
4. **Типовые правила обязательного медицинского страхования.**
5. **Фонды обязательного медицинского страхования.**
6. **Обязательное медицинское страхование в Санкт-Петербурге.**
7. **Добровольное страхование.**
8. **Литература.**

**ВВЕДЕНИЕ.**

Страховое право - совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения, складывающиеся в процессе создания и использования специальных страховых фондов денежных средств. Страховая деятельность обусловлена определенными социально-экономическими потребностями общества и направлена на предотвращение и ликвидацию отрицательных последствий чрезвычайных обстоятельств, возмещение материальных потерь, восстановление разрушенных, поврежденных материальных ресурсов, компенсацию вреда, возникшего в социальной сфере и т.п. Разнообразие и сложность названных общественных отношений обусловили необходимость их правового урегулирования нормами различных отраслей права, таких как административное, финансовое, гражданское, социального обеспечения и др. Совокупность перечисленных норм и образует комплексный правовой институт - страховое право.

Страхование как один из институтов финансовой системы государства, представляющий финансовые отношения, образующиеся в процессе формирования и использования страховых фондов, является предметом правового регулирования финансового права. Так, нормы финансового права регулируют: источники формирования страхового фонда, его взаимоотношения с другими звеньями финансовой системы государства, в частности с бюджетной системой; порядок использования средств фонда страхования; компетенцию органов государственной власти в области страхования (совместно с нормами административного права) и иные отношения в сфере страхования, возникающие в процессе создания, распределения и использования фонда страхования, т.е. такие отношения, которые связаны с осуществлением государством финансовой деятельности.

Наряду с конституционными нормами важнейшими нормативными актами, регулирующими страхование, и являющимися основными в системе страхового законодательства, относятся: ГК РФ (ст.927 - 970), Закон РФ "О страховании" от 27 ноября 1992 г., Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991. В названных законодательных актах содержатся такие основные понятия и категории страхового права, как: страхователь, страховщик, страховой риск страховой случай#S, страховая сумма, страховая выплата, страховая премия страховой взнос, тариф, договор страхования и др.

Договор личного страхования - гражданско-правовой договор, по которому страховщик взамен уплаченной страхователем суммы обязуется выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором страховую сумму (страховое обеспечение) в случае причинения вреда жизни или здоровью страхователя или застрахованного лица, достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события.

В своей деятельности человек повсюду и всегда подвергается различным опасностям, угрожающим ему самому, его близким или его имуществу, опасностям, непредвидимым по источнику своего возникновения и неравномерным по своим последствиям. Иначе говоря, человек постоянно подвергается тому или иному риску. Так, например, во время царствования вавилонского царя Хаммурапи (годы правления : 1792-1750 г.г. до н. э. ), участники торговых караванов заключали между собой договор, в котором стороны соглашались совместно нести убытки, наступившие у кого-либо из участников каравана в результате ограбления, кражи или пропажи. Это не единственный пример. Соглашения о взаимном распределении убытков от кораблекрушения или от других опасностей, подстерегавших мореплавателей, заключали между собой купцы Финикии.

Упоминание о частных «товариществах для совместной экспедиции» встречаются в реформах Солона, осуществлявшихся в 594 г. до н. э. в Афинах. Участники этих товариществ договаривались о распределении потерь от морских опасностей, связанных с торговлей. Подобные объединения встречались и в истории народов, населявших в древности и нашу страну.

Зачатки личного страхования мы встречаем в Германии в 10 - 11 вв. н. э., где были созданы гильдии объединявшие людей по профессиональному признаку. Гильдии выплачивали своим членам пособия в случаях смерти, болезни и инвалидности. Если умирал член гильдии, пособия выдавались на погребение, а также на материальную поддержку вдов и сирот. Некоторые гильдии так же выплачивали пособия на выкуп из плена. Некоторые из перечисленных форм личного страхования встречались в средние века и в России. Например, Уложение царя Алексея Михайловича предписывало «забирать деньги ежегодно полоняникам на откуп», на всей территории Московского государства. Собираемые деньги передавались в посольский приказ, который и ведал выкупом военнопленных.

В современной России договор личного страхования является одной из основных форм страховых правоотношений.

В настоящее время действует ряд законов, регулирующих правовой статус различных категорий граждан, в том числе по профессиональному признаку, в которых содержатся нормы, гарантирующие страховую охрану их жизни и здоровья военнослужащих, сотрудников налоговых, правоохранительных органов и др.) Нормы, посвященные страховым отношениям, включены и в такие законы, как : о залоге, об охране окружающей среды и др.. Большое значение для правового регулирования страхования имеют Указы Президента страны.

На территории России действуют некоторые международные договоры, заключенные Российской Федерацией. Например, "Соглашение о партнерстве и сотрудничестве", заключенное между нашей страной и Европейским союзом на острове Корфу 24 июня 1994 г., вступающее в силу с июля 1999 г. Если в международных договорах установлены иные правила, чем в страховом законодательстве России, то действуют правила международных договоров.

СТРАХОВАНИЕ. Страхование представляет собой отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий). Страхование является самостоятельным звеном финансовой системы Российской Федерации. Оно выступает в двух обособленных формах: в форме социального страхования и собственно страхования, связанного с непредвиденными чрезвычайными событиями.

Страхование в зависимости от объекта страхования подразделяется на две основные отрасли – имущественное страхование и личное страхование. Объектом личного страхования выступают личные блага гражданина, связанные с его жизнью, здоровьем, трудоспособностью. Закон о страховании предусматривает две формы страхования: добровольную и обязательную.

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ#S - 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 (Закон РФ от 28 июня 1991 г. "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"). При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это дополнительный источник финансирования медицинских затрат.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное 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. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе соответствующих государственных программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Оно может быть коллективным и индивидуальным.

**ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ**

Граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. В соответствии с Основами законодательства об охране здоровья и окружающей среды это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, представлением населению доступной медико-социальной помощи. В целях создания возможностей для реализации гражданами этого права государство предпринимает меры: политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера. Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.

Основными принципами охраны здоровья являются: соблюдение прав человека и гражданина, приоритет профилактических мероприятий, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, ответственность органов государственной власти и управления, юридических лиц независимо от форм собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Охрана здоровья осуществляется независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, связанной с наличием у них каких-либо заболеваний.

Наравне с гражданами РФ правом на охрану здоровья пользуются лица без гражданства, постоянно проживающие на территории РФ, и беженцы. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется Минздравом РФ и соответствующими органами субъектов РФ.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-санитарную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в пределах гарантированного объема в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Дополнительные услуги граждане могут получать на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств юридических лиц, личных сбережений и иных источников, разрешенных законодательством.

Финансирование охраны здоровья осуществляется за счет: бюджетов всех уровней, обязательного и добровольного страхования, целевых фондов, средств хозяйствующих субъектов различных форм собственности, доходов от ценных бумаг и других источников.

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ.**

Обязательное медицинское страхования является новым для российской системы видом социального страхования населения. Оно должно гарантировать всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи в пределах Федеральной и территориальных программ и финансировать профилактические мероприятия.

Федеральную программу обязательного медицинского страхования разрабатывает Министерство Здравоохранения РФ и утверждает Правительство РФ. На основе федеральной программы высшие органы субъектов РФ утверждают территориальные программы ОМС, которые не могут ухудшать условия оказания медицинской помощи по сравнению с базовой программой.

Гарантированный перечень видов медицинской помощи, то есть базовая программа, включает: скорую медицинскую помощь при травмах и острых заболеваниях, угрожающих жизни; лечение в амбулаторных условиях; диагностику и лечение на дому; осуществление профилактических (прививки, диспансеризация и пр.); стоматологическую помощь; лекарственную и стационарную помощь. Все виды скорой медицинской помощи, а также стационарная помощь больным с острыми заболеваниями предоставляется независимо от места проживания и прописки бесплатно за счет средств бюджетов соответствующих территорий.

Министерством здравоохранения РФ установлен обязательный для аптек всех форм собственности ассортиментный перечень лекарственных, профилактических, диагностических средств и изделий медицинского назначения. Постановлением Правительства РФ от 30.07.94 № 890 (в редакции от 27.12.97) утвержден Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой. Все лекарственные средства отпускаются бесплатно следующим группам населения: участникам гражданской и Великой Отечественной войн; инвалидам Великой Отечественной войны, инвалидам боевых действий на территориях других государств и приравненных к ним по льготам инвалидам; родителям и женам военнослужащих, погибших при защите страны; Героям СССР, РФ, полным кавалерам ордена Славы; бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей; детям в возрасте до 3-х лет, а также детям из многодетных семей в возрасте до 6-ти лет; инвалидам 1-ой группы, неработающим инвалидам 2-ой группы, детям-инвалидам в возрасте до 16 лет; гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы и др.

Правовые, экономические и организационные основы обязательного медицинского страхования населения в России определены Законом от 28.07.91 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в редакции Федерального закона от 01.07.94 № 9-ФЗ.

Отношения, складывающиеся в результате осуществления обязательного медицинского страхования, входят в предмет права социального обеспечения. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами ОМС.

Права и обязанности субъектов ОМС закреплены типовыми правилами обязательного медицинского страхования (письмо Федерального Фонда ОМС от 28.06.94 № 3-1354).

**Субъектами ОМС** являются: застрахованный; страхователь; страховая медицинская организация; медицинское учреждение.

**Застрахованными** по системе ОМС могут быть как граждане РФ, так и лица без гражданства. Медицинское страхование иностранцев, временно находящихся на территории РФ осуществляется в порядке, устанавливаемом правительством РФ. Иностранные граждане, постоянно проживающие в РФ, имеют такие же права, как и граждане РФ, если международным договором не предусмотрено иное.

Граждане РФ имеют право: на выбор страховой медицинской организации; выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинских услуг на всей территории РФ, в том числе и за пределами постоянного места жительства; получение медицинских услуг в соответствии и качеством и объемом, установленным государственной программой, независимо от того, предусмотрено это договором или нет.

**Страхователями** выступают как юридические, так и физические лица, вносящие взносы в фонды ОМС. **Плательщиками** взносов являются:

* для неработающего населения – высшие органы государственного управления субъектов РФ и местная администрация;
* для наемных работников – работодатели;
* лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью и некоторые другие граждане (например, лица творческих профессий, не объединенные в союз) платят взносы самостоятельно. Таким образом они являются и застрахованными и страхователями.

При недостатке средств в местном бюджете для уплаты взносов за неработающих граждан выделяются дотации в порядке, установленном Правительством РФ.

За отказ хозяйствующих субъектов от регистрации в качестве плательщиков взносов на ОМС, сокрытие или занижение сумм, с которых должны платиться взносы, нарушение сроков их перечисления применяются финансовые санкции в виде штрафа и (или) пени, уплата которых не освобождает страхователя от выполнения обязательств по ОМС. При наложении финансовых санкций Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования пользуются правами налоговых органов. В Санкт-Петербурге вновь зарегистрированное предприятие не сможет открыть расчетный и другие счета в банке без предъявления справки из Территориального Фонда обязательного медицинского страхования о постановке на учет.

От уплаты взносов на ОМС освобождаются общественные организации инвалидов и предприятия (объединения), находящиеся в собственности этих организаций и созданные для осуществления уставных целей.

Страхователи имеют право: на выбор страховой медицинской организации; осуществления контроля за выполнением договора ОМС.

Страхователи обязаны: заключать договоры ОМС; вносить взносы на ОМС; принимать меры по устранению неблагоприятных факторов на здоровье граждан; предоставлять страховой медицинской организации информацию о состоянии здоровья контингента, подлежащего страхованию и др.

**Страховые медицинские организации** – это юридические лица любых форм собственности, получившие лицензию органов Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью. Они не входят в систему здравоохранения. Законодательство запрещает органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям быть учредителями страховых медицинских организаций, им разрешено владеть акциями последних в объеме не более 10% общего пакета.

Страховая медицинская организация имеет право: на выбор медицинского учреждения для оказания медицинской помощи по договорам медицинского страхования; участие в аккредитации медицинских учреждений; участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявление иска к медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и морального вреда, причиненного застрахованному по их вине, и др.

Страховая медицинская организация обязана: осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе; заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание застрахованным медицинской помощи по ОМС; выдавать застрахованному или страхователю медицинские полисы; контролировать объем, качество и сроки оказания медицинской помощи; защищать интересы застрахованных; для обеспечения устойчивости своей деятельности создавать резервные фонды.

**К медицинским учреждениям** относятся: научно-исследовательские институты, лечебно-профилактические и другие организации, оказывающие медицинскую помощь. Физические лица также могут заниматься медицинской деятельностью без образования юридического лица индивидуально или коллективно.

Все медицинские учреждения должны иметь лицензию и пройти аккредитацию. Лицензия – это государственное разрешение на осуществление медицинской помощи и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензии выдаются лицензионными комиссиями, создаваемыми при органах управления (местной администрации) из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений и общественных организаций.

Аккредитация направлена на определения соответствия медицинского учреждения установленным профессиональным стандартам. Аккредитацию проводят специальные комиссии, образуемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций и страховых медицинских организаций. По результатам аккредитации органы управления субъектов РФ выдают сертификат.

### **ТИПОВЫЕ ПРАВИЛА ОМС.**

В 1 части раскрываются общие положения правил. Типовые правила обязательного медицинского страхования разработаны на основе закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и других нормативных актов по ОМС. Они регулируют отношения в системе ОМС и устанавливают общие требования к правилам обязательного медицинского страхования граждан, утверждаемым органом исполнительной власти субъектов федерации РФ (территориальные правила ОМС).

В соответствии с законом «О медицинском страховании граждан в РФ» гражданам в РФ гарантируется предоставление медицинской помощи и ее оплата через систему ОМС в объеме и на условиях действующей на территории субъектов федерации Территориальных правил ОМС. Территориальными правилами предусмотрены виды и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам, перечень оказываемых услуг и перечень медицинских учреждений, предоставляющих помощь в рамках программы, требования к медицинской помощи, предельные тарифы на медицинские услуги. Также 1 часть типовых правил определяет субъекты медицинского страхования. Гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Реализацию государственной политики в области ОМС обеспечивают Федеральный и Территориальные Фонды обязательного медицинского страхования.

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское страхование, могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами с любыми формами собственности, обладающие необходимыми для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующим свою деятельность в соответствии с законодательством РФ и Положением о страховых медицинских организациях. Страховые медицинские организации осуществляют обязательное медицинское страхование на некоммерческой основе.

2 часть Типовых правил ОМС определяет взаимоотношения Территориальных Фондов ОМС со страхователями. В ней устанавливается обязанность страхователя зарегистрироваться в качестве плательщиков страховых взносов и уплачивать взносы и штрафы в соответствующем порядке. При существующей практике хозяйствующий субъект не сможет открыть расчетный счет в банке, не предоставив справку о постановке на учет в соответствующем Территориальном Фонде ОМС.

3 часть определяет взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации. Эти взаимоотношения определяются договором обязательного медицинского страхования. Форма договора ОМС утверждается органом исполнительной власти на основе типовых договоров, утвержденных постановлением Совета министров – правительства РФ. Эти договоры заключаются на срок не менее 1 года, предусматривает обязательства страховой медицинской организации при наступлении страхового случая. Страховой случай – обращение застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, предусмотренной Программой Территориального Фонда обязательного медицинского страхования. При этом максимальная ответственность страховщика по индивидуальному риску (стоимость медицинской помощи) не определяется.

4 часть правил регулирует взаимоотношения Территориальных Фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций. Фонд финансирует страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования. Типовой договор представлен в Приложении № 1 к типовым правилам. Фонд не имеет права отказать страховой медицинской организации в заключении договора о финансировании обязательного медицинского страхования при наличии у последней заключенных договоров страхования и договоров на оказание лечебно-профилактической помощи ( медицинских услуг), обеспечивающих реализацию Территориальной Программы обязательного медицинского страхования. Страховая медицинская организация обязана предоставлять в Территориальный Фонд ОМС всю информацию о своей деятельности. Страховая медицинская организация несет ответственность перед Фондом за оплату медицинской помощи всеми средствами, полученными от Фонда, резервами по обязательному медицинскому страхованию, средствами субсидий и кредитов, другими доходами.

В 5 части правил определяются взаимоотношения страховой медицинской организации и медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования. Медицинская помощь в системе ОМС оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, имеющие соответствующую лицензию. Порядок оказания медицинской помощи населению, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования, определяется совместно Территориальными органами управления здравоохранением и обязательным медицинским страхованием. Медицинское учреждение и страховая медицинская организация должны заключить договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию, образец типового договора указан в приложении № 2 к Правилам. Неотъемлемой частью этого договора является перечень оказываемых учреждением услуг. При невозможности оказать застрахованному помощь надлежащим образом в объеме, предусмотренном в договоре со страховой медицинской организации, медицинское учреждение обязано за свой счет обеспечить пациенту требуемую помощь в другом медицинском учреждении. При отсутствии соответствующей лицензии, в случае необходимости, организует перевод пациента за счет средств страховщика в другое медицинское учреждение, имеющее лицензию. За не предоставление или предоставление гражданам медицинских услуг ненадлежащего объема, качества или в не установленные сроки и т.п. медицинское учреждение уплачивает штраф страховой медицинской организации. Оценка качества медицинской помощи проводится страховой медицинской организацией в соответствии с Порядком оценки качества медицинской помощи

Самое важное положение для граждан – это 6 часть типовых правил, в которой определяются права и обязанности застрахованных, описывается страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования выдается страховой медицинской организацией каждому застрахованному или страхователю в порядке, установленном договором ОМС. На территории субъекта РФ действует страховой медицинский полис единого образца. При обращении за медицинской помощью застрахованные обязаны предъявлять полис и документ, удостоверяющий личность. Если у обратившегося за медицинской помощью нет полиса, по каким-либо причинам, он указывает страховую медицинскую организацию или обращается в Фонд за подтверждением. Они обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования и обеспечить застрахованного полисом. При изменении места проживания граждане должны сдать старый полис и получить другой.

При утрате полиса застрахованный должен известить страховую медицинскую организацию в письменной или устной форме с указанием обстоятельств утраты. Ему обязаны выдать дубликат за соответствующую плату. Утраченный полис признается недействительным.

Все граждане, застрахованные по ОМС, должны для получения первичной медико-санитарной помощи зарегистрироваться в амбулаторно-поликлиническом учреждении или у независимых врачей общей (семейной) практики, о чем в полисе делается отметка.

Действия застрахованного при не предоставлении или при несоблюдении условий предоставления медицинских услуг, предусмотренных Территориальной программой обязательного медицинского страхования, регламентируется действующим законодательством, договором обязательного медицинского страхования, территориальными правилами обязательного медицинского страхования. Права застрахованных по выбору медицинского учреждения и условия предоставления им медицинских услуг (число мест в палате, длительность ожидания, санитарно-гигиенические условия и т.д.) устанавливаются Территориальными правилами обязательного медицинского страхования граждан. Застрахованный имеет право на возмещение ущерба, причиненного ему в результате оказания медицинской помощи, в установленном судом порядке и размерах.

**ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.**

Фонды обязательного медицинского страхования созданы для выполнения закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и реализации государственной политики в области ОМС граждан как составной части государственного социального страхования. Фонды ОМС - Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования. Утверждено Постановлением ВС РФ 24 февраля 1993 г.) и аналогичные территориальные фонды как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, аккумулирующие финансовые средства на обязательное медицинское страхование, обеспечение финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Они подотчетны соответствующим органам представительной и исполнительной власти. Финансовые средства фондов находятся в государственной собственности и не входят в состав 5бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Фонды обязательного медицинского страхования формируются за счет:

* страховых взносов работодателей;
* бюджетных ассигнований

- доходов от использования временно свободных денежных средств фондов.

Действующие тарифы: 3,6 % от выплат в денежной и натуральной форме, начисленных в пользу работников по всем основаниям, из них 3,4 % в Территориальный фонд, 0,2 % - в Федеральный фонд ОМС.

Нормативным документом, определяющим виды выплат, на которые не начисляются страховые взносы в фонды обязательного медицинского страхования, в настоящее время является пункт 9 Инструкции о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование, утвержденной постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 11.10.93 N 1018.

**ОМС В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.**

По материалам проверки деятельности Санкт-Петербургского Территориального фонда обязательного медицинского страхования и рациональному использованию финансовых средств специальной комиссией выявлено:

Система ОМС в Санкт-Петербурге имеет существенные отклонения от действующего законодательства РФ. Суть отклонений состоит в ущемлении законных прав и интересов всех субъектов обязательного медицинского страхования. На основании «Временных правил ОМС», утвержденных Распоряжением мэра от 29.11.93 г. № 950-р, страхователи - предприятия плательщики страховых взносов – лишены права заключения договора страхования, в результате чего не имеют возможности выбора страховой компании, не могут влиять на качество и полноту оказываемой медицинской помощи и не контролируют эффективность использования уплаченных взносов, что является нарушением статьи 9 Закона «О медицинском страховании граждан РФ». Статья 9. Права и обязанности страхователя

Страхователь имеет право на:

- участие во всех видах медицинского страхования;

- свободный выбор страховой организации;

- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;

- возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Фактически застрахованные граждане лишены права выбора, как страховой компании, так и медицинского учреждения.

Страховщики, обладающие необходимыми условиями для осуществления деятельности в рамках ОМС, вынуждены отстаивать свои интересы и интересы застрахованных граждан а арбитражном суде. Потери Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга только за 1996 год на участие в судах, выплаты по искам, услуги адвокатов составили около 500000 $ США.

На основании существующих Временных правил понятие «договор страхования» отсутствует, страховые полисы выданы гражданам на основании договоров об организации и финансирования медицинской помощи, заключенных с главами районных администраций, не являющихся плательщиками взносов. У медицинских учреждений отсутствует конкуренция, они не заинтересованы в повышении качества выполняемой работы, потому что существует жесткое закрепление застрахованных в соответствии с их пропиской (местом регистрации).

Реально реализуемая Территориальная программа обязательного медицинского страхования значительно ниже утвержденной Правительством РФ базовой программы. За ее рамками остаются: стоматологическая и инфекционная службы (они финансируются за счет городского бюджета), онкологическая помощь, оказываемая в специальных учреждениях, амбулаторная травматологическая помощь (также финансируется за счет бюджета). Консультативно-диагностическая помощь и др.

Проверить полноту выполнения действующей в Санкт-Петербурге программы ОМС не представляется возможным в силу того, что Территориальный фонд обязательного медицинского страхования не выработал механизмы доведения средств ОМС до цели, то есть до медицинских учреждений, непосредственно оказывающих медицинские услуги.

Средства ОМС поступают не в поликлиники и другие медицинские учреждения, а Управления здравоохранения районов, в нарушение статьи 20 закона «О медицинском страховании граждан РФ». Статья 20. Права и обязанности медицинских учреждений.

«Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями».

Из-за этого существует неравномерность распределения средств фонда ОМС. Сметы расходов и доходов (бюджет Территориального фонда ОМС) на 1994, 1995, 1996 годы не утверждены распоряжением главы исполнительной власти, не заслушивались в Законодательном Собрании Санкт-Петербурга и не утверждены Законами Санкт-Петербурга.

Потери Территориального фонда обязательного медицинского страхования из-за не возврата кредитов, депозитных средств (страховых взносов), неуплату процентов по вкладам и кредитам коммерческими банками только за 1995 год составили около 6 млн. $ США. Были выявлены случаи не целевого использования свободных денежных средств фонда. Только по одному случаю выдачи беспроцентного кредита коммерческой структуре на 1 год сумма не выплаченных процентов составила около 200 000 $ США.

При формировании и реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге допущены серьезные организационные просчеты. Их следствием явилась размытость гарантий бесплатной медицинской помощи. Созданы условия для вынужденного нарушения многими государственными и муниципальными медицинскими учреждениями части 1 статьи 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». Имеют место случаи неуплаты плательщиками страховых взносов. Существует возможность злоупотребления использованием денежных средств фонда, других нарушений законодательства.

Сведений о наказаниях, привлечении к ответственности, административной или уголовной, у меня нет, как нет и более поздних данных о деятельности Территориального фонда ОМС в Санкт-Петербурге. В 1996 году каждый застрахованный по программе обязательного медицинского страхования ежемесячно мог получить медицинскую помощь на 23 000 рублей, приблизительно 4 $ США. Сейчас эта сумма составляет 13 рублей – 0,5 $ США (по данным страховой компании «Ресо-гарантия».

В настоящее время страховые компании Санкт-Петербурга уже начали осуществлять обязательное медицинское страхование по производственному принципу, пока через суд. Но их владельцы и руководители активно лоббируют соответствующие нормативные акты в Законодательном Собрании Санкт-Петербурга.

## **ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ.**

Законом Российской Федерации от 28.06.91 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с учетом изменений и дополнений) определено, что добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Сегодня в Санкт-Петербурге действует около 200 страховых кампаний. Высока вероятность того, что после 1 июня их станет меньше: согласно распоряжению Министерства Финансов РФ уставный капитал страховых кампаний должен быть не менее 25000 МРОТ – сегодня это около 3 млн. рублей. Таким образом, через 2,5 месяца примерно треть страховых кампаний, предлагающих свои услуги в Санкт-Петербурге, может прекратить свое существование. Со всеми вытекающими отсюда последствиями для клиентов.

Сегодня среди страховых кампаний очень высока степень конкуренции. Они стараются работать добросовестно – иначе не удержишься на рынке. Поэтому страховщики придирчиво следят за своим имиджем и всеми силами стремятся не допускать конфликтов с клиентами. Жульничества в действиях страховщиков, как правило, нет. Показательно, что в судах появляется совсем немного исков страхователей (клиентов) к страховщикам.

Чтобы быть уверенным в сохранности своих денег, стоит произвести небольшое расследование. Первое, что необходимо проверить, придя в страховую кампанию – лицензию на право заниматься медицинским страхованием. Дальше необходимо изучить состав акционеров. Если представитель кампании это скрывает, то есть повод усомниться в надежности фирмы. По мнению Е. Дубенского, директора по страхованию страхового общества «Русь» страховая компания должна быть открытой. Это не значит, что она должна поименно называть всех акционеров, но ее структура должна быть понятной; во всяком случае надо знать, кто владеет контрольным пакетом акций. Стоит отдавать предпочтение учредителям – юридическим лицам. Большей надежностью обладают фирмы, учрежденные компаниями-экспортерами, на чью продукцию есть устойчивый спрос в мире. Хорошо, если у страховой кампании много акционеров. Наличие иностранного акционера не всегда свидетельствует о надежности страховщика. Иностранные кампании тоже бывают разными.

Государственная структура – это одновременно хорошо и плохо. С одной стороны, компания будет существовать в любом случае, с другой – совсем не обязательно, что выплаты будут произведены и обязательства будут выполнены. В России государство не будет выполнять обязательства страховой компании, наоборот, оно может изъять активы напрямую и направить их на свои нужды, как произошло в начале 90-х, или, как это произошло в 1998 году, заставить страховые фирмы держать свои денежные средства в Государственных ценных бумагах, которые не обеспечены ничем, кроме декларативных заявлений. Кризис 17 августа 1998 года поставил многие страховые компании на грань банкротства.

Баланс компании тоже заслуживает внимания: чем больше уставный капитал, собственные средства и страховые резервы - тем она надежнее. Клиент также вправе заглянуть в «страховой портфель» компании, то есть узнать какими видами страхования занимается страховщик и кто его клиенты. Лучше, если страховщик занимается традиционными, классическими видами страхования (имущества, грузов, гражданской ответственности). Должно смущать, когда в портфеле очень много страхования жизни и личного, медицинского страхования. Если у компании 80% - личное страхование, это должно настораживать. Есть небольшие компании, где один специалист занимается всеми видами страхования, поэтому он не может знать всех нюансов. Предпочтительнее компания, где конкретный специалист занимается конкретным направлением.

Не стоит доверять компаниям, которые предлагают демпинговые цены: это почти стопроцентный показатель того, что у фирмы плохи дела и ей срочно требуются деньги. В этом случае вы рискуете получить медицинскую помощь уровня муниципальной поликлиники или еще ниже, только за свои, пусть и не очень большие деньги. Необходимо проверить перечень медицинских учреждений, с которыми работает страховщик, и перечень медицинских и профилактических услуг, предлагаемых этими учреждениями. В договоре с ними должен находиться прейскурант на все оказываемые услуги. Причем медицинское учреждение об изменении цен должно сообщить не менее, чем за месяц.

Среди страховых фирм распространена практика, когда потенциальному клиенту по умолчанию предлагается наименее выгодный для него вариант страхования. Поэтому при заключении договора поинтересуйтесь всеми возможными вариантами.

Есть два способа заключения договора. Первый – страхователю (если вы страхуете себя, то вы же являетесь и застрахованным) выдается страховой полис. Вместе с полисом обязательно нужно получить «Правила страхования». Второй способ – выдается договор – и после оплаты страхового взноса – выдается полис, который подтверждает наличие договора и устанавливает срок его действия. Вместе с договором нужно потребовать «Памятку страхователю», в которой должно быть написано: что и как надо делать при наступлении страхового случая, когда и куда заявить о нем, какие документы предоставить и т.д. Инструкциям необходимо следовать очень точно, иначе могут возникнуть проблемы.

В случае коллективного договора за вас основную сумму платит работодатель, вы возмещаете только какую-то часть, или вообще ничего не платите. В иностранных фирмах, работающих на территории России и в некоторых российских крупных компаниях это входит в так называемый компенсационный пакет. В этом случае вы принимаете условия, предложенные работодателем, так как страхователем является фирма, в которой вы работаете.

Условия добровольного медицинского страхования при заключении коллективных договоров гораздо выгоднее для страхователя, чем при заключении индивидуального договора. Это обусловлено тем, что практика деятельности страховщиков говорит о том, что индивидуальные застрахованные практически всегда получают медицинские услуги на сумму, превышающую страховой взнос, то есть страховая компания платит больше, чем получает. При коллективном договоре этого не происходит.

Страховые программы добровольного медицинского страхования, которые предлагаются в Санкт-Петербурге различными страховыми компаниями, многочисленны и разнообразны. Это программы: «Амбулаторной помощи», «Амбулаторной и стационарной помощи», поликлинические и медицинские комплексные программы, «Стоматологические», «Реабилитационно-восстановительные» программы, программы «Беременность и роды», «Здоровье ребенка».

Стоимость страховых полисов по однотипным программам в различных страховых компаниях Санкт-Петербурга не одинакова. Например, в одной из них (при заключении коллективного договора) при страховом взносе в 265 у.е. страховое обеспечение составляет 2000 у.е. В другой, при взносе в 270 у.е. обеспечение составляет 700 у.е., а при увеличении взноса до 320 у.е. оно не ограничивается, при этом в условия договора входит экстренная помощь при выезде за границу на сумму 30000 $ США, а экстренная помощь при поездке по России – 5000 $ США. Оплата предприятием коллективного договора добровольного медицинского страхования производится из прибыли, на себестоимость, то есть в стоимость затрат, можно отнести 1% от суммы договора.

Гораздо менее выгодные условия при индивидуальном страховании физических лиц. Для определения стоимости полиса обязательно прохождение предстрахового обследования или анкетирования. Применяются повышающие возрастные коэффициенты. Практически, сумма страхового взноса равна, а иногда и менее, сумме страхового обеспечения.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод о несовершенстве российской системы обязательного медицинского страхования, недоработках в системе индивидуального добровольного медицинского страхования граждан, что обусловлено как объективными причинами (финансово-экономическое положение в стране), так и нарушением действующего законодательства и его недостатками.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Конституция РФ, принята в 1993 г.
2. Закон РФ от 28.06.91 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ», в редакции Закона РФ от 02.04.93 N 4741-1, Указа Президента РФ от 24.12.93 N 2288, Федерального закона от 01.07.94 N9-ФЗ
3. Закон РФ от 27.11.92 N 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ», в редакции Федерального закона от 31.12.97 N 157-ФЗ
4. Закон РФ от 22.07.93 № 5489-1 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», с изменениями, внесенными: Указом Президента РФ от 24.12.93 N 2288, Федеральным законом от 2.03.98 N 30-ФЗ.
5. Закон РФ от 08.01.98 N 9-ФЗ «О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Государственный фонд занятости населения РФ и в фонды обязательного медицинского страхования на 1998 год»
6. Указ Президента Российской Федерации от 06.02.98 N 136 «О мерах по стабилизации финансирования системы обязательного медицинского страхования».
7. Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования. Утверждено Постановлением ВС РФ 24.02.93.
8. Примерные правила добровольного медицинского страхования. Утверждены Распоряжением Росстрахнадзора 12.10.93.
9. Типовые правила обязательного медицинского страхования. Утверждены Федеральным фондом ОМС 1.12.93.
10. «О типовых правилах ОМС», письмо Исполнительной дирекции Федерального Фонда ОМС от 28.06.1994.
11. Нормативные акты (по финансам, налогам, страхованию и бухгалтерскому учету), № 11, 1994.
12. Основы страхового права России, М.Я.Шиминова - М.1993.
13. Право социального обеспечения, Е.Е.Мачульская – М.1989.
14. Социальное обеспечение и социальное страхование, Г.В.Сулейманова – М.1998.
15. Страхование, В.В.Шахов - М. 1997.
16. Страховое дело – учебник, п/ред. Л.И.Рейтмана. - М. 1992.
17. Финансовое право – учебник, а/ред. Н.И.Химичевой – М. 1997.
18. Деловой Петербург, № 22, 1997.
19. Деловой Петербург, № 31, 1999.