

ЛЕКЦИЯ Понятие и виды медицинское страхование

(2 занятия)

1. Система медицинского страхования в России

В России создана **система медицинского страхования**, содержащая систему мер, предназначенных для социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование осуществляется в двух видах – **обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС)** – в соответствии с программами медицинского страхования.

Правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования содержатся в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях. Закон обеспечивает конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь. **Цель медицинского страхования** – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопления средств и финансировать профилактические мероприятия. *Объектом медицинского страхования* является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. *Обязательное медицинское страхование* является составной частью государственного социального страхования. Оно обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. *Добровольное медицинское страхование (ДМС)* осуществляется на основании свободного волеизъявления страхователя и страховщика и является дополнительным медицинским страхованием.

Система медицинского страхования предусматривает:

- 1) медицинское страхование граждан РФ;
- 2) медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляемое на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан;
- 3) медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в РФ;

4) медицинское страхование иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ и имеющих такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ, если международными договорами не предусмотрено иное.

Определены права граждан РФ в системе медицинского страхования. На территории РФ лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

Граждане имеют право на:

- 1) обязательное и добровольное медицинское страхование;
- 2) выбор медицинской страховой организации;
- 3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 4) получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- 5) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- 6) предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
- 7) возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

2. Обязательное медицинское страхование

Обязательному медицинскому страхованию в настоящее время подлежат все граждане России (работающие и неработающие) с самого рождения. На работающего гражданина с момента заключения трудового договора распространяются нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и принятыми в соответствии с ним нормативными актами. Иными словами, работодатель обязан обеспечить работника полисом обязательного медицинского страхования. Неработающие граждане самостоятельно получают полис ОМС в страховой медицинской организации. Для новорожденных детей полис ОМС получают родители, самостоятельно обращаясь в страховую медицинскую организацию.

Гражданин, обладая полисом обязательного страхования, при обращении за медицинской помощью в лечебное учреждение получает бесплатно медицинские услуги. Однако бесплатно он имеет право получить лишь определенный законом перечень медицинских услуг. За малолетних детей, имеющих именной полис ОМС, данный документ при обращении в медицинское учреждение представляют родители. Медицинские услуги бесплатны для граждан потому, что они оплачиваются из фондов обязательного медицинского страхования.

3. Программа обязательного медицинского страхования

Государство разработало базовую программу обязательного медицинского страхования, на основе которой утверждаются **территориальные программы обязательного медицинского страхования**. Объем медицинской помощи, предоставляемый застрахованным лицам в соответствии с договором обязательного медицинского страхования, определяется утвержденной территориальной программой обязательного медицинского страхования населения. Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе (ст. 22 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). Территориальная программа обязательного медицинского страхования должна содержать гарантированные государством перечень, объем и условия оказания медицинских услуг населению определенной территории, оплата которых производится за счет средств обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы действуют на определенных территориях по всей стране. Например, на территории Саратовской области создан территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области, из которого финансируется территориальная программа обязательного медицинского страхования жителей Саратовской области. Территориальная программа обязательного медицинского страхования утверждается органами территориального управления во исполнение Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Примером служит постановление губернатора Саратовской области от 18 марта 1998 г. № 143 «О территориальной программе обязательного медицинского страхования населения Саратовской области на 1998 год». Данная территориальная программа содержит перечень видов медицинских учреждений и мероприятий (см. прилож. 1), условия и объем оказания медицинской помощи (см. прилож. 2), виды медицинской помощи (см. прилож. 3) объем и условия оказания медицинских услуг, финансируемых из территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области.

4. Фонды обязательного медицинского страхования

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности РФ. Они не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. За счет страховых взносов, вносимых всеми категориями страхователей, формируются страховые резервы данных фондов. Нормативную базу для уплаты страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования составляют ежегодно принимаемые законы о тарифах страховых взносов, в соответствии с которыми страхователи должны уплачивать страховые взносы. Довольно продолжительное время страхователи уплачивали данные взносы как самостоятельные взносы, но с 1 января 2002 г. указанные страховые взносы на обязательное медицинское страхование отменены как самостоятельные вследствие того, что гл. 24 Налогового кодекса Российской Федерации (НК РФ) введен в действие единый социальный налог. Страховые взносы, предназначенные для формирования резервов фондов обязательного медицинского страхования, заложены в состав единого социального налога (ст. 234 НК РФ).

Нормативную базу для уплаты страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования составляют ежегодно принимаемые законы о тарифах страховых взносов, в соответствии с которыми начиная с 1993 г. занимающиеся частной практикой нотариусы подлежат обязательному медицинскому страхованию и должны уплачивать страховые взносы.

5. Субъекты обязательного медицинского страхования, их правовой статус

Обязательное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. В качестве субъектов обязательного медицинского страхования выступают гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Субъекты медицинского страхования должны выполнять обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством РФ. Страховая медицинская организация и медицинское учреждение выполняют разные функции, которые подробно рассмотрены в ходе лекции.

Страхователями по ОМС, уплачивающими страховые взносы, являются следующие лица:

1) для **неработающего населения** (пенсионеров, детей, учащихся и студентов дневных форм обучения) – органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления;

2) для **работающего населения**:

а) организации и индивидуальные предприниматели, являющиеся работодателями;

б) частные нотариусы, адвокаты;

в) физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Все указанные категории страхователей обязаны:

1) заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;

2) вносить страховые взносы в порядке, установленном Законом и договором медицинского страхования;

3) в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

4) представлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию;

5) регистрироваться в качестве страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования в порядке, установленном ст. 9.1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ».

Страхователи обязаны регистрироваться в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и заключить договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией. Страхователи обязаны выдать страховой медицинский полис на руки каждому гражданину, в отношении которого заключен договор медицинского страхования.

Порядок регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и форма свидетельства о регистрации страхователя установлены Правительством РФ (ст. 9.1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). *Страхователи-организации и индивидуальные предприниматели* должны зарегистрироваться в территориальном фонде ОМС в пятидневный срок с момента их государственной регистрации, страхователи – частные нотариусы – не позднее 30 дней со дня получения лицензии на право нотариальной деятельности. Страхователи-адвокаты обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката. *Страхователи – физические лица*, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые начисляются налоги, обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня заключения соответствующих договоров. Страхователи-организации, имеющие обособленные подразделения, должны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня создания обособленного подразделения. **Страхователи – органы государственной власти и органы местного самоуправления** обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения.

Страховыми медицинскими организациями могут являться только юридические лица – хозяйствующие субъекты любых форм собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным капиталом и получившие лицензии в установленном порядке в Росстрахнадзоре, находящемся в ведении Министерства финансов РФ. Согласно постановлению Совета Министров – Правительства РФ от 11 октября 1993 г. № 1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации „О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР“ страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, должны обладать уставным капиталом в размере не менее чем 1200-кратный размер минимальной месячной оплаты труда на день регистрации юридического лица. Лицензия действительна для проведения обязательного медицинского страхования на территории, указанной в ней.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не должны входить в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Страховая медицинская организация, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование. Страховая медицинская организация не вправе отказать

страхователю, если он обратился с заявлением о заключении договора обязательного медицинского страхования.

Основной задачей страховой медицинской организации, которая занимается осуществлением обязательного медицинского страхования, является:

- 1) оплата медицинской помощи, предоставляемой населению в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и договорами обязательного медицинского страхования;
- 2) контроль за объемом и качеством медицинских услуг («Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование»).

Страховая медицинская организация имеет право:

- 1) свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- 2) участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- 3) устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- 4) принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- 5) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

- 1) осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- 2) заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- 3) добросовестно выполнять все условия заключенных договоров;
- 4) создавать в установленном порядке страховые резервы;
- 5) защищать интересы застрахованных.

Лицензирование страховых медицинских организаций. В целях упорядочения деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, Правительство РФ утвердило постановление от 29 марта 1994 г. № 251 «Об утверждении Правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование». Данным постановлением утверждены Правила лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование. В соответствии с Правилами лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, производится Федеральной службой страхового надзора. Лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих добровольное медицинское страхование, производится также Федеральной службой страхового надзора, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ». Под деятельностью страховой медицинской организации, порядок лицензирования которой определяют Правила, понимается проведение обязательного медицинского страхования на некоммерческой основе в соответствии:

- 1) с территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) с договорами обязательного медицинского страхования;
- 3) с договорами с медицинскими учреждениями об оказании медицинской помощи застрахованным лицам;
- 4) с обеспечением застрахованных лиц страховыми медицинскими полисами;
- 5) с осуществлением контроля за объемом, качеством и сроком оказания медицинских услуг и защитой интересов застрахованных лиц.

Правила являются обязательными для всех страховых медицинских организаций независимо от форм собственности, осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории РФ. Для получения лицензии страховая медицинская организация представляет в Федеральную службу страхового надзора заявление по форме согласно приложению 2 следующие **документы:**

- 1) нотариально заверенные копии учредительных документов и документа, подтверждающего факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;
- 2) документы, подтверждающие оплату уставного капитала (справку банка, акты приема-передачи основных средств, другие документы);

- 3) копию баланса страховой медицинской организации на последнюю отчетную дату с приложением отчета о финансовых результатах;
 - 4) территориальную программу обязательного медицинского страхования, утвержденную в соответствии с законодательством РФ;
 - 5) правила обязательного медицинского страхования, утвержденные органом исполнительной власти субъекта РФ. К правилам обязательного медицинского страхования должны быть приложены образцы договоров со страхователями и медицинскими учреждениями и страховых полисов, соответствующие утвержденным в установленном порядке;
- б) сведения о руководителе страховой медицинской организации и его заместителях по установленной форме.

Страховые медицинские организации несут предусмотренную законодательством РФ ответственность за достоверность информации, указанной в документах, представленных для рассмотрения вопроса о выдаче лицензии. Федеральная служба страхового надзора обязана рассмотреть заявления страховых медицинских организаций о выдаче лицензий в срок, не превышающий 60 дней с момента представления документов соискателем лицензии. Федеральная служба страхового надзора несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ, за своевременность выдачи лицензий, сохранность документов, представленных страховой медицинской организацией для получения лицензии, и неразглашение информации, указанной в этих документах. Лицензия выдается по установленной форме на срок от 1 года и более по основаниям, определяемым Федеральной службой страхового надзора, и содержит следующие реквизиты:

- 1) полное наименование страховой медицинской организации;
 - 2) юридический адрес страховой медицинской организации;
 - 3) наименование территории, на которой действует лицензия;
 - 4) номер и дату решения Федеральной службы страхового надзора о выдаче лицензии;
 - 5) подпись руководителя (его заместителя) Федеральной службы страхового надзора и гербовую печать;
- б) регистрационный номер по Государственному реестру страховых медицинских организаций.

Номер лицензии должен быть указан в договорах обязательного медицинского страхования, которые страховая медицинская организация

заключает со страхователем. За выдачу каждой лицензии Федеральная служба страхового надзора взымает со страховых медицинских организаций плату в размере пятикратного установленного законодательством РФ размера минимальной месячной оплаты труда, в случае необходимости выдачи дубликата лицензии плата взымается в аналогичном размере. Полученные средства направляются Федеральной службой страхового надзора в федеральный бюджет. Об изменениях, внесенных в учредительные документы, страховая медицинская организация обязана сообщить в Федеральную службу страхового надзора в месячный срок с момента регистрации этих изменений в установленном порядке и представить копии документов, подтверждающих регистрацию внесенных изменений.

Основанием для отказа в выдаче юридическому лицу лицензии может служить несоответствие документов, прилагаемых к заявлению, требованиям законодательства РФ. Об отказе в выдаче лицензии Федеральная служба страхового надзора сообщает в письменном виде страховой медицинской организации с указанием причин отказа. Федеральная служба страхового надзора осуществляет контроль за деятельностью страховой медицинской организации следующим образом. При выявлении нарушений требований законодательства РФ и Правил лицензирования Федеральной службой страхового надзора может быть приостановлено или прекращено действие лицензии. **Основанием для этого являются:**

- 1) систематическое невыполнение страховой медицинской организацией обязательств по договорам обязательного медицинского страхования;
- 2) отказ страховой медицинской организации представить затребованные Федеральной службой страхового надзора документы, связанные с проведением обязательного медицинского страхования;
- 3) установление факта представления страховой медицинской организацией недостоверной информации в документах, явившихся основанием для выдачи лицензии;
- 4) систематическое несвоевременное сообщение страховой медицинской организацией о внесении изменений и дополнений в учредительные документы;
- 5) представление территориального фонда обязательного медицинского страхования, установившего нарушения законодательства РФ в деятельности страховой медицинской организации.

Страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием за необоснованный отказ страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования. Страховая организация несет правовую и

материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования.

При выявлении нарушений в деятельности страховой медицинской организации Федеральная служба страхового надзора дает предписание по их устранению, а в случае невыполнения предписаний приостанавливает или прекращает действие лицензии (со дня принятия такого решения). Федеральная служба страхового надзора сообщает в письменном виде страховой медицинской организации о принятом решении. Федеральная служба страхового надзора имеет право отозвать лицензию в случае неустранения в установленные сроки нарушений, явившихся основанием для прекращения действия лицензии. Решение о приостановлении, отмене приостановления или прекращении действия лицензии Федеральная служба страхового надзора сообщает Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, территориальному фонду обязательного медицинского страхования и публикует информацию об указанных решениях в печати.

Решение об отмене приостановления действия лицензии принимается Федеральной службой страхового надзора при представлении страховой медицинской организацией отчета об устранении нарушений, ставших причиной приостановления действия лицензии, а в необходимых случаях – по результатам проверки деятельности страховой медицинской организации.

В случае прекращения действия лицензии ее повторная выдача допускается не ранее чем через 6 месяцев после прекращения действия предыдущей лицензии и осуществляется в порядке, установленном Правилами лицензирования.

Действия Федеральной службы страхового надзора могут быть обжалованы страховой медицинской организацией в порядке, установленном законодательством РФ.

При ликвидации или реорганизации страховой медицинской организации лицензия возвращается в Федеральную службу страхового надзора, а запись в реестре аннулируется.

Федеральная служба страхового надзора ежемесячно публикует данные о страховых медицинских организациях, которым выданы (приостановлены или прекращены действия) лицензии с указанием:

- 1) наименования, местонахождения страховой медицинской организации;
- 2) территорий, на которых действует лицензия;
- 3) номера и даты решения Федеральной службы страхового надзора о выдаче (приостановлении, прекращении действия) лицензии.

Медицинские учреждения – это самостоятельно хозяйствующие субъекты с любой формой собственности, оказывающие медицинскую помощь гражданам в системе медицинского страхования (ст. 20 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). Медицинские учреждения строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями, которые оплачивают медицинские услуги в помощь гражданам. Договор, заключаемый медицинским учреждением со страховой медицинской организацией, – это договор, предусматривающий предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) и являющийся соглашением, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. Взаимоотношения сторон определяются условиями договора. Договор должен содержать:

- 1) наименование сторон;
- 2) численность застрахованных;
- 3) виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг);
- 4) стоимость работ и порядок расчетов;
- 5) порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств;
- 6) ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

Медицинские учреждения подлежат лицензированию. **Лицензирование** – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах

государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений). По лицензиям медицинские учреждения вправе реализовывать как программы добровольного, так и программы обязательного медицинского страхования. Программы добровольного медицинского страхования должны быть реализованы без ущерба для программ обязательного медицинского страхования. Кроме того, лицензированные медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

Медицинские учреждения подлежат также аккредитации. **Аккредитация медицинских учреждений** – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций. Аккредитованному медицинскому учреждению выдается сертификат.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством РФ и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

6. Договор обязательного медицинского страхования

Договор обязательного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- 1) наименование сторон;
- 2) сроки действия договора;

- 3) численность застрахованных;
- 4) размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- 5) перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;
- б) права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

Форма типового договора обязательного медицинского страхования, порядок и условия их заключения установлены законодательством:

- 1) «Типовой договор обязательного медицинского страхования работающих граждан» (Приложение № 1 к постановлению «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации „О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР“»);
- 2) «Типовой договор обязательного медицинского страхования неработающих граждан» (Приложение № 2 к постановлению «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации „О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР“»).

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты страхователем первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

7. Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования, которые не регламентирует государство, но их самостоятельно разрабатывают страховщики, имеющие лицензию на медицинское страхование, в рамках своей собственной деятельности.

8. Субъекты добровольного медицинского страхования, их правовой статус

Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, предоставляемых сверх норм, установленных программами обязательного медицинского страхования.

В добровольном медицинском страховании субъектами страхования являются гражданин, страхователь, страховщик, медицинское учреждение.

Страховщиками, осуществляющими добровольное медицинское страхование, могут являться:

- 1) страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование (страховая медицинская организация согласно закону, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование);
- 2) другие страховые организации, имеющие лицензии на осуществление добровольных видов медицинского страхования.

Страховая организация для осуществления добровольного медицинского страхования сначала заключает договор с медицинским учреждением, которое будет предоставлять услуги гражданам. При заключении такого договора по соглашению сторон устанавливаются тарифы на медицинские и иные услуги. Затем страховая организация привлекает клиентов, которые на добровольной основе пожелают заключить договоры медицинского страхования. Клиентами-страхователями при добровольном медицинском страховании могут быть граждане, обладающие гражданской дееспособностью, и (или) предприятия, представляющие интересы граждан. При этом оплата взносов на добровольное медицинское страхование осуществляется за счет личных средств граждан или прибыли (доходов) предприятий. Размеры страховых взносов для граждан или предприятий, представляющих интересы граждан и организаций, которые желают заключить договор добровольного медицинского страхования, устанавливаются по соглашению сторон (страхователя и страховщика). Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Это означает, что юридическое лицо, выступающее страхователем, может застраховать как одного работника, так и целый коллектив, и тогда в договоре будет фигурировать большой (или небольшой) список лиц. Или, например, глава семьи может заключить договор добровольного медицинского страхования на самого себя, но вправе заключить и такой договор, в котором списком будет представлена вся семья.

9. Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж

При выезде из Российской Федерации **оказание медицинской помощи гражданам РФ** осуществляется только за счет страхования (Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию».) Статья 14 указанного Закона гласит, что оплата медицинской помощи гражданину РФ при выезде из РФ (за исключением гражданина РФ, направляемого в служебную командировку) осуществляется:

1) согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования или заменяющим его документом, действительными для получения медицинской помощи за пределами территории РФ;

2) при наличии гарантии физического или юридического лица, приглашающего гражданина РФ, возместить расходы на оказание медицинской помощи (лечение в медицинском учреждении) гражданину РФ.

В случае, если отсутствуют полис медицинского страхования либо гарантии лица, приглашающего гражданина РФ, расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории РФ несет сам гражданин.

Помощь по страховым случаям для граждан РФ, пребывающих на территории иностранного государства, оказывается дипломатическим представительством или консульским учреждением РФ в порядке, который устанавливает Правительство РФ (если иное не предусмотрено международным договором РФ с соответствующим иностранным государством). Правительство РФ утвердило своим постановлением от 1 октября 1998 г. № 1142 «О реализации отдельных норм Федерального закона „О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию“» **Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам Российской Федерации, находящимся на территории иностранного государства.**

Страховые случаи согласно Положению определяются содержанием страхового договора, заключенного гражданином РФ со страховой организацией. Из Положения следует, что на медицинское страхование граждан, выезжающих за рубеж, распространяются все те же правила, что и на добровольное медицинское страхование. Медицинское страхование является разновидностью личного страхования, страхователями при этом могут выступать как физические, так и юридические лица (например, турфирмы), а застрахованными – только граждане.

Лицо, выезжающее за рубеж, если оно не желает нести расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории РФ, определяет самостоятельно, к какому страховщику обратиться за страховкой, и конечно же это должен быть страховщик, имеющий лицензию на осуществление ДМС. Обычно турфирмы сотрудничают со страховщиками и могут подсказать клиенту адреса страховых фирм. Если турфирма направляет своего клиента к конкретному страховщику, это не означает, что страхователь обязан обращаться именно в данную страховую компанию. Страхователь имеет право на свободный выбор страховщика.

В настоящее время отечественные страховые компании, продающие полисы ДМС, сотрудничают с международными системами assistance, заключая напрямую или через посредника договор с фирмой, специализирующейся на

организации предоставления медицинской помощи и прочих услуг в той или иной стране. Лицу, выезжающему за рубеж и осуществляющему выбор страховщика, прежде чем заключить договор страхования с отечественным страховщиком, необходимо задавать следующие вопросы страховщику о том:

- 1) имеет ли данная страховая организация договор (соглашение) о совместной работе с иностранными компаниями-assistance;
- 2) какие услуги оказываются иностранным партнером российским гражданам и на каких условиях;
- 3) на какой территории действуют страховые полисы данной страховой компании и какой они категории.

При обращении к страховщику на предмет заключения договора медицинского страхования страхователь пишет заявление. Страховая сумма выбирается в соответствии со страной назначения и классифицируется в зависимости от необходимости минимального покрытия. Страховщик прилагает к договору памятку, в которой написана инструкция что и как надо делать при наступлении страхового случая, когда и куда заявить о нем, какие документы представить и т. д. В инструкции также указаны случаи, при возникновении которых страховая защита не предоставляется (например, употребление алкоголя или наркотиков, участие в драках, митингах, шествиях, производство самострелов, самоубийство). Для того чтобы не возникли проблемы с медицинской страховкой в чужой стране, ее обладатель должен четко следовать инструкции.

По страховке для лиц, выезжающих за рубеж, оказываются следующие виды услуг:

- 1) экстренная медицинская помощь во время зарубежной поездки при внезапном заболевании или несчастном случае;
- 2) транспортировка в ближайшую больницу, способную провести качественное лечение под соответствующим медицинским контролем;
- 3) эвакуация в страну постоянного проживания под надлежащим медицинским контролем;
- 4) внутрибольничный контроль и информирование семьи и больного;
- 5) предоставление медицинских препаратов, если их нельзя достать на месте;
- 6) консультационные услуги врача-специалиста (при необходимости);

- 7) оплата транспортных расходов по доставке заболевшего туриста или его тела в страну постоянного проживания;
- 8) репатриация останков туриста;
- 9) оказание юридической помощи туристу при расследовании гражданских и уголовных дел за рубежом.

Страховые события должны быть обозначены в договоре, а также в правилах и условиях страхования. Выплата страхового обеспечения производится, если страховой случай соответствует обозначенному в договоре. При страховании лиц, выезжающих за рубеж, к страховым случаям относятся смерть (гибель), кратковременные, неожиданные, непреднамеренные заболевания и несчастные случаи (отравления, травмирование и т. д.), произошедшие только в местах, предусмотренных турпутевкой, а не в случайных барах, кафе, во время прогулочных катаний на водных лыжах, дельтапланах, лошадях и т. п. Страховыми случаями при страховании лиц, выезжающих за рубеж, не считаются болезни хронического, инфекционного и рецидивного заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические, туберкулезные, зубопротезные и другие болезни)