

Финансово – правовые проблемы функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования в России.

Мальшева Анастасия Андреевна

Студент (бакалавр)

Саратовская государственная юридическая академия, Саратов, Россия

E-mail: asyamalysheva@mail.ru

Здравоохранение является важнейшей отраслью развития любого государства. В России, уже в течение нескольких лет, происходят процессы реформирования, модернизации и оптимизации здравоохранения. И в большей части эти процессы затрагивают механизм финансирования данной отрасли.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [1] система здравоохранения в России переходит на одно-канальное финансирование - из средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а это значит, что большая часть средств на финансирование оказания медицинской помощи гражданам проходит через страховые организации, в деятельности которых, в настоящее время, можно выделить немало проблем.

Так, например, одной из главных проблем является неспособность страховых компаний, которые работают в системе обязательного медицинского страхования обеспечивать и защищать права пациентов, в том числе и в финансово - правовой сфере. Пристальное внимание на эту проблему обратил и Президент РФ, который в своем ежегодном Послании Федеральному собранию РФ 3 декабря 2015 года сказал: «со следующего года российское здравоохранение полностью переходит на страховые принципы. Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС. Прошу Правительство обеспечить здесь самый строгий контроль» [2].

По результатам проверки целевого использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 и 2015 гг. Счетная палата установила, что осуществление защиты прав застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями, в том числе и в финансово - правовой сфере, происходит только на основании личного обращения, а информирование о процессах образования, распределения и исполнения бюджета ФФОМС в части целевого распределения средств страховых медицинских организаций не производится без предварительной жалобы. Данные факты подвергают сомнению реализацию принципов достоверности и гласности в работе страховых медицинских организаций.

Так, по информации аудиторов Счетной палаты РФ: «информирование застрахованных лиц со стороны ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС», об условиях предоставления им медицинской помощи в том числе и о распределении финансовых средств страховых организаций, носит формальный характер» [3]

Данная проблема выражается и в отсутствии текущего контроля СМО за целевым использованием финансовых средств, выделенных для оказания медицинской помощи застрахованным непосредственно в медицинском учреждении в целях предупреждения нарушения законных прав и интересов застрахованных граждан; несоблюдения достаточности объема обследования и лечения; отсутствия оценки условий пребывания пациентов в медицинских организациях.

Так, «по РОСНО-МС из 17 млн. застрахованных приняты меры реагирования в отношении 6 тыс. человек из обратившихся, по МАКС-М из 18 млн. застрахованных - в отношении 4 тыс. человек.»

Еще одной проблемой являются законодательные пробелы в отношениях по размещению финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования. В 2014-2015 годах на реализацию деятельности страховых медицинских организаций территориальными фондами обязательного медицинского страхования было направлено 2,7 трлн. рублей. Крупнейшими страховыми организациями: ЗАО «МАКС-М» - было получено 168 млрд. рублей, а ОАО «РОСНО-МС» - 168 млрд. рублей по итогам 2014 года. Полученные целевые средства были размещены на счетах в банках. В 2014 году ЗАО «МАКС-М» получил по процентам около 10 млн. рублей [4], которые были возвращены территориальным фондам обязательного медицинского страхования, однако возможность получения данных процентов с целевых средств в российском законодательстве отсутствует, такая статья доходов ТФОМС не предусмотрена.

Таким образом, государство должно осуществлять более жесткий контроль за процессом образования, распределения и исполнения бюджета ФФОМС в части целевого распределения средств страховых медицинских организаций для реализации принципов достоверности и гласности в работе данных организаций.

Представляется необходимым внесение изменений в Федеральный закон от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [5] в целях повышения ответственности страховых медицинских организаций за целевое и неэффективное использование финансовых ресурсов социального страхования. В данном Федеральном законе предлагается также дополнение нормы пункта 4 статьи 26 «доходы бюджетов территориальных фондов» абзацем «доходы от размещения временно свободных средств страховых медицинских организаций», разработав особый финансово-правовой механизм, приносящий дополнительный доход фондам.

Источники и литература

- 1) См.: СЗ РФ. 2011. №48, ст.6724; 2016. № 1, ст. 9.
- 2) Официальный сайт Президента России: <http://kremlin.ru/events/president/news/50864> (дата обращения: 28.02.2016).
- 3) Официальный сайт Счетной палаты РФ: <http://audit.gov.ru/activities/control/24922/> (дата обращения: 28.02.2016).
- 4) См.: там же.
- 5) См.: СЗ РФ. 2010. №49, ст. 6422; 2016. №1, ст.52.

Слова благодарности

Выражаю благодарность за подготовку к участию в конференции своему научному руководителю: к.ю.н., доценту кафедры финансового, банковского и таможенного права ФГБОУ ВО "Саратовская государственная юридическая академия" Бит - Шабо Инессе Витальевне!