

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)»

Финансово-экономический колледж

КУРСОВАЯ РАБОТА

на тему: «Права и обязанности страховых медицинских организаций»

Введение

Право - естественный институт, который развивался вместе с человечеством, однако, далеко не все люди согласны с теми нормами, которые предлагаются правовыми системами государств.

Кроме того, далеко не все граждане того или другого государства понимают причины создания законов, механизм их применения и внутренне содержание самих законов.

Тем не менее, современные условия трактуют иной подход к вопросу

правопонимания. Как может общество претендовать на звание цивилизованного, если граждане не знают категории и понятия самой законодательной системы.

Именно поэтому государства по всему миру стремятся сформировать свои методы и подходы к распространению правовых основ среди общества, донести до населения мысль о том, что у всех есть как права, так и обязанности. И это касается не только простых граждан, но и различных организаций.

Актуальность темы «Права и обязанности страховых медицинских организаций», обусловлена тем, что данные учреждения получают все большую популярность в нашей стране. На примере зарубежных стран в России появляются коммерческие страховые компании, которые не всегда добросовестно выполняют свои обязанности и злоупотребляют своим положением, вынуждая людей приобретать страховки на разные услуги, которыми за частую и не пользуются. Конечно же, так же есть и добросовестные компании, которые своим авторитетом и распространяют в современном обществе идею о том, что защита здоровья в коммерческих компаниях гораздо выгодней, нежели в государственных учреждениях.

Таким образом, встает вопрос - для чего нужно медицинское страхование, к каким организациям лучше обращаться по этому поводу и что гарантирует человеку страховка, возникают первыми, при упоминании медицинского страхования.

Данная работа посвящена рассмотрению вопросам возникновения и совершенствования медицинского страхования.

Предметом исследования можно назвать основные представления о существующих медицинских страховых организациях, их правах и обязанностях.

Объект исследования - нормативно-правовая база деятельности медицинских страховых учреждений.

Цель работы - изучение прав и обязанностей медицинских страховых компаний.

В соответствии с выше перечисленными предметом, объектом и целью курсовой работы, строятся следующие задачи:

рассмотреть процесс возникновения идей медицинского страхования;

охарактеризовать основные представления в современном обществе об уровне развития медицинского страхования;

перечислить зарубежные правовые нормы медицинского страхования;  
проанализировать нормативно-правовое регулирование медицинского страхования в Российской Федерации.

Для реализации поставленных целей работы необходимо определить перечень методов исследования:

теоретический анализ правовой литературы;

обобщение найденной информации с целью формирования собственных выводов и предложений;

сбор информации по работе и развитию медицинских страховых фирм.

Разработанность проблемы исследования довольно широкая. Существует множество книг, учебных пособий и статей, посвященных истории и правовому регулированию медицинского страхования. Часть из них была использована.

Структура исследования определена целями и задачами работы и включает следующие части: введение, 2 главы, 4 параграфа, заключение и список литературы состоящий из 11 наименований.

## 1. История возникновения и развития медицинского страхования

### 1.1 Возникновение идей медицинского страхования

Начиная с момента зарождения общества можно говорить и об образовании правовой системы. Первоначально это была система запретов - табу, нарушение которых жестоко каралось и всячески пресекалось. Постепенно, в процессе расслоения общества и усложнения общественных отношений складывались правила и законы, которые распределяли слои общества по перечню прав и свобод. Конечно же право на данном этапе развития общества характеризовалось как одна из норм регуляции отношений, хотя уже на заре человеческой цивилизации появляются такие понятия как кража, убийство и т.д.

В дальнейшем развитие права, как отдельного понятия и общественного явления стало неразрывно связано с развитием государства и самого общества - особенно ярко это проявляется в стремлении различных народов к свободам, которое привело к смене политических режимов и переходу к демократии.

На данном этапе право может рассматриваться с нескольких позиций:

во-первых, это возможность человека что-либо получить, что связано, в основном, с тем, что у человека много свобод, на современном этапе развития;

во-вторых, это регулируемая государством норма, которая обеспечивает человеку сохранность каких-либо благ.

И получается, что право, на современном этапе неразрывно связано как со свободами человека, так и с представлением государства о том, что этот человек может.

Таким образом, формируется представление о том, что, изучая право человек становится готовым к различным ситуациям в его жизни. А если человек свяжет свою жизнь с изучением права, то вполне возможно, что именно судебная практика позволит конкретизировать происходящее в повседневной жизни.

Но самое важное, что в процессе исторического развития человеческое общество все чаще стало обращать внимание на вопросы охраны здоровья. Во-первых, это связано с тем, что медицина, начиная с XVIII века начала отходить от средневековых методов

кровопускания и перешла на другие методы лечения. Во-вторых, с повышением уровня жизни самого населения. В-третьих, с формированием государственной политики по социальной защите населения. Т.е. по большому счету, говорить о становлении медицинского страхования можно только с конца XIX века, так как до этого периода представлений о том, что человеческая жизнь представляет, хоть какую-то, ценность просто не было.

Развитие медицинского страхования, как одного из способов финансирования медицинской помощи, неотделимо от развития здравоохранения. Можно выделить несколько этапов развития общественной медицинской помощи (здравоохранения), т.е. организации оказания медицинской помощи всему или значительной части населения страны и соответствующего этим этапам становления и развития медицинского страхования в России. На первом этапе общественная медицинская помощь оказывалась в форме благотворительности и социального призрения больных. Страховые механизмы финансирования общественной медицинской помощи на этом этапе не использовались. Средства для оказания помощи выделялись богатыми людьми, церковью, а впоследствии - и государством. Второй этап развития общественной медицинской помощи связан с отменой крепостного права и развитием земского самоуправления. На этом этапе для финансирования медицинской помощи применяются принципы взаимного страхования.

Третий этап развития общественного здравоохранения в последней трети XIX в. в России связан с возникновением и развитием, как и в большинстве развитых европейских стран, обязательного медико-социального страхования, первоначально - в форме взаимного страхования.

Медико-социальное страхование - форма общественной организации и финансирования оказания медицинской помощи для части или всего общества. Первые государственные законодательные акты вводили элементы обязательного медико-социального страхования в России для работников горнодобывающей промышленности и железнодорожного транспорта, где наблюдались наиболее опасные условия труда. 6 марта 1861 г. был принят Закон "Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах". Указанный закон рекомендовал устройство при товариществах больничных касс для выдачи пособий членам горнозаводских товариществ, а также единовременных вспомоществований членам их семей. Управление такой кассой осуществлялось советом, члены которого избирались из числа членов кассы, а председатель назначался горным начальником из числа инженеров или чиновников. Членами товарищества выступали все работники данного завода. За счет единовременных правительственных пожертвований, обязательных вычетов из заработной платы (2-3%) рабочих и равных им взносов заводоуправлений (работодателей) в больничных кассах формировались специальные страховые фонды, из которых выплачивались пособия по болезни, пенсии инвалидам, вдовам и сиротам. Всего на казенных горных заводах было учреждено 14 таких товариществ. На 1 января 1886 г. в них числилось 6659 членов и состояло капитала 613612 руб.

Наряду с земской медициной начинает развиваться фабричная медицина, являющаяся элементом обязательного медико-социального страхования работающего населения. В 1866 г. был принят закон, обязывающий владельцев для оказания бесплатной медицинской помощи работникам создавать при крупных фабриках и заводах, имеющих 1000 и более работников, больницы (больничные помещения) из расчета 1 койко-место на 100 работающих и содержать их за свой счет.

Закон выполнялся не полностью. Открывшиеся в 1870- 1880 гг. больницы на крупных заводах были маломощными и не могли обеспечить оказание медицинской помощи всем нуждающимся работникам фабрики или завода. Предоставляемая фабрично-заводским рабочим медицинская помощь была неудовлетворительной и охватывала лишь 20-30% всех промышленных рабочих. К 1907 г. медицинская помощь была организована лишь на 38% всех заводов и фабрик страны. Остальные рабочие, как и все прочее население, пользовались на общих основаниях городскими и земскими медицинскими учреждениями, и с них взимался больничный сбор. Конечно же, дореволюционная система действовала в соответствии с интересами самих предпринимателей, а не государства. Поэтому, говоря о России, необходимо отметить, что практика медицинского страхования получила распространение только в Москве и Санкт-Петербурге. На окраинах и больших городах, отдаленных от центра о таких нововведениях знали мало, да и не видели в них необходимость. Что касается советской России, то коммунистическое правительство считало своим долгом создавать государство социального равенства и обеспечения, а потому все люди были застрахованы по воле государства. 4 марта 1924 г. было принято "Положение о порядке организации медицинской помощи застрахованным и членам их семей и расходовании средств, предназначенных на эти цели". Этот документ послужил финансовой основой для завершения формирования системы ОМС в современном его понимании и создания организационной структуры медицинской помощи застрахованным гражданам. Медицинская помощь населению оказывалась государственной системой здравоохранения, лечебными учреждениями страховых касс и частными врачами и клиниками. Застрахованные лица обслуживались в государственных медицинских учреждениях и лечебных учреждениях больничных страховых касс за счет страховых средств. К 1928 г. медико-социальное страхование охватывало более 9 млн чел., т.е. наблюдалась положительная динамика увеличения охвата медико-социальным страхованием наемного населения страны. С этого момента начинается история государственной монополии на медицинское страхование - четвертый период.

В начале 1990-х гг., с распадом СССР и наступившим экономическим кризисом, власти новой России отказались от бюджетного финансирования здравоохранения и восстановили ОМС для финансирования медицинской помощи первоначально для работающих граждан, а затем и для всего населения. С этого времени начался и продолжается пятый период развития общественного здравоохранения - переход к преимущественному финансированию здравоохранения за счет ОМС.

Таким образом, медицинское страхование, как в России, так и во всем

цивилизированном мире, начинает свою историю развития с XIX века, когда промышленники начинают понимать свою выгоду от страхования жизни и здоровья работников, на основе взаимовыгоды - работники делают взносы, а работодатель обеспечивает их или членов их семей выплатами в случае болезни, травмы или смерти. В последующие периоды история страхования в нашей стране и зарубежном насколько отличалась, так как коммунистическая власть видела выгоду в контроле и над данной сферой, а страны западных демократий искали выгоду в платных системах. Результатом стало то, что к концу XX века, когда СССР развалился и новое государство стало восстанавливать прежние системы социального обеспечения населения, страны Запада уже давно развивали частную сферу страхования населения, что на территории новой России привело к аферам и различного рода финансовым пирамидам.

## 1.2 Основные представления в современном обществе об уровне развития медицинского страхования

Современное общество еще ностальгирует на темы былых благ и защиты со стороны правительства. Периодически встают вопросы о том, почему когда человек приходит в больницу даже по полюсу, он вынужден платить деньги и как хорошо живут люди на Западе - не зная хлопот по поводу медицинских выплат. А все потому, что в большинстве своем люди просто не представляют себе, как происходит процесс страхования населения, из чего складывается медицинская страховка, что включает и где работает.

Конечно, все что происходит в повседневной жизни так или иначе, но оказывается вполне обыденным и понятным и казалось бы не требует дополнительных разъяснений или постороннего вмешательства. И в то же время, когда в повседневной жизни мы сталкиваемся с какими бы то ни было сложностями, то ищем поддержки и пытаемся добиться справедливости. И казалось бы необходимо обращаться к законникам, но не всегда они способны что-то сделать (как в случаях с финансовыми пирамидами - сколько бы людей не предупреждали о махинациях и мошенничествах, они продолжают вкладывать деньги в воздух).

С другой стороны, есть непререкаемая истина: «незнание закона освобождает от ответственности», а потому знание права - святая обязанность каждого, так как в первую очередь это знание защищает самого человека от ненужных разбирательств и прочих неожиданных внеправовых ситуаций.

Говоря о медицинском страховании на сегодняшний момент, необходимо так же разграничивать особенности восприятия данного процессе зарубежным и российским обществом. Так как первые уже давно самостоятельно регулируют и свои пенсионные и медицинские выплаты и страховки, а в России население все еще ждет от правительства различного рода поддержки, в то время, как программа развития социальной поддержки населения к 2018 году должна быть свернута окончательно и все слои населения будут переведены на само обеспечение. Конечно, такие категории, как инвалиды, многодетные и прч. нуждающиеся продолжат получать небольшие дотации, но только по той причине, что отказаться от поддержки нуждающихся правительство пока не в состоянии.

На нынешнем этапе развития общества с целью поиска новых экономических условий существования российского здравоохранения из нескольких моделей законодательно взята за основу развития системы здравоохранения модель медицинского страхования.

Медицинское страхование - вид социального страхования, форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья (ст. 1 Закона «О медицинском страховании граждан РФ»).

Медицинское страхование, как любой страховой процесс, имеет свою цель: гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать мероприятия по профилактике заболеваний.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - государственное социальное страхование, обеспечивающее всем гражданам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях соответствующих программ ОМС.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских или иных услуг сверх установленных программ ОМС.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении у отдельных граждан страхового случая (заболевание, травма, отравление). В качестве субъектов страхования выступают: гражданин, страхователь, страховщик, медицинская организация.

Страхователями при ОМС в Российской Федерации являются: для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий; для неработающего населения органы государственной власти и местного управления. Страхователями при ДМС выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью и (или) предприятия и организации, представляющие интересы граждан.

Страховщиками выступают страховые медицинские организации - юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Основные принципы медицинского страхования: 1) два источника финансирования - государственный бюджет и страховые взносы; 2) сохранение порядка управления, модернизация системы управления; 3) обязательный принцип страхования; 4) заинтересованность населения в сохранении здоровья через личные взносы, которые не должны ухудшать материального положения граждан; 5) страховые организации защищают интересы застрахованных.

Существуют некоторые серьезные проблемы, присущие медицинскому страхованию:

1) недостаточное географическое и социальное равенство в получении медицинской помощи; 2) дороговизна медицинской помощи; 3) недостаточный контроль за кадрами; 4) отсутствие долгосрочного планирования; 5) отсутствие возможности достаточного развития общественного здравоохранения, профилактической медицины, санитарного просвещения; 6) пренебрежительное отношение к больным группы повышенного риска и требующим длительного пребывания в стационаре, к тем, кто не охвачен системой страхования; 7) высокие административные расходы на содержание персонала страховых организаций.

Зная все эти нюансы все категории населения могли бы с уверенностью самостоятельно заниматься вопросами страхования своей жизни и здоровья, но большая часть жителей России предпочитает перекладывать эти обязанности на правительство, в то время, как жители Западной Европы не смогут получить медицинское обеспечение, если не страховка не покрывает затраты на обслуживание или лечение.

Таким образом, развитие современной системы медицинского страхования - это ключевая проблема общества, но с другой стороны, само общество не стремится к тому, чтобы узнать правовые основы заключения договора о медицинском страховании и именно это делает россиян уязвимыми перед системой медицинского обеспечения.

## 2. Анализ разработанности проблемы

### 2.1 Зарубежные правовые нормы медицинского страхования

Изучая вопросы страхования, выше уже не раз отмечалось, что зарубежная система медицинского страхования несколько отличается от существующей в России.

По сути, это обусловлено разницей в историческом развитии. К примеру, если начинать с XIX века, то окажется, что распространение идей о медицинском страховании работающих категорий населения развивалось как в Европе, так и в России примерно с одинаковыми темпами. На тот момент предприниматели развивающихся стран стремились к оптимизации производства, увеличения прибылей, а это напрямую зависело от удовлетворенности рабочих.

Т.е. возникновение трудового законодательства, пенсий и медицинского страхования были обусловлены в первую очередь экономическими выгодами, а не государственной политикой или же еще какими-то причинами. Капитализм требовал определенных уступок работающему классу и результатом оказались выходные дни, 8-ми часовой рабочий день и система обязательного медицинского и пенсионного страхования.

Но последующие периоды разделили страны. Запад пошел по пути демократизации, заинтересовался правами и свободами населения, в то время, как Россия, так же под лозунгами прав и свобод трудящихся, выбрала для себя путь административно-командной системы управления, т.е. абсолютного контроля над всеми сферами жизни общества.

Естественно, что разница между выбранными путями обеспечила и некое напряжение между странами, и определенную конфронтацию, но как бы там не было, после Второй Мировой войны ряд европейских и азиатских правительств серьезно

приздумались над проводимой СССР политикой поддержки населения. И к 70-м годам начинает процветать идея создания «государства социального благополучия», в котором правительства оказывали покровительство трудящимся категориям населения, создавая бюджетные детские сады, школы, обеспечивая безработных и поддерживая малообеспеченных. Надо отметить, что эта модель, в несколько отредактированном виде действует и по сей день, в то время, как наше правительство решительно отказалось от ее реализации.

Что касается вопроса правового регулирования, то важно отметить, что за рубежом существует 2 вида организаций, которые занимаются страхованием - это акционерные общества и общества взаимного страхования.

Так в Германии действует одна из наиболее развитых систем социального медицинского страхования. Она была введена в Европе в 1883 г. Бисмарком, и в настоящее время ею охвачено более 90% населения (8% - охвачено частным медицинским страхованием и за 2% неимущих платит государство). Эта система обеспечивает необходимую медицинскую помощь в случае заболевания для всех застрахованных.

Система обязательного страхования осуществляет свою деятельность через некоммерческие страховые организации - больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Контроль и управление за их деятельностью осуществляет правительственное агентство.

Французская модель медицинского страхования характеризуется эффективной интеграцией со всей системой социального страхования. В системе социального страхования существует более двадцати различных видов, в том числе медицинское - по болезни, временной нетрудоспособности, несчастному случаю, беременности и родам.

Законодательством утвержден единый порядок страхования, которым охвачено 80% населения. Система страхования, включающая в себя более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной организацией. Фонды социального страхования, сформированные на национальном уровне, осуществляют финансирование обязательной программы страхования здоровья. Пополнение финансовых средств осуществляется путем введения страховых налогов, что составляет 90% объема фонда. При этом страховой налог равен 60% фонда оплаты труда. Кроме обязательного государственного страхования существует сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи.

В Бельгии раньше, чем в других странах была введена практика государственных дотаций оплат медицинского обслуживания. В системе медицинского страхования работает шесть общенациональных союзов страховых фондов: католический (45% населения), социалистический (26%), либеральный (7%), профессиональный (15%), независимый (4%) и вспомогательный (1%). Таким образом, 98% бельгийцев охвачено обязательным медицинским страхованием, и только 1% - частным.

Управление системой медицинского страхования осуществляет Национальный Институт по болезни и инвалидности. Коммерческие страховые компании не имеют



своей ниши в системе медицинского страхования. Высокий уровень социальной защиты, всеохватность государственным медицинским страхованием, удовлетворенность качеством медицинского обслуживания исключил острую необходимость развития частного страхования.

Таким образом, вопрос обеспечения населения в странах Европы имеет длительную историю, и при этом сохраняет актуальность и на сегодняшний день. Важно так же и то, что в Европе сегодня существует фактически единая правовая система, что и обеспечивает единую политику в области защиты населения. Так же важно и то, что страны Европы поддерживают не только нуждающихся в медицинской помощи, но также и другие категории населения, продолжая таким образом, проводить политику создания «государства социального благополучия».

## 2.2 Нормативно-правовое регулирование медицинского страхования в Российской Федерации

Говоря о России и политико-правовом обеспечении, необходимо еще раз подчеркнуть, что отличает от стран запада, россияне даже не интересуются своими возможностями управления и развития медицинского страхования. Хотя, в нашей стране законодательные нормы по медицинскому страхованию постоянно изменяются и редактируются, что зависит от множества факторов, но главным из них является заинтересованность правительства в предоставлении населению права выбора и самостоятельного страхования собственной жизни и здоровья.

К настоящему времени существует целая система нормативно\_правовых актов, регулирующих процесс медицинского страхования в России:

1. Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499\_1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. от 2 апреля 1993 г.) (с изм. и доп.).
2. Постановление ВС РСФСР от 28 июня 1991 г. «О порядке введения в действие Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"» (с изм. и доп.).
3. Постановление Правительства РФ от 23 января 1992 г. № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"» (с изм. и доп.).
4. Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденном Постановлением ВС РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543\_1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (с изм. и доп.).
5. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан (утв. Федеральным фондом ОМС 3 октября 2003 г. № 3856/30\_3/и).
6. Постановление Правительства РФ № 251 от 29 марта 1994 г. «Об утверждении правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование» (с изм.).

Наиболее свежем документом, рассматривающем медицинское страхование, является Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ

"Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;
- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Свои полномочия в сфере ОМС Российская Федерация реализует через Правительство и передает часть своих полномочий федеральному органу исполнительной власти (Минздраву), Федеральному фонду ОМС и органам государственной власти субъектов РФ.

Кроме того, законодательные регуляторы поведения участников страхового процесса заложены в Конституции РФ, Гражданском кодексе РФ, Основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан».

Практика применения медицинского страхования в других странах показывает, что принципы, на которых оно основано практически, полностью совпадают с принципами, провозглашаемыми рыночной экономикой и при корректном их использовании не нарушают социальной сущности отрасли. Корректность заключается в точном законодательном определении плательщика за оказание медицинской помощи.

Суть рыночных отношений в здравоохранении - в сочетании принципа общедоступности лечебно\_профилактической помощи и права каждого человека на выбор комфортных условий, повышенного качества медицинских услуг, выполняемых за плату субъектами с разными формами собственности.

Принятая в России модель медицинского страхования предполагает реализацию социального назначения здравоохранения в виде обязательного медицинского страхования (как формы социального страхования).

Основопологающим принципом обязательного медицинского страхования (ОМС) является возможность оказания бесплатной и доступной для пациента медицинской

помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В процессе адаптации здравоохранения к рыночным условиям, независимо от внедряемой системы здравоохранения, следует признать существование рынка медицинских услуг.

Для пациента, обратившегося за медицинской помощью, не важны ни формы собственности лечебного учреждения, в которое он обратился, организационно-правовые основы его деятельности, ни схемы финансирования. Для него важно, насколько качественная и доступная медицинская помощь ему будет оказана, и должен ли он за это платить из собственного кармана.

При этом пациент должен иметь:

- \* право получить медицинскую помощь или отказаться от нее;
- \* информацию о состоянии своего здоровья;
- \* право и возможность выбора, где, в каком объеме, в какое время (удобное для него) получить медицинскую помощь;
- \* право и возможность выбора дополнительных (сервисных) услуг;
- \* гарантии (строго определенные) по реализации своих прав;
- \* должен быть защищен (юридически, экономически, морально) от деятельности отдельных врачей, лечебного учреждения в целом, страховых медицинских организаций.

Таким образом, существующая законодательная база по предоставлению медицинского страхования различным категориям населения периодически меняется, дополняется и совершенствуется. Конечно от части это связано с требованиями времени, но с другой стороны, в нашей стране, по мимо существующей государственной системы защиты здравоохранения населения существуют еще и коммерческие организации, которые так же способны формировать страховку для медицинского обслуживания или просто обеспечивать медицинское страхование.

Заключение

Таким образом, медицинское страхование, как в России, так и во всем цивилизованном мире, начинает свою историю развития с XIX века, когда промышленники начинают понимать свою выгоду от страхования жизни и здоровья работников, на основе взаимовыгоды - работники делают взносы, а работодатель обеспечивает их или членов их семей выплатами в случае болезни, травмы или смерти. В последующие периоды история страхования в нашей стране и зарубежном несколько отличалась, так как коммунистическая власть видела выгоду в контроле и над данной сферой, а страны западных демократий искали выгоду в платных системах. Результатом стало то, что к концу XX века, когда СССР развалился и новое государство стало восстанавливать прежние системы социального обеспечения населения, страны Запада уже давно развивали частную сферу страхования населения, что на территории новой России привело к аферам и различного рода финансовым пирамидам.

А потому, развитие современной системы медицинского страхования - это ключевая проблема общества, но с другой стороны, само общество не стремится к тому, чтобы

узнать правовые основы заключения договора о медицинском страховании и именно это делает россиян уязвимыми перед системой медицинского обеспечения.

Вопрос обеспечения населения в странах Европы имеет длительную историю, и при этом сохраняет актуальность и на сегодняшний день. Важно так же и то, что в Европе сегодня существует фактически единая правовая система, что и обеспечивает единую политику в области защиты населения. В нашей стране, существующая законодательная база по предоставлению медицинского страхования различным категориям населения периодически меняется, дополняется и совершенствуется. Конечно, это связано с требованиями времени, но с другой стороны, и с развитием коммерческих страховщиков, деятельность которых необходимо контролировать.

Список литературы

1. Медицинское страхование: возникновение и развитие// <http://www.litsoch.ru/>
2. Медицинское страхование: сущность, законодательная база, пути совершенствования// [http://studopedia.ru/12\\_242200\\_meditsinskoe-strahovanie-sushchnost-zakonodatelnaya-baza-puti-sovershenstvovaniya.html](http://studopedia.ru/12_242200_meditsinskoe-strahovanie-sushchnost-zakonodatelnaya-baza-puti-sovershenstvovaniya.html)
3. Медицинское страхование: сущность, законодательная база, пути совершенствования// [http://studopedia.ru/12\\_242200\\_meditsinskoe-strahovanie-sushchnost-zakonodatelnaya-baza-puti-sovershenstvovaniya.html](http://studopedia.ru/12_242200_meditsinskoe-strahovanie-sushchnost-zakonodatelnaya-baza-puti-sovershenstvovaniya.html)
4. Нормы страхового права//[http://studopedia.ru/3\\_9819\\_normi-strahovogo-prava.html](http://studopedia.ru/3_9819_normi-strahovogo-prava.html)
5. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций//<http://base.garant.ru/12180688/4/>
6. Правовое обеспечение обязательного медицинского страхования в Германии//<http://www.info-library.com.ua/libs/stattya/6491-pravove-zabezpechennja-obovjazkovogo-medichnogo-strahuvannja-v-nimechchini-kljuchovi-zasadi-ta-dosvid-dlja-ukrayini.html>
7. Принципы финансирования социального обеспечения по законодательству европейских стран// <http://www.allpravo.ru>
8. Социальное страхование. Здоровье, пенсии, профессиональные риски. Медицинское страхование// [http://studme.org/1246122019754/strahovoe\\_delo/meditsinskoe\\_strahovanie](http://studme.org/1246122019754/strahovoe_delo/meditsinskoe_strahovanie)
9. Страхование в зарубежных странах//<http://www.insur-info.ru/press/41920/>
10. Страховая медицинская организация - защитник интересов застрахованного лица в сфере ОМС//<http://www.mgfoms.ru/chastnye-lica/voprosi/prava-i-obязannosti/102>
11. Структура и правовые основы современной системы медицинского страхования в России