

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Медицинское страхование - это вид личного страхования, при котором объектом являются ценности, связанные со здоровьем человека.

Медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат (выплат страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

ЦЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

На территории РФ лица, не имеющие гражданства, или иностранные граждане, постоянно проживающие в России, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

ПРАВОВАЯ ОСНОВА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

- Конституция (основной закон) Российской Федерации;
- Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
- ФЗ от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",
- ФЗ от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования",



ТРИ ОСНОВНЫЕ СИСТЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ГОСУДАРСТВЕННАЯ, СТРАХОВАЯ И ЧАСТНАЯ

- **государственная система** основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и гарантирует бесплатную медицинскую помощь;
- в основу **страховой системы** заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских компаний (организаций);
- **частная медицина** в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в частной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

Медицинское страхование на территории РФ осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

- *Обязательное страхование осуществляется в силу закона.*
- Государство оплачивает расходы медицинских учреждений через посредников – страховые компании. По сути дела это распределительная система с элементами страхования.
- Медицинское страхование, способствуя накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения. *В условиях страховой медицины реализуется принцип: «Здоровый платит за больного, а богатый – за бедного».*

-
- *добровольное проводится на основе договора, заключенного между страхователем и страховщиком.*



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

- сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;
- всеобщность участия граждан в программах обязательного медицинского страхования;
- разграничение функций и полномочий между республиканскими (бюджетными) и территориальными (внебюджетными) фондами медицинского страхования;
- обеспечение равных прав застрахованных;
- бесплатность предоставления лечебно-диагностических услуг в рамках обязательного страхования

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ОМС

Общественное

Одно из видов социального страхования

Финансовая некоммерческая деятельность

Всеобщее

Осуществляется государственными (фонды ОМС) организациями

Страховщики: страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ОМС и ТФ ОМС

ДМС

Частное

Вид личного страхования

Финансовая коммерческая деятельность

Индивидуальное или групповое

Осуществляется различными организациями различных форм собственности.

Страховщики: страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ДМС

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ОМС

Страхователи: для работающего населения – работодатели; для неработающего населения администрация субъектов Р.Ф., местная администрация

Источник средств - взносы работодателей, включаемые в себестоимость товаров и услуг (% к фонду оплаты труда), около 1% платежи из бюджета (за неработающее население)

Программа – гарантированные услуги определённого объёма и качества, утверждаемы органами государственной власти (базовая программа)

ДМС

Страхователи: юридические и физические лица, представляющие интересы граждан

Источник средств – личные доходы граждан, средства предприятий и организаций (1% себестоимости продукции)

Программа может включать любой набор услуг.

Разрабатывается страховой медицинской организацией

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ОМС

**Правила страхования
определяются государством**

**Страховые тарифы
утверждаются законом, тарифы на
медицинские услуги
рассчитываются по единой
методике и утверждаются
субъектами ОМС**

**Доходы могут использоваться
только для основной деятельности
- ОМС**

ДМС

**Правила страхования
разрабатываются страховщиком**

**Страховые тарифы
определяются в соответствии с
теорией и практикой расчёта
страховой премии. Цена договорная**

**Доходы могут использоваться
для любой коммерческой или
некоммерческой деятельности.**

3. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- ▣ **субъектов** медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (страховщик), медицинское учреждение.
- ▣ **Страховщик** – это специальная организация (государственная или негосударственная), ведающая созданием и использованием денежного фонда. В медицинском страховании – это страховые медицинские организации – юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие право заниматься медицинским страхованием.
- ▣ **Страхователь** – юридическое или физическое лицо, вносящее в названный фонд установленные платежи

-
- Государственное здравоохранение было основано на обезличенной и безадресной аккумуляции средств в общем бюджете. Развитие страховой медицины предполагает целевое образование фондов охраны здоровья и их концентрацию преимущественно на уровне районного или областного звена системы медицинского обслуживания.

ДОГОВОР МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между сторонами медицинского страхования. Условия договора медицинского страхования регулируются ст.4 Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ».

-
- наименование сторон;
 - сроки действия договора;
 - численность застрахованных;
 - размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
 - перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного и добровольного медицинского страхования;
 - права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС

- Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.
- *Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российской Федерации имеет соглашения о медицинском страховании граждан*



-
- Страховой полис обязательного медицинского страхования персонализирует право пациента на получение медицинской помощи надлежащего качества и объема, установленных Базовой программой обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации независимо от уровня дохода, социального положения и места проживания.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- государственной системой здравоохранения, финансируемой из бюджета. Госбюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления
- дополнительные источники
страховые фонды

-
- - средства республиканского бюджета (Российской Федерации), бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов;
 - - средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;
 - - личные средства граждан;
 - - безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
 - - доходы от ценных бумаг;
 - - кредиты банков и других кредиторов;
 - - иные источники, не запрещенные законодательством.

Финансовые средства государственной системы ОМС предназначены для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование

платежи из бюджета;

отчисления предприятий, организаций и других юридических лиц в фонд обязательного медицинского страхования в настоящее время в размере 5,1% от начисленной заработной платы.

-
- Добровольное медицинское страхование предназначено для финансирования медицинской помощи сверх социального гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами. Финансовые средства системы добровольного медицинского страхования формируются за счет платежей страхователей, которыми при коллективном страховании выступают предприятия, а при индивидуальном – граждане. Страховые медицинские компании по устанавливаемым тарифам оплачивают медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями в рамках программ добровольного медицинского страхования. В соответствии с условиями договора часть неизрасходованных средств может быть возвращена страхователю (гражданину).

ТАРИФЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления всех уровней, местной администрацией и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОПОРА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- Конституция Российской Федерации. (статья 41)
- Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом Российской Федерации в 1991 году. (ст.25).
- в 1993 году закон Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

□ *выборочные проверки* эффективности диагностики и лечения по записям в историях болезни, *анкетирование* и другие формы социологического обследования пациентов. Для этого создаются экспертные комиссии различного уровня по линии:

- системы страховой организации;
- учреждений здравоохранения или органов управляющих здравоохранением;
- предприятий, с которыми заключаются договора о страховании.

РАЗВИТИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

- *1 этап.* С марта 1861 г. по июнь 1903 г. В 1861 г. был принят первый законодательный акт, введивший элементы обязательного страхования в России
- *2 этап.* С июня 1903 г. по июнь 1912 г. принятый в 1903 г. Закон "О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности»
- *3 этап.* С июня 1912 по июль 1917 г. В 1912 г. III Государственной Думой был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев.

-
- *4 этап.* С июля 1917 по октябрь 1917 года. После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования
 - *5 этап.* С октября 1917 по ноябрь 1921 г. Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России "полного социального страхования".
 - *6 этап.* С ноября 1921 г. по 1929 г. 15.11.1921 г. Декрет "О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом", в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности.
 - *7 этап.* С 1929 г. по июнь 1991 г. необходимость в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание
 - *8 этап.* С июня 1991 года по настоящее время. Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- переход к страховой медицине является необходимым в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг, так как он обеспечивает, во-первых, гарантированность и доступность высококачественность медицинских услуг (даже при неизбежном росте цен на них) для широких слоев населения; во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС)

- В России ОМС является государственным и всеобщим для населения.
- Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной, и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС

-
- **Здоровье населения** – важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. В связи с этим обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств ОМС, является важнейшей государственной задачей. И это положение особо подчеркивается в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу.

-
- Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Утвержденная постановлением Правительства РФ от 11.09.98 г. № 1096 Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относятся амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет средств федерального бюджета.

-
- базовой программе ОМС, она должна рассчитываться как минимальный социальный стандарт в виде минимального норматива финансирования на одного жителя. Этот норматив должен быть ориентиром для расчета территориальной программы ОМС на уровне субъекта федерации. Иначе говоря, каждая территория должна иметь свою базовую программу в размере минимальных государственных обязательств. После оценки своих возможностей субъект федерации принимает дополнительные обязательства, которые финансируются в территориальной программе ОМС

-
- Освобождаются от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, объединения, учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.
 - Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За нарушение порядка уплаты страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции (штрафы, пени).

-
- **Фонды ОМС** – это самостоятельные государственные кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумуляирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение

-
- *1-й уровень страхования в системе ОМС* представляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)

Федеральный ФОМС выравнивает условия деятельности территориальных ФОМС по обеспечению финансирования ОМС за счет предоставления финансовой помощи, финансирует целевые программы в рамках ОМС, утверждает типовые правила ОМС граждан, разрабатывает нормативные документы, участвует в разработке базовой программы ОМС для всей территории РФ

-
- *2-й уровень организации обязательного медицинского страхования* представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. Этот уровень – основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляются сбор, аккумулярование и распределение финансовых средств ОМС.
 - Территориальные ФОМС создаются на территориях субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны соответствующим органам представительной и исполнительной власти.

□ *3-й уровень в осуществлении ОМС* представляют страховые медицинские организации (СМО).

Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. СМО получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

СМО выступают в качестве посредника между гражданами, лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и финансирующими организациями – территориальными фондами ОМС. Свою страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией.
2. Договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения
3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным
4. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т.е. полисы ОМС, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС

-
- **Страховые медицинские организации** – важное звено в системе обязательного медицинского страхования. Цель страховой медицинской организации – обеспечить оплату медицинской помощи, следить за полнотой и качеством предоставляемых медицинских услуг и защищать право застрахованных лиц.

ПРАКТИКА ВНЕДРЕНИЯ ОМС В СУБЪЕКТАХ РФ МОЖНО НАЗВАТЬ ЧЕТЫРЕ ВАРИАНТА ОРГАНИЗАЦИИ ОМС В РАЗЛИЧНЫХ СУБЪЕКТАХ ФЕДЕРАЦИИ.

- ▣ *Первый вариант* в основном соответствует законодательной базе и наиболее полно учитывает основные принципы реализации государственной политики в области медицинского страхования
- ▣ *Второй вариант* представляет комбинированную систему ОМС. Это означает, что страхованием граждан (выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений) занимаются не только СМО, но и филиалы ТФОМС
- ▣ *Третий вариант* характерен полным отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организаций. Их функции взяли на себя ТФОМС и их филиалы
- ▣ *Четвертый вариант* характеризуется отсутствием в регионах ОМС как такового в принципе. В этих субъектах Российской Федерации ОМС выполняется только в части сбора страховых взносов на работающее население

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ДМС)

- **Объект добровольного медицинского страхования определяет риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая».**
- **Объектами ДМС выступают две группы страховых рисков:**
- **1) возникновение расходов на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации, уходу;**
- **2) потеря дохода в связи с невозможностью осуществления трудовой деятельности как во время заболевания, так и после – при наступлении инвалидности.**

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ДМС

- предоставляет покрытие расходов на дорогостоящие операции, на привлечение ведущих врачей – специалистов, выбор больницы и врача, создание комфортных условий лечения, обеспечение ухода
- Самостоятельно медицинское страхование предполагает медицинские полисы: гражданам, которые не участвуют в ОМС; отдельным группам населения, имеющим особенности лечения (дети, женщины, некоторые другие группы); для лечения в частных клиниках и у частнопрактикующих врачей; для обеспечения медицинской страховки при выезде за рубеж.

РИСК БОЛЕЗНИ РЕАЛЬНО ЗАТРАГИВАЕТ КАЖДОГО ЧЕЛОВЕКА,
РАЗДЕЛИТЬ ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА НА ЧЕТЫРЕ ПЕРИОДА,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЧАСТОТУ НАСТУПЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- I. с рождения до 15-летия – период детских болезней, характеризующийся достаточно высоким уровнем заболеваемости;
- II. с 15 до 40 лет – период стабильности, характеризующийся наименьшей заболеваемостью;
- III. с 40 до 60 лет – период постепенного нарастания риска;
- IV. после 60 лет – период наиболее высокого риска заболеваемости.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

	ДМС	ОМС
1	коммерческого страхования	социального страхования
2	страхование жизни страхованием от несчастных случаев относится к сфере личного страхования	
3	дополнение к системе ОМС получения медицинских услуг сверх установленных	гарантированы в рамках государственной бюджетной медицины.
4	принцип страховой эквивалентности	принцип страховой солидарности
5	не регламентируется государством реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.	регламентируется государством реализует частичные потребности гражданина
6	обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС	составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

	ДМС	ОМС
7	коллективное или индивидуальное	всеобщее
8	Страхователи – коллектив или индивидуальное лицо, договор заключается только на добровольной основе	Страхователи - работодатели, а для неработающих государство, обязан заключать договор со страховой медицинской компанией
9	Деятельность представляет собой один из видов финансово-коммерческой деятельности	Деятельность осуществляется на некоммерческой основе
10	срок страхового периода зависит от срока уплаты страховых взносов, страховщик не несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.	срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов, страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.
11	осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.	формируются за счет платежей бюджета и взносов предприятий, органов государственного управления
12	перечень услуг, и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.	Базовая программа определяется Правительством РФ