

Медицинское страхование в России

Проблемы финансирования
Здравоохранения

Лекция

Кафедра экономики, менеджмента и медицинского права
Поздеева Т.В

Системы здравоохранения

название соответствует системе финансирования

- Государственная - (СССР до 91г., Англия)

Основное различие

- Страховая - Франция, Германия)

доля участия
государства в

- Частно-предпринимательская (США)

финансировании
здравоохранения

Современная Россия – бюджетно- страховая модель
организации здравоохранения

Источники финансирования

ОСНОВНЫЕ

- Бюджеты ← гарантированные
- Средства ОМС

ПОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

- Средства ДМС
 - Платные услуги
 - Средства полученные по выполнению договоров (предприятия, организации)
 - Благотворительные взносы
 - Кредиты
 - Доходы от ценных бумаг
 - Иные источники
- Не гарантированные

Медицинское страхование

В Германии 1883 год

В России

- 1912 год

- 1926 год

- 1991 год

Идея – аккумуляция денежных средств для
оплаты медицинской помощи

Страховать - предупреждать, защищать

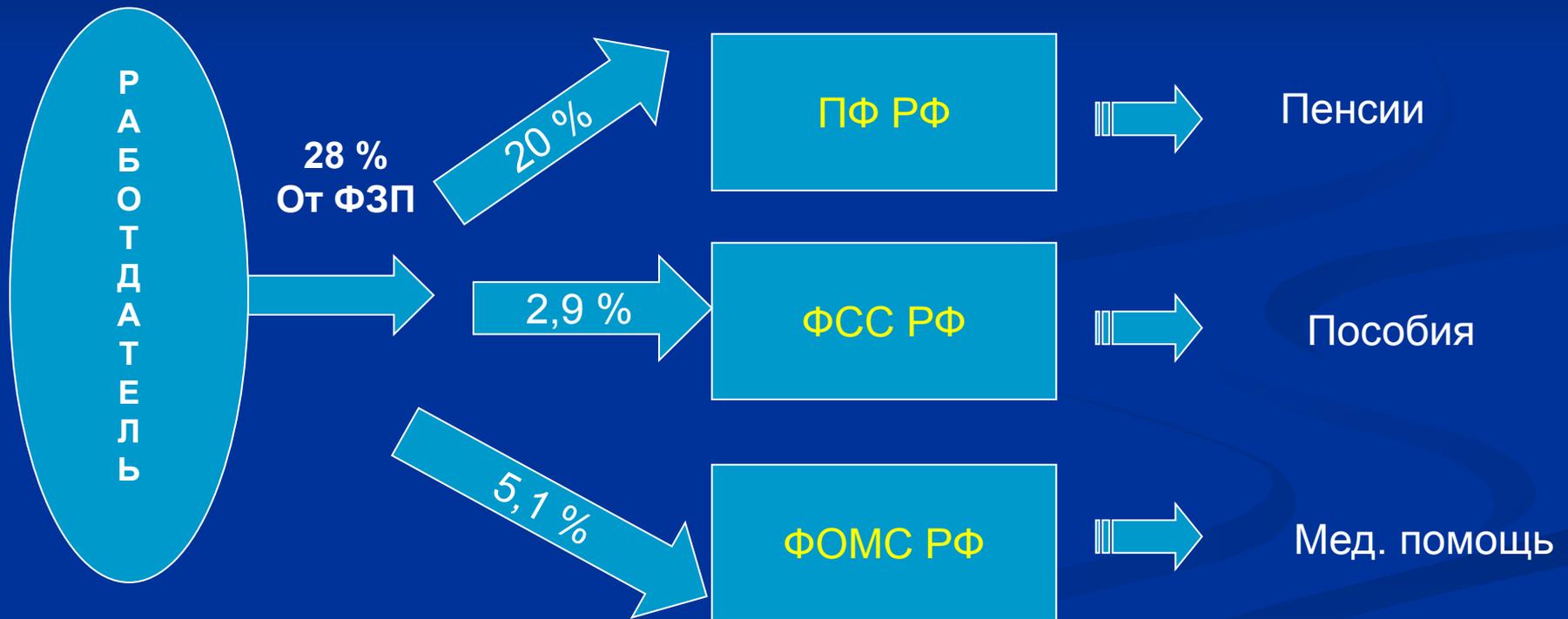
Страхование – это система экономических отношений, включающая образование за счет предприятий, организаций и населения специального фонда средств и его использование для возмещения имущественного ущерба, а также для оказания помощи гражданам или их семьям при наступлении различных событий в их жизни (достижение определенного возраста, болезнь, потеря трудоспособности, смерть и т.п.).

Признаки экономических отношений:

- наличие страхового фонда
- возмещение вероятной суммы ущерба
- замкнутость перераспределительных отношений
- соблюдение принципа эквивалентности: доходы страховщика должны быть сбалансированы с его расходами.

Социальное страхование

- Система защищающая граждан от факторов социального риска



Медицинское страхование как экономическая категория – это система экономико-социальных отношений, включающих совокупность перераспределительных отношений по формированию и использованию страховых денежных фондов в целях защиты интересов членов общества в охране здоровья.

Медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

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

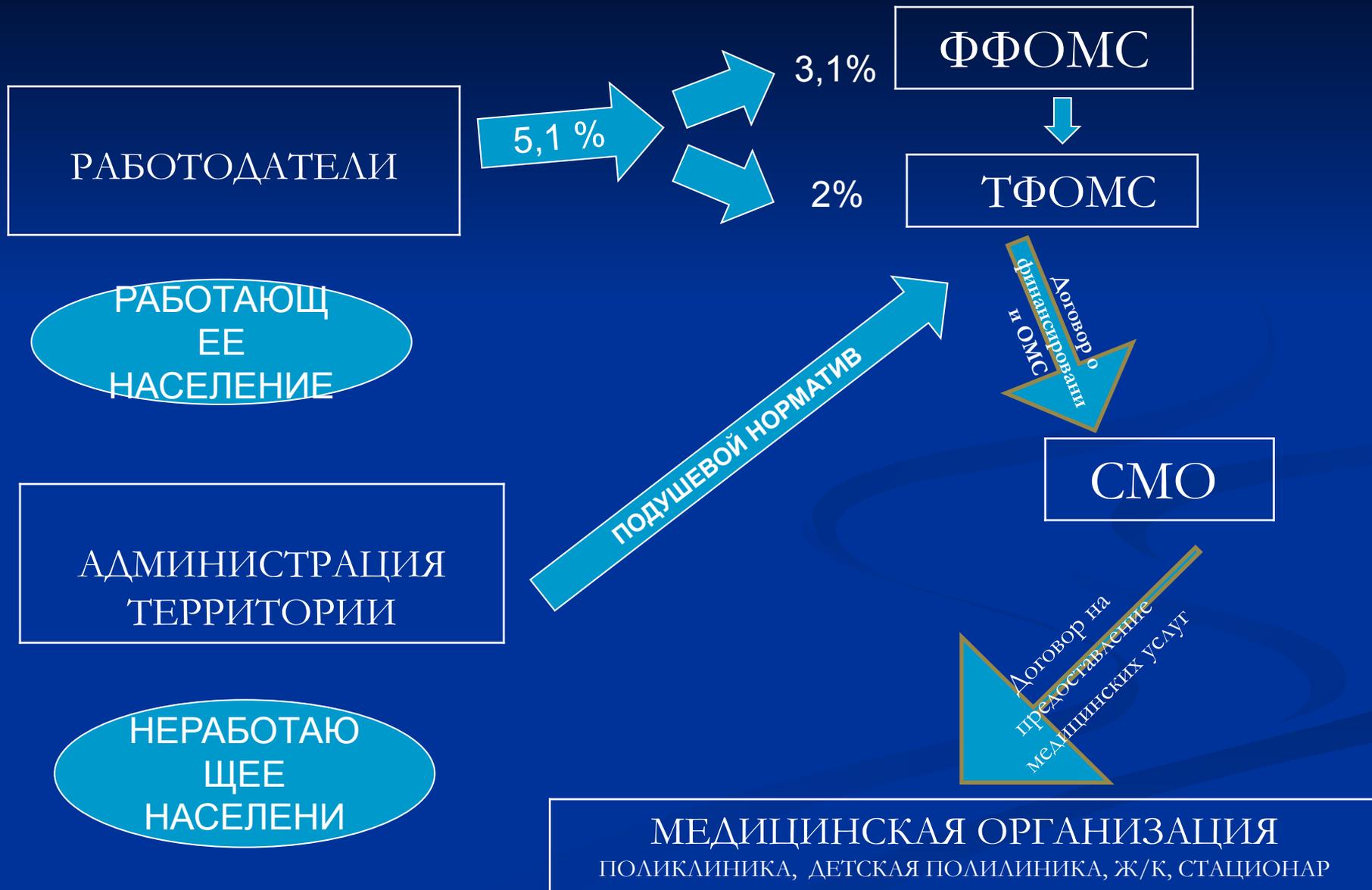
- 1991 год – ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ»
- 1993 год – ФЗ «О внесении изменений и дополнений в закон «О медицинском страховании граждан в РФ»
- 2010 год – № 326-ФЗ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

ОМС	ДМС
Общественное	Частное
Вид социального страхования	Вид страхования имущественных интересов
Финансовая некоммерческая деятельность	Финансовая коммерческая деятельность
Всеобщее	Индивидуальное или групповое
ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	ГК РФ, ФЗ «Об организации страхового дела в РФ»; ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ»
<u>Страховщики:</u> СМО, ТФОМС	СМО
<u>Страхователи:</u> работодатели, органы местной власти	Юридические и физические лица
<u>Источник средств:</u> взносы работодателей, платежи из бюджета	Личные доходы граждан, средства предприятий
<u>Программа:</u> гарантированный минимум услуг	Любой набор услуг
<u>Правила страхования</u> определяются государством	Страховщиком
Тарифы утверждаются законом	Цены договорные
<u>Контроль в соответствии</u> с нормативными документами	С договором субъектов

Обязательное медицинское страхование

- Вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в пределах территориальной программы ОМС.
- Объект ОМС – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.
 - **Страховой риск** – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость расходов на оплату медицинской помощи.
 - **Страховой случай** – свершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного, профилактическое мероприятие)

Движение финансовых средств в системе ОМС



■ СУБЪЕКТЫ ОМС:



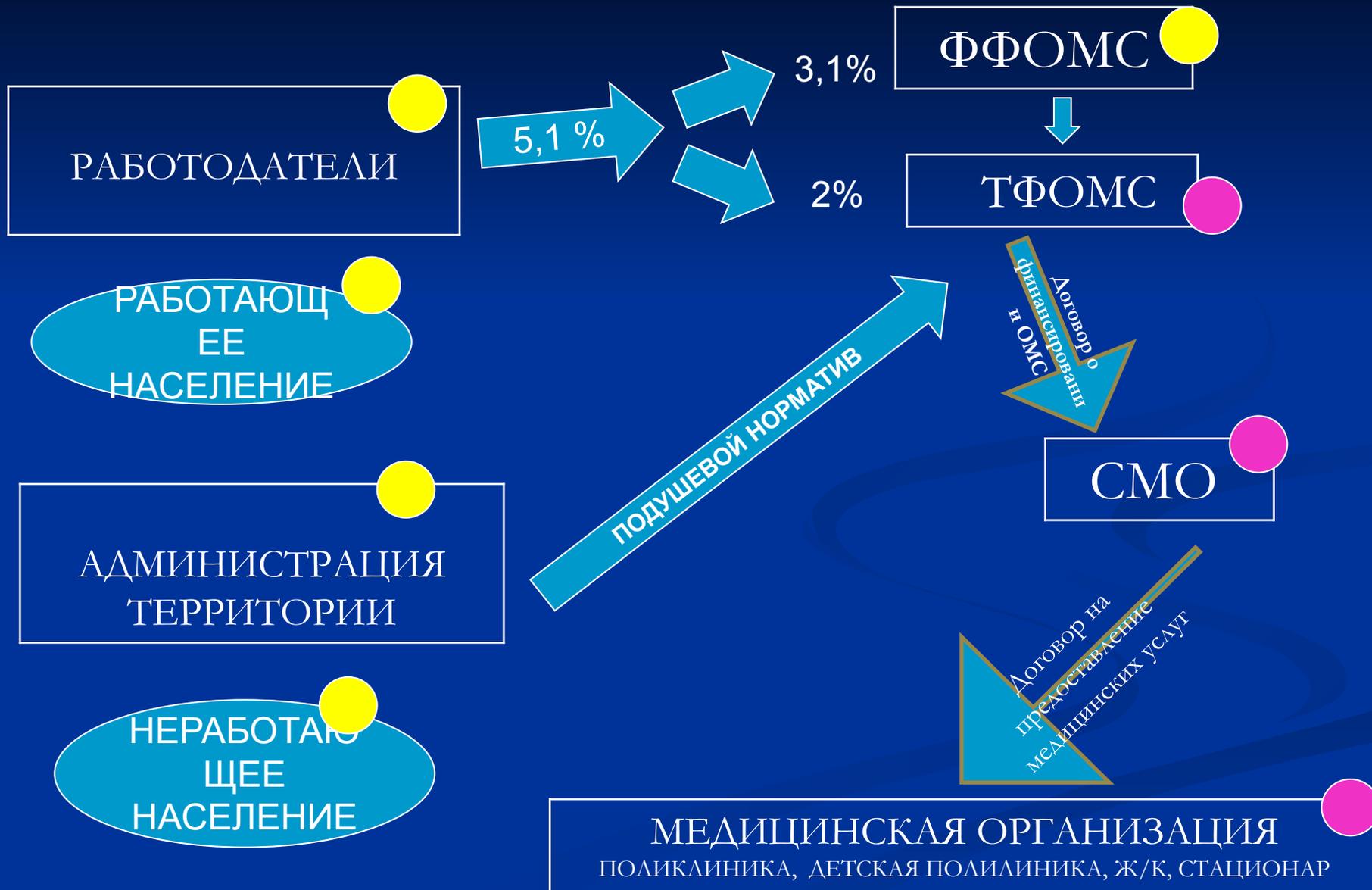
1. ЗАСТРАХОВАНИЕ ЛИЦА
2. СТРАХОВАТЕЛИ
3. ФФОМС

■ УЧАСТНИКИ ОМС:



1. ТФОМС
2. СТРАХОВЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ
3. МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ

Движение финансовых средств в системе ОМС



ЗАСТРАХОВАНИЕ ЛИЦА

- РАБОТАЮЩИЕ
- САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ СЕБЯ ТРУДОМ
- НЕРАБОТАЮЩИЕ ГРАЖДАНЕ
- ДЕТИ (ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 18 ЛЕТ)
- НЕРАБОТАЮЩИЕ ПЕНСИОНЕРЫ
- ГРАЖДАНЕ, ОБУЧАЮЩИЕСЯ ПО ОЧНОЙ ФОРМЕ (нпо, спо, впо)
- БЕЗРАБОТНЫЕ (ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ)

ИСКЛЮЧЕНИЕ:

ВОЕННОСЛУЖАЩИЕ И РИРАВНЕННЫЕ К НИМ ПО
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦА

ПРАВА ЗАСТРАХОВАННЫХ

- Бесплатная медицинская помощь на территории РФ
- Выбор страховой медицинской организации
- Замену страховой медицинской организации
- Выбор медицинской организации
- Выбор врача
- Получение информации (от ТФОМС, СМО и МО) о видах, качестве и условиях предоставления м\п
- Защита персональных данных
- Возмещение СМО ущерба в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств по организации м/п
- Защита прав в сфере ОМС

Застрахованные лица обязаны:

- 1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- 4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РФ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- ПРИНИМАЕТСЯ ЕЖЕГОДНО
- ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩЬЮ
- ОПРЕДЕЛЯЕТ ВИДЫ И УСЛОВИЯ
ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РФ БЕСПЛАТНО



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РФ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- определяет виды и условия оказания медицинской помощи,
- нормативы объема медицинской помощи,
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи,
- подушевые нормативы финансового обеспечения,
- порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь,
- предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи,

Виды и условия оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно
предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается

- МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:
 - ✓ первичная медико-санитарная,
 - ✓ специализированная (за исключением высокотехнологичной)
- обеспечение необходимыми лекарственными препаратами

В следующих случаях:

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период

За счет федерального бюджета предоставляются:

- специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях,
- высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием,
- медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан,
- дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи,
- лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;
- специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах, кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, передаваемых половым путем, при туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;
- высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации по государственному заданию,
- лекарственные препараты в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний

Нормативы объема медицинской помощи (на 1 жителя в год)

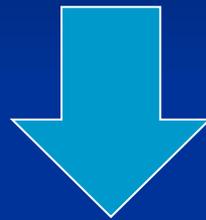
Вид медицинской помощи	Объем
для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи	0,318 вызова;
для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях	9,7 посещения
для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров	0,59 пациенто-дня
для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях	2,78 койко-дня

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

Вид медицинской помощи	Финансовые затраты
На 1 вызов скорой медицинской помощи	1710,1 рубля
На 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений	218,1 рубля
На 1 пациенто-день в условиях дневных стационаров	478 рублей
На 1 койко-день стационарной медицинской помощи	1380,6 рубля



Подушевые нормативы финансового обеспечения отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год,



- на 1 застрахованное лицо составляют в среднем 7633,4 рубля, из них:
- 4102,9 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 3530,5 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов.

Критерии доступности и качества медицинской помощи

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев:

- удовлетворенность населения медицинской помощью;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;
- смертность населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте;
- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;
- смертность населения от онкологических заболеваний;
- смертность населения от внешних причин;
- смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;
- смертность населения от туберкулеза;
- материнская смертность;
- младенческая смертность;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний;
- доступность медицинской помощи (на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи и сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке);
- эффективность использования ресурсов здравоохранения

Вопросы для самоконтроля



- Какова система организации здравоохранения в России ?
- Основные источники финансирования ?
- Назовите фонды социального страхования
- Каковы размеры тарифов страховых взносов на ОМС?
- Кто страхует неработающее население?
- Основные права застрахованных?
- Как производится выбор лечащего врача?
- Какой документ определяет виды, условия и нормативы бесплатной медицинской помощи?
- Каков источник финансирования медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях?
- Каков источник финансирования высокотехнологичной медицинской помощи ?
- Каков источник финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи детскому населению ?

Итак, подведем итоги:

- Модель финансирования в РФ – бюджетно-страховая, предусматривает два основных источника финансирования
- Медицинское страхование введено в 1991 году (с целью обеспечения финансами системы здравоохранения)
- Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» регламентирует взаимоотношения субъектов и участником ОМС.
- Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи определяет виды, условия, нормативы медицинской помощи предоставляемые бесплатно.