

Тема лекции:
Организация медицинского
страхования на современном
этапе развития здравоохранения

Лектор: доцент, к.м.н.

Тихонова И.Л.

Источники финансовых ресурсов системы здравоохранения в РФ:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства государственных и общественных организаций, предприятий и др. хозяйствующих субъектов;
- личные средства граждан;
- безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования;
- средства государственных внебюджетных целевых фондов;
- иные источники, не запрещенные законодательством РФ и республик в составе РФ.

С 1998 г. Правительством РФ
ежегодно принимается Программа
государственных гарантий оказания
гражданам РФ бесплатной
медицинской помощи за счет
средств бюджетной системы РФ.

С 2005 г. Правительством РФ
ежегодно

утверждаются нормативы
финансового обеспечения
медицинской помощи на одного
жителя (подушевые финансовые
нормативы)

Расходы на оказание бесплатной

медицинской помощи из государственных источников финансирования в 2007 г. составили 897,3 млрд. руб. Программа обеспечивалась за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов (63,4%) и средств системы ОМС (36,6%).

Финансирование бюджетных организаций здравоохранения осуществляется:

- из бюджета собственника (субъекта РФ, муниципального образования);
- за счет бюджетов внебюджетных целевых фондов

Объем бюджетного финансирования

определяется посредством
составления смет затрат
организаций здравоохранения.

Порядок составления смет затрат организаций здравоохранения:

- уровень конкретной организации здравоохранения;
- разрабатываются сводные проектные сметы расходов на здравоохранение как составная часть проекта бюджета муниципального образования;
- рассчитываются расходы на уровне субъекта РФ и федерального бюджета.

Внебюджетное финансирование:

- Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
- Пенсионный фонд РФ;
- Фонд социального страхования РФ;
- Добровольное медицинское страхование;
- Средства от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности.

Пенсионный фонд РФ

кредитно-финансовое учреждение, задачей которого является сбор и аккумуляция взносов на пенсионное обеспечение граждан, финансирование расходов на выплату пенсий и пособий.

В 2003 г. Правительством РФ принято Постановление о дополнительном финансировании расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Фонд социального страхования РФ

специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ, задачами которого является обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, и т.д.

Федеральный фонд ОМС создается

высшим органом законодательной
власти и Правительством РФ.

Территориальные фонды ОМС
создаются органами законодательной и
исполнительной власти субъекта РФ.

Фонды ОМС

самостоятельные государственные
некоммерческие финансово-кредитные
учреждения, реализующие
государственную политику в области
ОМС.

Страховые взносы перечисляются в:

- Территориальный фонд ОМС (на территории каждого субъекта РФ) – 2%;
- Федеральный фонд ОМС – 1,1% .

С 2011 года:

- Территориальный фонд ОМС (на территории каждого субъекта РФ) – 3%;
- Федеральный фонд ОМС – 2,1% .

Средства Федерального фонда ОМС

и финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения используются для обеспечения равных условий оказания населению медицинской помощи по ОМС во всех субъектах РФ.

Медицинское страхование-

система экономических и правовых отношений в обществе по защите имущественных интересов пациента при оказании ему медицинской помощи.

Цель медицинского страхования

гарантировать гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных целевых средств страхового фонда, а также финансирование профилактических мероприятий.

Медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование – является формой социальной защиты населения в сфере охраны здоровья, которое реализуется на основании программы ОМС, гарантирующей получение медицинской помощи определенного качества и объема, одинакового для любого гражданина страны.

Объектом страхования при ОМС является

страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Страховой случай – обращение застрахованного лица в медицинское учреждение в связи с заболеванием, травмой, беременностью, родами, проблемами, связанными со здоровьем.

Субъекты медицинского страхования:

- гражданин;
- страхователь;
- страховая медицинская организация;
- медицинское учреждение;
- фонды ОМС.

Отношения, возникающие при
проведении медицинского страхования,
регулируются:

- законами РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», «Об организации страхового дела в РФ»;
- ГК РФ;
- нормативно- методическими документами государственного органа по надзору за страховой деятельностью;
- другими ведомственными нормативными актами и заключаемыми договорами между субъектами медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании:

- договора на оказание медицинских услуг, заключаемого между страховщиком и медицинским учреждением,
- договора ОМС между страхователем и страховой медицинской организацией (СМО),
- договора о финансировании ОМС между страховщиком и территориальным фондом ОМС.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- наименование сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг, соответствующих программам ОМС и ДМС;
- Права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ.

Договор считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса.

Принципы действующей системы ОМС:

- бесплатности получения медицинской помощи в рамках страховой программы;
- общественной солидарности;
- безвозвратности уплаченных взносов;
- права выбора застрахованным лечебного учреждения и врача;
- наличие в системе независимого посредника в лице страховой медицинской организации;
- появление на рынке медицинских услуг конкуренции.

ОМС осуществляется на основе двух видов программ –

- базовой программы ОМС и
территориальных (по субъектам РФ)
программ ОМС.

Базовая программа ОМС - документ,
определяющий виды и объемы
медицинской помощи,
предоставляемой гражданам РФ
бесплатно за счет средств ОМС.

Базовая программа ОМС

разрабатывается Министерством здравоохранения и социального развития РФ, согласовывается с Минфином РФ, профсоюзными органами и утверждается ежегодно Правительством РФ.

Базовой программой ОМС гарантируются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, включающая скорую медицинскую помощь, диагностику и лечение в амбулаторных условиях (включая неотложную и доврачебную помощь), консультации специалистов, прививки, периодические медицинские осмотры установленных контингентов, дородовой или послеродовой патронаж, прерывание беременности по медицинским или социальным показаниям;
- 2) первичная медико-социальная помощь (включая доврачебную помощь и помощь на дому больным, инвалидам и престарелым);
- 3) восстановительное лечение, реабилитация и динамическое наблюдение детей, подростков, инвалидов;
- 4) стационарная медицинская помощь больным с острыми заболеваниями и обострениями, хроническими заболеваниями, при травмах, отравлениях, ожогах, инфекционных заболеваниях,
- 5) лицам, подлежащим изоляции в стационаре, плановой госпитализации для диагностических исследований и лечения.

В 2007 г. стоимость базовой программы
ОМС составляла 328,2 млрд. руб.

Эти расходы включали статьи на:

- заработную плату с начислениями;
- медикаменты;
- мягкий инвентарь;
- продукты питания;
- расходные материалы.

Субъектами РФ и муниципальными образованиями напрямую

осуществлялось финансовое обеспечение деятельности бюджетных учреждений в размере 361,9 млрд. руб. Из них:

- 187,2 млрд.руб. – ассигнования, подлежащие передаче через систему ОМС, т.к. осуществляются по тем же статьям сметы, которые входят в тарифы ОМС.

- 111,8 млрд. руб. – направлены на
- оплату коммунальных услуг;
- содержание имущества;
- приобретение основных средств.

На основе базовой программы органами
управления субъектов РФ

разрабатываются и утверждаются
территориальные программы ОМС (ТП
ОМС).

Объем и условия оказания медицинских
услуг, предусмотренные ТП ОМС, не
могут быть ниже установленных в
базовой программе.

Территориальная программа ОМС -

документ, определяющий виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой гражданам, застрахованным по ОМС и утверждаемый ежегодно областным Советом депутатов.

Страхователями в ОМС являются юридические лица, обязанные в соответствии с законом заключать договор ОМС и уплачивать страховые взносы.

- При страховании неработающих граждан в качестве страхователей выступают государственные органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления.
- Страхователями для работающих граждан являются работодатели — предприятия, организации, учреждения, физические лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица.

Страховщиками являются юридические лица — страховые медицинские организации (СМО), имеющие государственную лицензию на осуществление ОМС, которая выдается Министерством финансов РФ (Департаментом по надзору за страховой деятельностью).

СМО не входят в систему здравоохранения.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют право быть учредителями страховых медицинских компаний.

ТФ ОМС осуществляют финансирование СМО по дифференцированным подушевым нормативам.

Полученные средства СМО использует
на:

- оплату медицинских услуг своим застрахованным;
- формирование резервов;
- на оплату расходов по ведению дела по обязательному медицинскому страхованию.

Формирование резервов СМО производится

при наличии свободных средств после
оплаты счетов за оказанную
застрахованным медицинскую помощь.

Финансовые резервы СМО:

- резерв оплаты медицинских услуг;
- запасной резерв;
- резерв финансирования предупредительных мероприятий.

Страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС:

- ЗАО СК «Новосибирск-Медицина»;
- ООО СМО «Симаз-Мед»;
- Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М»»

СМО при необходимости создают экспертные медицинские комиссии, которые проверяют правильность поставленного диагноза, проведенного лечения, рекомендованных медицинских процедур, медикаментов.

При наличии ошибок, низкого качества оказываемой медицинской помощи СМО имеет право:

- частично или полностью не возмещать затраты медицинского учреждения на предоставленные медицинские услуги;
- предъявить в соответствии с договором штрафные санкции;
- расторгнуть договор;
- поставить вопрос о лишении аккредитационного сертификата.

Застрахованными лицами являются физические лица, в пользу которых заключен договор ОМС.

Страховой полис ОМС выдается застрахованному лицу страховой медицинской организацией или страхователем-работодателем, а в некоторых случаях - медицинскими учреждениями по постоянному месту жительства.

По страховому полису ОМС застрахованные граждане имеют право на:

- получение медицинских услуг по перечню и в объеме, предусмотренных в программе ОМС, на всей территории РФ;
- свободный выбор медицинской организации и врача;
- предъявление иска страхователю, СМО, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного вреда здоровью.

- В качестве **медицинских учреждений** в системе ОМС выступают лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, медицинские центры), научно-исследовательские медицинские институты, другие медицинские учреждения, имеющие лицензии на оказание медицинской помощи по программам ОМС и добровольного медицинского страхования, а также прошедшие аккредитацию и получившие соответствующий сертификат.

Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Лицензирование - это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

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).

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.

Объем и условия лекарственной помощи определяются ТП ОМС.

Оплата медикаментов и изделий медицинского назначения в стационаре и при оказании скорой помощи осуществляется за счет территориального фонда ОМС (ТФ ОМС), а при амбулаторно-поликлинической помощи и лечении - за счет личных средств граждан.

Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом,

осуществляется на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан.

Иностранцы граждане, постоянно проживающие на территории РФ, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ.

Тарифы на медицинские услуги

при ОМС согласно Закону о медицинском страховании (ст. 24) устанавливаются соглашением между страховыми медицинскими организациями (СМО), органами исполнительной власти субъектов РФ, муниципальных образований и профессиональными медицинскими ассоциациями.

ДМС основано на принципе индивидуальности (может быть групповым).

ДМС осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

При добровольном страховании

размер взноса законодательно не установлен, а напрямую зависит от объема медицинской помощи, который в конечном итоге хотел бы получить застрахованный.

Программами ДМС может гарантироваться:

- высококвалифицированное амбулаторно-поликлиническое обслуживание застрахованных в лучших (ведущих) медицинских учреждениях соответствующего профиля;
- размещение в госпитальных лечебных учреждениях (стационарах);
- санаторно-курортное лечение;
- стоматологическое лечение;
- предоставление физиотерапевтических и оздоровительных процедур;
- предоставление косметологических процедур, услуг;
- ведение динамического наблюдения (мониторинга) за состоянием здоровья;
- другие виды медицинских услуг.

Субъектами ДМС являются страхователи, страховщики, застрахованные лица, медицинские учреждения.

- **Объектом ДМС** являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с дополнительными затратами на получение медицинской помощи в связи с обращением в медицинские учреждения.
- **Страховым случаем** является обращение застрахованного лица в течение срока действия договора ДМС в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором при заболеваниях, повреждениях здоровья или определенных состояниях застрахованного, требующих оказания медицинской помощи, услуг, включенных в программу (договор) ДМС.

Страхователями в ДМС могут быть

в отличие от ОМС дееспособные физические лица, заключающие, как правило, договоры индивидуального медицинского страхования в свою пользу (страхователь является одновременно и застрахованным лицом) или в пользу другого лица (застрахованного) и уплачивающие страховую премию (взносы) из своих доходов. Страхователями являются также юридические лица, заключающие договоры коллективного медицинского страхования в пользу своих работников.

Страхователи — юридические лица

могут уплачивать страховую премию по договорам ДМС за счет средств создаваемых ими страховых фондов для проведения различных видов страховой защиты путем отчислений, относимых на издержки производства и обращения (в размере не более 3% от фонда оплаты труда).

Страховщиками при добровольном медицинском страховании могут быть не только СМО, но и страховые компании, проводящие другие виды личного и имущественного страхования, получившие лицензию на ДМС.

Застрахованными лицами могут быть физические лица, не имеющие заболеваний, ограничивающих принятие их на страхование в соответствии с правилами ДМС. Не принимаются обычно на страхование граждане, состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, а также ВИЧ инфицированные, инвалиды I группы.

Договор ДМС (в большинстве случаев) заключается

на основании письменного заявления страхователя по установленной страховщиком форме и приложенной к нему «Анкеты здоровья» подлежащего страхованию физического лица (застрахованного). За достоверность представленных в заявлении и «Анкете здоровья» данных несут ответственность согласно ч. 3 ст. 944 ГК РФ страхователь и застрахованное лицо. Договор ДМС может быть заключен без проведения медицинского освидетельствования состояния здоровья застрахованного.

Страховщик в соответствии с правилами ДМС не возмещает медицинскому учреждению стоимость медицинских услуг, если застрахованный обратился с травматическим повреждением здоровья:

- а) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- б) в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с повреждением здоровья;
- в) в результате покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованный был доведен до такого состояния третьими лицами;
- г) при умышленном причинении себе телесных повреждений;
- д) при грубой неосторожности, осознанном повергании себя очевидной опасности, кроме случаев спасения жизни людей или ликвидации угрозы их жизни.

Медицинские учреждения,

оказывающие медицинскую помощь и услуги застрахованным лицам по программам ДМС, должны соответствовать тем же требованиям, что и при ОМС. Они предоставляют медицинские услуги, помощь по программам ДМС на договорной основе со страховщиками.