

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.

Иностранные 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.