

**Фонд обязательного
медицинского
страхования**



Понятие , сущность и объект медицинского страхования

Медицинское страхование в РФ — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования состоит в том, чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование может осуществляться как в обязательной, так и добровольной форме.

Сущность медицинского страхования составляет механизм передачи риска, связанного с временной или постоянной потерей здоровья и расходов, в той или иной мере связанных с восстановлением утраченного здоровья.

Объектом медицинского страхования является страховая риск, обусловленный расходами, понесенными застрахованным в связи с его обращением в медицинское учреждение за оказанием медицинской помощи.



Система медицинского страхования регулирует процесс поступления финансовых ресурсов в страховой фонд и их расходование на лечебно-профилактическую помощь. Необходимая величина страхового фонда рассчитывается на основе вероятности наступления страхового случая. Размер разового страхового взноса зависит от состояния здоровья застрахованного, его возраста и иных факторов, определяющих вероятность наступления заболевания в тот или иной период жизни.



Следует различать понятия "страховая медицина" и "медицинское страхование".

Страховая медицина представляет собой один из способов финансирования здравоохранения.

Подразумевается, что в качестве источника финансирования выступают страховые взносы по медицинскому страхованию. В свою очередь медицинское страхование — это более узкое понятие, которое представляет собой вид страховой деятельности.



Основные принципы страховой медицины, закрепленные

законодательно:

- всеобщий характер участия граждан Российской Федерации в программах обязательного медицинского страхования;
- гарантированные объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи населению в рамках программы обязательного медицинского страхования;
- бесплатность предоставления медицинских услуг населению в рамках обязательного медицинского страхования;
- сочетание добровольного и обязательного медицинского страхования;
- добровольное медицинское страхование, осуществляемое на основании программ добровольного медицинского страхования и обеспечивающее граждан услугами сверх программы обязательного медицинского страхования;



- **Обязательное медицинское страхование входит в систему социального страхования.**
Потребность в медицинских услугах можно отнести к разряду социальных, поэтому обязательное медицинское страхование гарантирует страховую защиту на случай заболевания всем застрахованным в равной мере.
- Права граждан Российской Федерации в области охраны здоровья закреплены в п. 1 ст. 41 Конституции РФ; ст. 20 "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан"; в ФЗ РФ "О медицинском страховании граждан в РФ".



Обязательное медицинское страхование реализуется через самостоятельную систему фондов (Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС и филиалы территориальных фондов), а также при посредничестве специализированных страховых медицинских организаций. Страховые организации осуществляют операции обязательного медицинского страхования на некоммерческой основе. Страховые организации являются посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями, оказывающими медицинские услуги застрахованным гражданам.

Организация, контроль и финансирование системы ОМС осуществляется через федеральный и территориальные фонды ОМС. Федеральный и территориальные фонды ОМС были созданы как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, осуществляющие свою деятельность в соответствии с законодательством РФ



В системе обязательного медицинского страхования в качестве страхователей выступают работодатели, которые обязаны заключать договоры ОМС в пользу своих работников, и индивидуальные предприниматели. **Страхователей в системе ОМС можно представить в виде двух групп:**

- страхователи для работающего населения;
- страхователи для неработающего населения (дети, учащиеся, пенсионеры и пр.).

Первая группа объединяет предприятия, учреждения, организации, которые являются страхователями для своих работников и осуществляют взносы по обязательному медицинскому страхованию в соответствующие фонды за них.

Соответственно лица, работающие в данных структурах, выступают в качестве застрахованных. Вторая группа представлена органами государственного управления всех уровней местной администрации.



Медицинские учреждения оказывают услуги застрахованным гражданам на основании договора на предоставление медицинских услуг по обязательному (добровольному) медицинскому страхованию. Договор заключается между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией.

Объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи, гарантированной населению России по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаются Базовой программой обязательного медицинского страхования. Базовая программа ОМС разрабатывается Министерством здравоохранения Российской Федерации и подлежит утверждению со стороны правительства РФ. На основе базовой программы разрабатываются и утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования, содержащие конкретный перечень видов медицинской помощи и услуг (по врачебным специальностям), гарантированных населению территории и оплачиваемых из средств обязательного медицинского страхования. В соответствии с законодательством объем и качество медицинских услуг, установленных территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе.

Базовая программа ОМС (утверждена постановлением Правительства РФ от 11.09.1998 г. № 1096) включает в себя следующие виды бесплатной амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, предоставляемой больным со следующими заболеваниями:

- инфекционные и паразитарные заболевания, исключая венерические болезни, туберкулез и СПИД;
- онкологические заболевания; болезни эндокринной системы; кожные болезни;
- нарушения питания; заболевания нервной системы;
- болезни крови; иммунная патология; заболевания сердца и сосудов;
- глазные болезни; болезни уха; болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения; все виды травм и отравлений;
- болезни костно-мышечной системы;
- некоторые виды врожденных аномалий у взрослых;
- некоторые другие заболевания.



Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование призвано обеспечить застрахованным гражданам получение медицинских услуг сверх минимума, гарантированного программой ОМС. Страховая медицинская организация разрабатывает программу добровольного медицинского страхования, включающую перечень видов медицинских услуг, гарантируемых застрахованному в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Договор добровольного медицинского страхования заключается между страхователем и страховой компанией и, согласно которому, в обмен на уплаченную страховую премию страховщик обязуется оплачивать медицинские расходы страхователя согласно договорным условиям





В медицинском страховании страховые выплаты непосредственно связаны с расходами страхователя на лечение заболевания или травматического повреждения. Условия страхования предусматривают полную или частичную компенсацию понесенных расходов.

В зависимости от формы страховых выплат медицинское страхование подразделяется на два класса:

- Первичное медицинское страхование.
- Дополнительное медицинское страхование.

Первичное страхование обычно подразумевает компенсацию страховой компанией расходов на медицинское обслуживание (в основном расходов на лечение) в соответствии с условиями договора страхования. Таким образом, страхователю не выплачивается страховая выплата в виде денежной суммы. Выплата носит характер оплаченных медицинских расходов.

Дополнительное медицинское страхование предоставляет страховую защиту двух видов:

- оплата определенных медицинских процедур (экспериментальное лечение, стоматологические услуги и протезирование, услуги окулиста, процедуры, проводимые при лечении рака и т. д.);
- оплата косвенных расходов (потеря заработка из-за нетрудоспособности, транспортные услуги, отпуск по уходу за детьми и т. д.).



Добровольное медицинское страхование может осуществляться как в индивидуальной, так и в коллективной форме. Наиболее распространенным типом полиса ДМС является полис коллективного (группового) страхования. Коллективная форма страхования приобрела высокую популярность во всем мире.

При коллективном страховании в качестве страхователя чаще всего выступают предприятия или организации (работодатели), а в качестве застрахованного контингента — работники предприятий и/или члены их семей. Страхователь заключает договор ДМС со страховщиком, и в соответствии с ним каждый гражданин, в отношении которого заключен договор (застрахованный), имеет право на получение медицинских услуг при наступлении страхового случая. Каждому

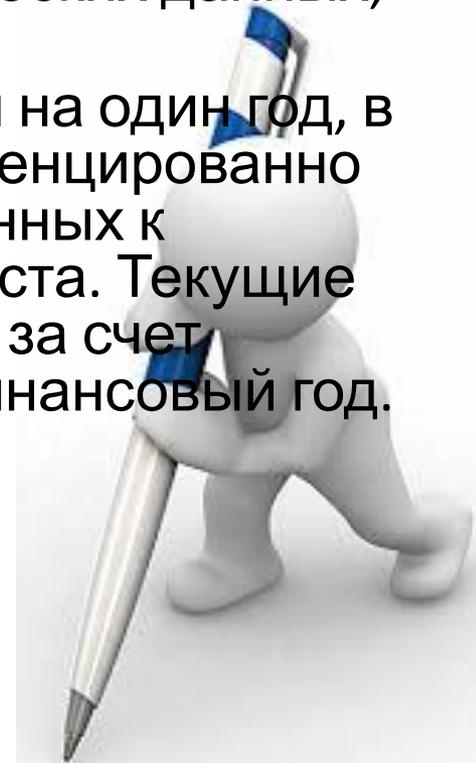


Расчет тарифных ставок по ДМС

При расчете тарифных ставок по ДМС используются данные статистики здравоохранения или медицинской статистики, которая учитывает как основные демографические показатели (продолжительность жизни, смертность), так и показатели заболеваемости, госпитализации.

В зависимости от длительности договоров ДМС существуют различия в характере выплат и базе статистических данных, необходимой для расчета страховых тарифов.

В основном договоры ДМС заключаются сроком на один год, в этом случае тарифы рассчитываются дифференцированно в зависимости от принадлежности застрахованных к определенной группе риска для каждого возраста. Текущие страховые выплаты при этом осуществляются за счет страховых взносов, поступающих в данный финансовый год.



С учетом того, что ДМС подлежат лица с существенно отличающимися индивидуальными особенностями от средних характеристик (возраст, состояние здоровья, условия труда, образ жизни и т. д.), вероятность наступления случая заболевания у этих лиц различна. В связи с этим вырабатываются общие принципы дифференциации тарифных ставок по данным признакам. Базовая тарифная ставка (нетто-ставка) корректируется по следующим группам здоровья в зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования:

группа здоровья 1 — практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья 2 — практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенные наследственностью по диабету, сердечно-сосудистым, почечно- и желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе — черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья 3 — лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными невротами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.

ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Фонд обязательного медицинского страхования предназначен для финансирования расходов населения по медицинскому обслуживанию.

Обязательное медицинское страхование — составная часть государственного [социального страхования](#).

Основные цели фонда обязательного медицинского страхования:

- финансирование целевых программ в рамках ФОМС;
- осуществление контроля за рациональным использованием ФОМС.

Доходы фонда обязательного медицинского страхования складываются из:

- страховых взносов предприятий;
- ассигнований из госбюджета;
- добровольных взносов;
- доходов от использования временно свободных фондов фонда обязательного медицинского страхования



Федеральный и территориальные (в субъектах Федерации) фонды обязательного медицинского страхования (ОМС) созданы в соответствии с законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991 г. (в редакции от 2 апреля 1993 г.). К основным задачам федерального фонда ОМС относятся:

- аккумуляция финансовых ресурсов для обеспечения ОМС;
- финансирование расходов на медицинскую помощь;
- обеспечение равного доступа граждан к медицинским услугам на всей территории страны;
- реализация федеральных программ в сфере здравоохранения.
- Непосредственное финансирование лечебных учреждений осуществляют территориальные фонды обязательного медицинского



ПЛАТЕЖИ В ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование установлен в размере 3,6% по отношению к начисленной оплате труда. Из них в:

- **Федеральный фонд обязательного медицинского страхования — 0,2%;**
- **территориальные фонды обязательного медицинского страхования — 3,4%.**

Для учета расчетов с фондами обязательного медицинского страхования используется пассивный счет 69, субсчет "Расчеты по медицинскому страхованию".

Суммы, начисленные в Фонд обязательного медицинского



Отчисления в [пенсионный](#), социальный и медицинский фонд называются единым социальным налогом, который может уплачиваться и по регрессивной ставке. Для этого предприятие должно выполнить условие статьи 245 НК РФ, при котором размер выплат, начисленных в среднем на 1 работника, превышал 50000 руб. При этом не учитываются выплаты работникам с наибольшими выплатами. В этом случае единый социальный налог составит 20% вместо 35,6% при обычных условиях. В том числе: пенсионный фонд — 15,8%, социальный — 2,2% и медицинский — 2%.

роме выше перечисленных отчислений, предприятие обязано начислять на сумму заработной платы страховые взносы от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Тарифы страховых взносов установлены федеральным законом от

12 февраля 2001 г. № 17-ФЗ "О [страховых тарифах](#) на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на

