

Медицинское страхование в Российской Федерации и за рубежом

*Зав.кафедрой организации
здравоохранения, экономики и
социальной работы,
профессор В.Н. Муравьева*

История медицинского страхования

Медицинское страхование берет свое начало в 1883 году в Германии, где был принят Закон о страховании рабочих по случаю болезни (закон Бисмарка).

В июле 1913 г. во Франции был принят закон, согласно которому проводилось страхование рабочих от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

21 мая 1913 г. в Швеции риксдагом был принят "Закон об обязательном страховании на случай болезни, инвалидности, старости". По этому закону обязательно должны.

15 января 1911 г. в Великобритании был принят "Акт о национальном страховании" и закрепил законодательно принцип общественной солидарности, когда богатый платит за бедного, здоровый — за больного.

История медицинского страхования

Россия

В 1861г. первый законодательный акт, введивший элементы обязательного страхования (вспомогательные кассы), выдача пособий по временной нетрудоспособности.

В 1912г. был учрежден Совет по делам страхования.

В 1913г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования, созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи.

В 1914г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях.

В 1917г. была принята Декларация Народного Комиссара труда о введении в России полного социального страхования.

В 1921-1929гг. издается Декрет «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом (оплата потери временной и стойкой трудоспособности, установлены страховые взносы).

В июне 1991г. принят Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (утратил свою силу)

29 ноября 2010г. принят Федеральный закон от № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (в ред. Федеральных законов от 14.06.2011 N 136-ФЗ, от 30.11.2011 N 369-ФЗ, от 03.12.2011 N 379-ФЗ, от 28.07.2012 N 133-ФЗ, от 01.12.2012 N 213-ФЗ, от 11.02.2013 N 5-ФЗ)

Обязательное медицинское страхование (ОМС)

Система, созданная с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции РФ.

ОМС - вид обязательного **социального** страхования, представляющий собой **систему** создаваемых государством правовых, экономических и организационных **мер**, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая **гарантий бесплатного** оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах программы обязательного медицинского страхования.

ОМС обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программ ОМС.

29 ноября 2010 года

№ 326-ФЗ

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Принят
Государственной Думой
19 ноября 2010 года

Одобен
Советом Федерации
24 ноября 2010 года

(в ред. Федеральных законов от 14.06.2011 [№ 136-ФЗ](#),
от 30.11.2011 [№ 369-ФЗ](#) от 30.11.2011 N 369-ФЗ, от 03.12.2011 [№ 379-ФЗ](#),
от 28.07.2012 [№ 133-ФЗ](#) от 28.07.2012 N 133-ФЗ, от 01.12.2012 [№ 213-ФЗ](#),
от 11.02.2013 [№ 5-ФЗ](#))

Основные принципы осуществления ОМС

(статья 4 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»)

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;
- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Виды медицинского страхования



СУБЪЕКТЫ ОМС

Гражданин
(застрахованное
лицо)

**Федеральный
Фонд ОМС**

Страхователи:

- предприятия;
- организации;
- учреждения независимо от формы собственности;
- органы муниципальной власти

Участники ОМС

**Страховая
медицинская
организация**

**Территориальный
Фонд ОМС**

**Медицинские
организации**

Гражданин – основной субъект ОМС.

Права гражданина:

- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории Российской Федерации
- 2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) замену страховой медицинской организации;
- 4) выбор медицинской организации;
- 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- 7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Обязанности гражданина:

- подать в страховую медицинскую организацию заявление о выборе страховой медицинской организации (застраховаться);
- предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

ФОНДЫ ОМС

Федеральный (территориальный) фонд ОМС

Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Фонд ОМС подотчетен Правительству и Федеральному Собранию РФ или органу исполнительной власти субъекта РФ.

Управление осуществляется – Правлением и исполнительным органом – во главе с директором.

Состав Правления Федерального фонда ОМС утверждается Правительством РФ (территориального фонда – Правительством субъекта РФ).

Контроль за деятельностью Фонда ОМС осуществляет Правление и ревизионная комиссия.

Обязанности Федерального фонда ОМС

- 1) издает нормативные правовые акты и методические указания, устанавливает формы отчетности в сфере ОМС;
- 2) предоставляет субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения осуществления полномочий;
- 3) осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на ОМС;
- 4) устанавливает порядок осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках ОМС;
- 5) осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования;
- 6) согласовывает структуру территориальных фондов, назначение на должность и освобождение от должности руководителей территориальных фондов.

Обязанности Территориального фонда ОМС

Территориальные фонды – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

2) осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации;

3) утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы;

4) обеспечивает права граждан в сфере ОМС;

5) ведет реестр страховых медицинских организаций и застрахованных лиц;

6) осуществляет подготовку и переподготовку кадров для осуществления деятельности в сфере ОМС.

Страхователь

- работодатели независимо от формы собственности предприятия для работающего населения;
- государственные органы исполнительной власти для неработающего населения.

Права страхователя

- участие во всех видах медицинского страхования;
- выбор страховой медицинской организации;
- контроль за выполнением условий договоров медицинского страхования.

Обязанности страхователя

- вносить страховые взносы в установленном законом порядке;
- принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье гражданина на производстве;
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о состоянии контингента, подлежащего страхованию.

Страховые медицинские организации (СМО)

- это страховая организация, имеющая лицензию на осуществление медицинского страхования, выданную федеральным уполномоченным органом власти.

Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность.

Обязанность СМО

- заключать договора на оказание медицинских услуг по ОМС с медицинскими организациями;
- выдавать страховые медицинские полисы страхователю или застрахованному;
- оплачивать медицинские услуги согласно утвержденным правлением Фонда ОМС тарифов;
- контролировать объем, качество, сроки оказания медицинской помощи в ЛПУ в соответствии с договорами;
- защищать интересы застрахованного;
- создавать страховые резервы.

Права СМО

- выбирать медицинские учреждения для оказания помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять требования к медицинскому учреждению на материальный и/или моральный ущерб, причиненный застрахованному по их вине (штрафы, судебные иски и т.д.).

Медицинские учреждения в системе ОМС

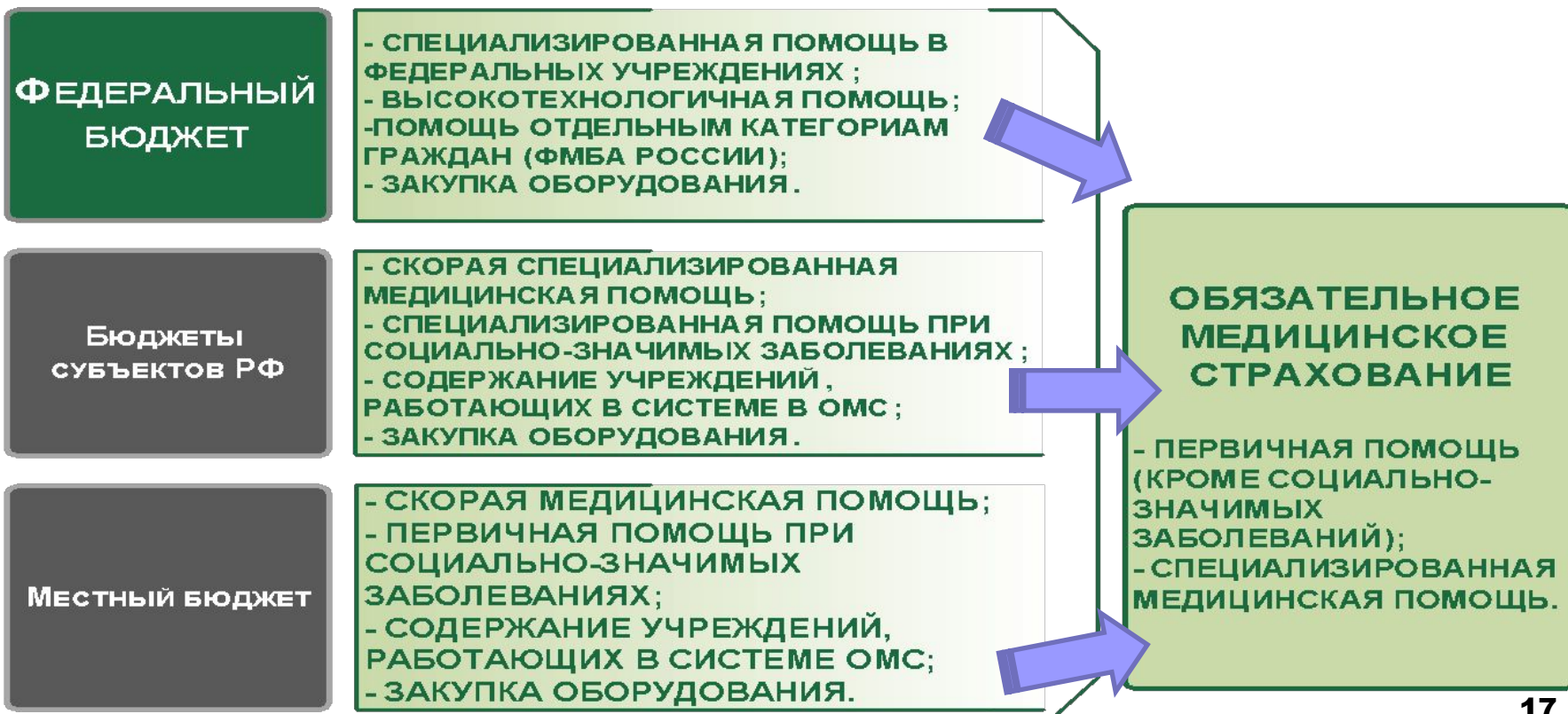
- организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- Индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощи

Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (далее- Программа) определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно.

Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов **всех уровней**, средств ОМС и других поступлений.

СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Базовая программа ОМС – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи.

Федеральная базовая программа ОМС принимается Правительством РФ.

Территориальная программа ОМС принимается Правительством субъекта РФ и должна иметь финансовое обеспечение. Субъектами РФ может расширяться объем государственных гарантий.

КОНТРОЛЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ Федеральной (территориальной) программой ОМС осуществляет законодательная власть соответствующего уровня.

Виды медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

I. **Первичная медико-санитарная помощь**, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь;

II. **Специализированная медицинская помощь** в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

19) беременность, роды, послеродовой период и аборты;

20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

в порядке, установленном законодательством субъекта РФ.

ФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Источники финансового обеспечения

Страховые взносы
работодателей

Страховые взносы
на неработающее
население

За счет средств ОМС оплачиваются расходы ЛПУ в т.ч.:

- оплата труда с начислениями,
- медикаменты, перевязочные средства, медицинский инструментарий,
- продукты питания,
- мягкий инвентарь,
- реактивы, химикаты, химпосуда и прочие материальные запасы,
- оплата услуг по размещению услуг немедицинского характера (аутсорсинг)
- коммунальные и хозяйственные расходы.

Приобретение оборудования и проведение капитального ремонта является обязательства бюджета.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС

Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

- Изменен тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающих граждан с 3,1 до 5,1%;
- Каждый гражданин может сам ежегодно выбирать страховую медицинскую организацию, в которой он будет застрахован;
- Введено право на выбор как медицинской организации- поликлиники, больницы, так и лечащего врача;
- Получить медицинскую помощь по полису можно в любом регионе РФ, вне зависимости от места постоянной регистрации и получения полиса;
- Вводится полис единого образца, который будет включаться в состав единой универсальной электронной карты гражданина (обязателен с 01.01.2014 г.);
- Закрепление источников финансирования;
- Определение четких критериев качества оказания медицинской помощи;
- Распределение четкой границы между платной и бесплатной медицинской помощи;
- Внедрение стандартов и порядка оказания медицинской помощи, включая финансовую стоимость стандартов;
- Введение подушевого финансирования.

Положительные аспекты внедрения ОМС

1. Включил здравоохранение в новые рыночные отношения.
2. Позволил сохраниться здравоохранению как системе в сложный период времени за счет объединения потоков финансирования из различных источников: бюджета, ОМС, внебюджетных источников.
3. Обеспечил права граждан на получение бесплатной медицинской помощи в объеме территориальной Программы государственных гарантий.
4. Укрепил материально-техническую базу ЛПУ.
5. Обеспечил независимость экспертизы качества медицинской помощи.

Проблемы ОМС

- несбалансированность финансирования реальной цене медицинской услуги (тарифов);
- не в полном объеме соблюдаются государственные гарантии на получение бесплатной медицинской помощи;
- не сформирован механизм ответственности предприятия за состояние здоровья работающих;
- система не обеспечила конкурентной среды ЛПУ.
- не достаточно эффективна система контроля качества ОМС.

Добровольное медицинское страхование (ДМС)

ДМС- один из видов страховой деятельности (личного страхования), заключающийся в возмещении ущерба при наступлении страхового события.

Цель ДСМ – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая (болезнь, травма, отравление и пр.) получение медицинской помощи за счет накопленных средств.

ДМС проводится страховыми организациями, имеющими лицензию на основе Закона РФ от 27.11.1992 N 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»

Положительные аспекты ДМС:

- индивидуальный подход к оказанию услуг застрахованному лицу;
- выбор лечебного учреждения, оказывающего наиболее качественную медицинские услуги, независимо от форм собственности;
- разнообразие медицинских программ индивидуальных и коллективных (детский полис, ведение беременности и родов, лечение зарубежном);
- создание дополнительных комфортных условий застрахованных (транспортных, бытовых, обслуживание вне очереди);
- более эффективная защита интересов застрахованного;
- независимость от повышения тарифов на медицинские услуги на период действия договора.

Этот вид медицинского страхования осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС.

Нормативная база медицинского страхования

1. Статья 41 Конституции РФ.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ (ред. от 11.02.2013) «Об обязательном медицинском страховании в российской Федерации».
4. Постановление Правительства РФ от 23.01.1992 года № 41 (ред. от 11.09.1998) «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР».
5. Приказ ФФОМС от 16.04.2012 года № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.04.2012 года № 23953).
6. Постановление Правительства РФ от 11.12.1998 года № 1488 «О медицинском страховании иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, и российских граждан при выезде из Российской Федерации».
7. Проект Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами».



Благодарю за внимание.