



Теоретические основы и организационные принципы медицинского страхования в Российской Федерации

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России
доцент, к.м.н. Е.Ю. Ванин

Отто фон Бисмарк (Эдуард Леопольд фон Шенхаузен) 1815-1898



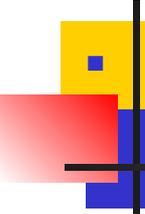
Цели и принципы введения медицинского страхования

Цели:

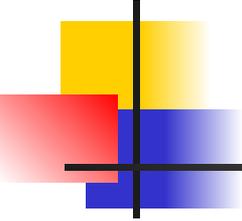
- 1. Введение медицинского страхования рассматривалось, прежде всего, как средство получения гарантированных источников финансирования и увеличения финансовых потоков, направляемых в здравоохранение.
- 2. Введение медицинского страхования преследовало вторую важную цель – повышение эффективности системы здравоохранения.
- Достичь этого предполагалось, руководствуясь следующими принципами:
 - 1. организационное разделение тех, кто предоставляет медицинские услуги населению, и тех, кто их оплачивает, то есть разделение производителей и покупателей медицинских услуг;
 - 2. стимулирование конкуренции между производителями за получение финансовых средств от покупателей;
 - 3. стимулирование конкуренции между покупателями, которые выступают посредниками между населением и медицинскими учреждениями, за привлечение средств населения;
 - 4. обеспечение права пациентов на выбор врача, медицинского учреждения и посредника во взаимоотношениях с ними.
- 28 июня 1991 г. был принят Закон N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации, в соответствии с которым с 1993 года в стране была введена система обязательного медицинского страхования.

■ Основными принципами ОМС являются:

- **всеобщий и обязательный характер** – все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС.
- **государственный характер ОМС** – реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальные фонды ОМС, как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности.
- **общественная солидарность и социальная справедливость** – страховые взносы перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (**принцип «Здоровый платит за больного»**); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (**принцип «богатый платит за бедного»**); несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старшем возрасте больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (**принцип «молодой платит за**

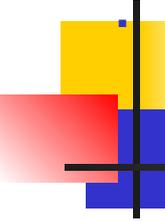
- 
- В 1998 г. правительство сделало один важный шаг, направленный на уточнение существующих гарантий. Постановлением Правительства РФ № 1096 от 11.09.98 впервые была принята

Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

- 
-
- **С 01.01.2011 года вступил в силу
НОВЫЙ**

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

Основные понятия

- 
- 1) **обязательное медицинское страхование** - 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 территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;
 - 2) **объект обязательного медицинского страхования** - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
 - 3) **страховой риск** - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
 - 4) **страховой случай** - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;
 - 5) **страховое обеспечение** по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;

- **6) страховые взносы на обязательное медицинское страхование** - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
- **7) застрахованное лицо** - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- **8) базовая программа обязательного медицинского страхования** - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи **и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;**
- **9) территориальная программа обязательного медицинского страхования** - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации **и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.**

Основные принципы осуществления ОМС

- 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 средствам 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.

Субъекты и участники ОМС

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Застрахованные лица

- Застрахованными лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":
 - ~~1) работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору;~~
 - 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);
 - 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
 - 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
 - 5) неработающие граждане:
 - а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
 - б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
 - в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
 - г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
 - д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
 - е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
 - ж) иные не работающие по трудовому договору граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

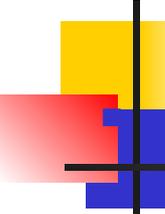
Страхователи

- 1. Страхователями для работающих граждан, указанных в пунктах 1 - 4 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются:
 - 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
 - а) организации;
 - б) индивидуальные предприниматели;
 - в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
 - 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.
- 2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
- (в ред. Федерального закона от 14.06.2011 N 136-ФЗ)

Страховщики

- Страховщик

1. Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.
 2. Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.
- Территориальные фонды
 - 1. 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.
 - 2. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом.



Особенностью российской системы обязательного медицинского страхования является наличие двух типов страховщиков:

- 1) страховых медицинских организаций (СМО) и
 - 2) филиалов территориальных фондов ОМС (ТФОМС).
- Первые представляют собой, как правило, негосударственные коммерческие организации. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений - территориальных фондов ОМС.

Страховая медицинская организация

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - страховая медицинская организация), - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.

■ Директору _____
■ (фамилия, имя, отчество)

■ _____
■ (наименование территориального фонда ОМС)

■ от _____

■ (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя
■ медицинской организации)

■ _____
■ (наименование медицинской организации)

■ УВЕДОМЛЕНИЕ

■ об осуществлении деятельности в сфере обязательного ■ медицинского страхования

- Прошу включить _____
■ (наименование медицинской организации)
- в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере
■ обязательного медицинского страхования _____.
■ (наименование субъекта Российской Федерации)
- Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций,
■ осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
- Полное наименование медицинской организации 1 Фамилия, имя, отчество (при наличии)
■ индивидуального
■ предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой
- 1.1 Краткое наименование медицинской организации
- 2 Адрес (место) нахождения медицинской организации
- 3 Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской
■ практикой
- 3.1 Код причины постановки на учет (КПП)
- 4 Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 5 Организационно-правовая форма медицинской
■ организации 6 Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс
■ руководителя, адрес электронной почты 7 Номер телефона, факс и адрес электронной почты
■ индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой 7.1
■ Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания
■ действия разрешения на медицинскую деятельность 8 Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках
■ территориальной программы обязательного медицинского страхования
- 9 Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.
- С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования
■ ознакомлен.
- **Руководитель медицинской организации** _____
- М.П.

■ «___» _____ 2011г.

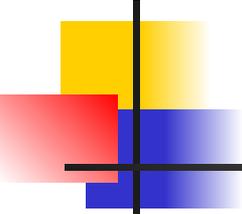
Права застрахованных лиц

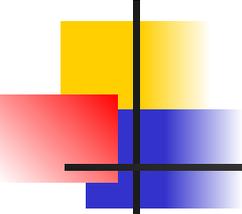
- 1. Застрахованные лица имеют право на:
 - 1) **бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:**
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
 - 2) **выбор страховой медицинской организации** путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
 - 3) **замену страховой медицинской организации**, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
 - 4) **выбор медицинской организации** из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 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.

Обязательства застрахованных лиц

- 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 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.

Права и обязанности страхователей

- 
- Страхователь **имеет право** получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.
 - 2. Страхователь **обязан**:
 - 1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;
 - 2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.



Права и обязанности страховых медицинских организаций

- **Медицинские организации имеют право:**
- 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
- 2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

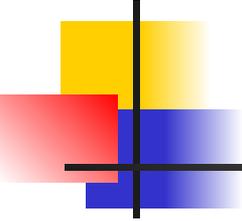
- **Медицинские организации обязаны:**
- 1) **бесплатно оказывать** застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) **вести** в соответствии с настоящим Федеральным законом **персонифицированный учет** сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3) **предоставлять** страховым медицинским организациям и территориальному фонду **сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи**, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) **предоставлять отчетность** о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 5) **использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;**
- 6) **размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию** о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
- 7) **предоставлять** застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду **сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;**
- 8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Финансовое обеспечение ОМС

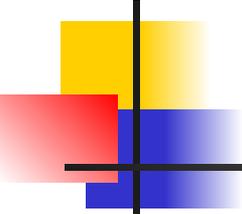
- Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:
 - 1) доходов от уплаты:
 - а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
 - в) начисленных пеней и штрафов;
 - 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - 3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;
 - 4) доходов от размещения временно свободных средств;
 - 5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение Программы

- **За счет средств ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:**
- застрахованным лицам **оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь**, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения);
- **осуществляется обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.**
- **За счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС** осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

- 
- **За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:**
 - **скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную базовой программой обязательного медицинского страхования);**
 - **медицинской эвакуации, осуществляемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам**
 - **скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;**
 - **лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;**
 - **санаторно-курортного лечения** отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - **закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.**
 - **высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи**

Система договоров в сфере ОМС

- 
- Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.



Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

- 1. **Медико-экономический контроль** - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.
- 2. **Медико-экономическая экспертиза** - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.
- 3. **Экспертиза качества медицинской помощи** - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

Чернодубровский

Александр

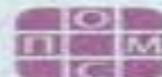
Владимирович

28.02.1964 г., М

ОБРАЗЕЦ



00000000000000000000



28.02.2012 г.



(наименование страховой медицинской организации)

(адрес и телефон страховой медицинской организации)

ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

« ____ » _____ 20 ____ г.

000000000

По настоящему временному свидетельству _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица)

_____ (дата рождения, вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, кем выдан)

Место рождения _____

Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» до « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись застрахованного лица _____

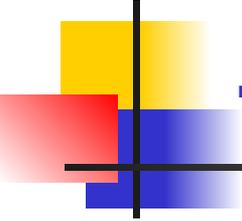
Представитель страховой медицинской организации _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

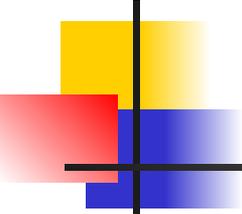
(подпись)

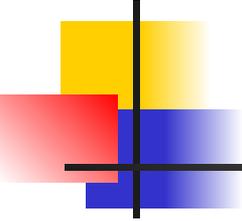
М.П.

ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2015 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД
2016 И 2017 ГОДОВ

- 
- Программа устанавливает перечень **видов, форм и условий** медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, **перечень заболеваний** и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, **средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов** на медицинскую помощь и способы ее оплаты, **а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.**
 - Программа формируется с учетом **порядков** Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе **стандартов** медицинской помощи, а также с учетом **особенностей половозрастного состава** населения, **уровня и структуры заболеваемости населения** Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.
 - Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с **законодательством** Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Перечень видов, форм и условий медицинской помощи,
оказание которой осуществляется бесплатно

- 
-
- В рамках Программы **бесплатно** предоставляются:
 - первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
 - специализированная специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
 - скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
 - паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.



Перечень заболеваний и состояний, оказание
медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно,
и категории граждан, оказание медицинской помощи которым
осуществляется бесплатно

- инфекционные и паразитарные болезни;
- 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;

- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборты;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- ~~симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.~~
- В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельным категориям граждан осуществляются:
- обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с [разделом V](#) Программы);
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (работающих и неработающих граждан), обучающихся в образовательных организациях по очной форме, пребывающих в организациях, осуществляющих стационарное обслуживание, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и другие категории;
- пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологический скрининг.

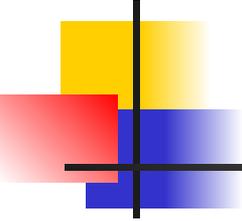
Базовая программа обязательного медицинского страхования

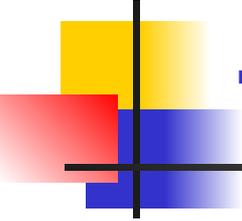
Базовая программа обязательного медицинского страхования включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо, требования к территориальным программам и условиям оказания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

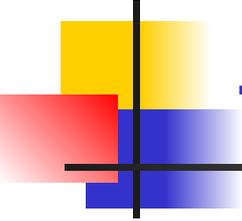
- Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

- **при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);
- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

- 
- **В территориальной программе обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо устанавливаются** с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации **нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.**
 - При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования **перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования** территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя **также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на 1 застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.**

- 
- При формировании территориальной программы учитываются:
 - порядкипорядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;
 - особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;
 - уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;
 - климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;
 - сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.
 -

- 
- **Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:**
 - условия реализации права на выбор врача;
 - порядок реализации права внеочередного оказания медицинской помощи;
 - перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с **перечнем** групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой;
 - порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации **перечень** порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со **стандартами** медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи.
 - перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;
 - перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;
 - условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;
 - условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим **показаниям**, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;
 - порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента;
 - условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения;
 - целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы;
 - порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программы;
 - сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований.

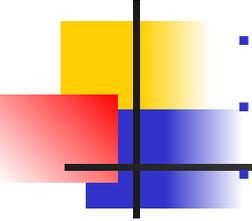
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования 2015 г

- на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 1710,1 рубля;
- на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов - 371,7 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 351 рубль;
- на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов - 1078 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования - 983,4 рубля;
- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 449,3 рубля;
- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов - 577,6 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1306,9 рубля;
- на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов - 63743,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 22233,1 рубля;
- на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделений медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования - 1539,3 рубля;
- на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов - 1708,2 рубля.

Средние нормативы объема медицинской помощи

- для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2015 - 2017 годы в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2015 год - 2,9 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,95 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2015 год - 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2015 год - 0,5 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2015 год - 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,675 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,56 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;
- для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделений медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2015 год - 0,033 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2017 год - 0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо;
- для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2015 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2017 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя.

Критерии доступности и качества медицинской помощи

- 
- удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
 - смертность населения, в том числе городского и сельского населения (число умерших на 1000 человек населения);
 - смертность населения от болезней системы кровообращения, в том числе городского и сельского населения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных, в том числе городского и сельского населения (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения от туберкулеза, в том числе городского и сельского населения (случаев на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 - доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте;
 - материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);
 - младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми, в том числе в городской и сельской местности);
 - доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года;
 - смертность детей в возрасте 0 - 4 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);
 - доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 4 лет;
 - смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);
 - доля умерших в возрасте 0 - 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 17 лет;
 - доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;
 - обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
 - обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
 - средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в

Система здравоохранения



Взаимодействие субъектов ДМС



Добровольное медицинское страхование

Текущая ситуация

~~В связи с вступлением в силу Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»~~

появились новые возможности для развития ДМС:

- возмещение наличными средствами расходов застрахованного, понесенных в связи с самостоятельной организацией и оплатой *медицинских услуг* в рамках программы страхования;
- организация и оплата *немедицинских услуг*, необходимых при оказании медицинской помощи (транспортные услуги, приобретение расходных материалов, медикаментов и проч.) в соответствии со страховой программой;
- организация лечения в *зарубежных клиниках* при наличии медицинских показаний и в рамках программы страхования.

■ *В связи с отменой с 01.01.2011 действия Федерального закона от 28.06.1991 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», который определял место ДМС в системе медицинского страхования*

возникли дополнительные риски:

- *налоговые* - у Страховщика и Страхователя (отнесение выплат за медицинскую и иную помощь на не страховые выплаты, не отнесение страховых взносов на себестоимость);
- *законности контроля качества* - отсутствие нормативной базы для деятельности медицинских экспертов в ДМС
- отсутствие юридической базы для *синергии* ОМС и ДМС для дальнейшего развития системы социального страхования и системы здравоохранения в целом.

Добровольное медицинское страхование Перспективы развития

Вариант 1

- разработка органами страхового надзора подзаконных актов, уточняющих место ДМС в системе страхования;
- утверждение в Минздравсоцразвития России юридических основ вневедомственной медицинской экспертизы по ДМС.

Вариант 2

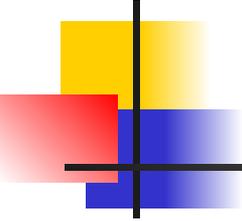
- разработка отдельного закона о ДМС, поправок к принятому Закону "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» либо поправок к Федеральному закону «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Начало реализации – создание межведомственной рабочей группы при участии специалистов Минздравсоцразвития России, ФФОМС, Минфина России, МСМС, ВСС, ФСФР (в перспективе - Минэкономразвития России, представителей научной школы) для выработки оптимального варианта.

Включение вопроса в план работы Минфина России

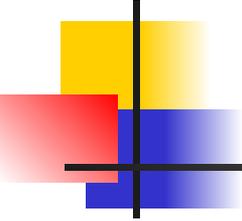
Различия обязательного и добровольного медицинского страхования

ОМС	ДМС
некоммерческое	коммерческое
Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
Регламентируется законом «Об обязательном медицинском страховании РФ»	Гражданский кодекс РФ и Закона РФ от 27.11.1992 N 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».
Осуществляется государственными организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
Правила страхования определяет государство	Правила страхования определяются страховыми организациями
Страхователи работодатели, органы государственной власти	Страхователи – юридические и физические лица
Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя



Различия обязательного и добровольного медицинского страхования (продолжение)

ОМС	ДМС
Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности - ОМС	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
При наступлении страхового случая – субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!