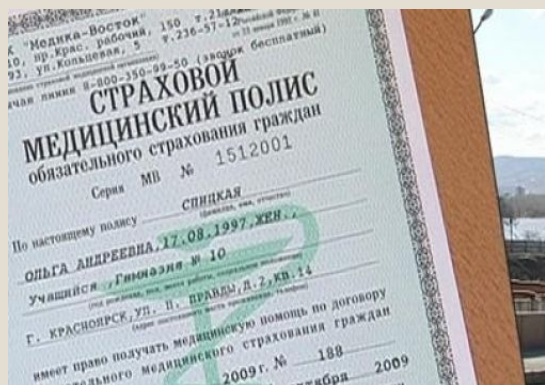




Тема : «Медицинское страхование»



Преподаватель высшей категории
Н.И.Милешина



План

1. История страховой медицины
2. Преимущества страховой медицины
3. Закон о медицинском страховании граждан Российской Федерации.
4. Добровольное медицинское страхование.



I этап страховой медицины

1841 г.

Закон о страховании горнорудных рабочих России;

1910 – 1912 г.

Принятие частных законов о страховании работающих: на случай болезни, на случай увечья, потери кормильца и др;

Открытие «больничных касс».

1912 г.

Принятие Государственной Думой первого общего «Закона о медицинском страховании». Оплата страховых взносов - 40,0% фабриканты и заводчики и 60,0% - рабочие. Образование «Всероссийского страхового Совета» (глава Совета – Император Николай II).

Принятие XII Пражской конференцией программы страхования РСДРП (по докладу Н.А. Семашко) с подробной разработкой страхования для всех видов наемного труда. Оплата страховых взносов полностью за счет предпринимателей.



1917 – 1919 г.

В России существовало 2 вида медицины:

- 1. Государственная – (центр– Наркомздрав РСФСР (июль 1918 г.) и медико – санитарными отделами на местах;**
- 2. Страховая – подчинялось через страховые кассы большинство лечебно – профилактических учреждений и, прежде всего, на промышленных предприятиях.**



II этап страховой медицины

Конец 1919 г.

Государственная и страховая медицина слились в единую советскую медицину во главе с Наркомздравом.

1921 – 1923 г. (период НЭПа)

Возврат к страховой медицине. Восстановление страховых организаций в качестве отделов государственной медицины. Страховая медицина существовала за счет 10,0% отчислений от прибыли предприятий.



III этап медицинского страхования

28 июня 1991 г.

Принятие «Закона о медицинском страховании граждан в РСФСР».

24 февраля 1993 г.

Принятие Постановления «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан». Создание Фондов ОМС (Федеральный и Территориальный).

19 апреля 1993 г.

Опубликование Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», подписанного президентом РФ Б.Н. Ельциным.



**ПРЕИМУЩЕСТВА
СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ
ПЕРЕД
ГОСУДАРСТВЕННЫМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**



ЦЕЛЕВОЙ ХАРАКТЕР НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ

(т.е. налоги идут только на оплату медицинской помощи).
В государственной системе – средства на здравоохранение идут из общих налоговых поступлений.
Госбюджет не может выделить требуемых средств на здравоохранение из-за инфляции, поэтому дополнение государственного бюджета происходит из средств предприятий за счет налога – (страховых взносов) в страховой фонд (ТФОМС);
Кроме заключения договоров обязательного медицинского страхования, предприятие может привлекать средства из прибыли (доходов) и на добровольное медицинское страхование своих работников.



ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЙ ХАРАКТЕР ФОРМИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ ФОНДОВ

Страховые фонды (ТФОМС) образуются на местах, на определенных территориях.

Повышается ответственность администрации, руководителей региона за состояние здоровья населения (области, края, города и т.д.).

Оцениваются местные потребности, налоги на здравоохранение могут гибко изменяться в соответствии с потребностями региона.



ИЗМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Из Фондов деньги переходят страховым организациям;
2. Работает принцип контрактной системы;
3. Изменяются формы оказания медицинской помощи ;
4. Осуществляется отбор лучших, компетентных врачей.



ПРЯМОЕ УЧАСТИЕ В ФИНАНСИРОВАНИИ ПРЕДПРИЯТИЙ

Предприятия учатся считать – во сколько обходится медицинская помощь работающим.

Создается механизм, по которому предприятию выгодно проводить оздоровительные (профилактические) мероприятия.



УЧАСТИЕ НАСЕЛЕНИЯ В СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ

Население отчисляет определенную часть зарплаты на здоровье, (т.е. наблюдается переход от благотворительного государственного здравоохранения к страховой медицине), что дисциплинирует мышление людей - потребителей медицинских услуг.



ЗАКОН

«О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»

содержит 5 разделов (28 статей)

Раздел 1.

Общие положения (Статьи 1, 2)

Раздел 2.

Система медицинского страхования (Статьи 3-13)

Раздел 3.

Медицинские страховые организации (Статьи 14-19)

Раздел 4.

**Деятельность медицинских учреждений в системе
ОМС (Статьи 20 - 25)**

Раздел 5.

**Регулирование отношений сторон в системе
медицинского страхования (Статьи 26 - 28)**



Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. О медицинском страховании

Медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования – гарантировать получение медицинской помощи гражданам при возникновении страхового случая (за счет накопленных средств) и финансировать профилактические мероприятия.



Медицинское страхование осуществляется
в двух видах: **обязательном** и **добровольном**.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ **равные возможности** в получении медицинской и лекарственной помощи, которая предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих Программам обязательного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть **коллективн коллективным** и **индивидуальным**.



Статья 2. О субъектах медицинского страхования.

В качестве **субъектов** медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются:

- а) для неработающего населения – Советы Министров республик в составе РФ, органы государственного управления краев, областей, местная администрация, т.е. органы исполнительной власти;
- б) для работающего населения – предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий.



Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане или предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием (**страховщики**).

Медицинскими учреждениями являются все лечебно – профилактические учреждения, НИИ и медицинские институты, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие индивидуальную трудовую деятельность, врачи групповой профилактики, имеющие **лицензии**.



Раздел 2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Объектом медицинского страхования является **страховой риск**, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая (**статья 3**).

Медицинское страхование осуществляется в форме **договора** (**статья 4**), заключаемого **между субъектами** медицинского страхования.

Договор медицинского страхования является **соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией**.

В соответствии с договором **страховая медицинская организация** обязуется **организовывать** и **финансировать** предоставление **застрахованным** медицинской помощи определенного объема и качества по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Договор медицинского страхования считается **заключенным** с момента **уплаты первого страхового взноса**.



Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования (**статья 5**), или который заключил такой договор самостоятельно, получает **страховой медицинский полис**. Полис **выдают страховщики**. Он находится на руках у застрахованного и имеет силу **на всей территории РФ**.

Граждане РФ имеют право (**статья 6**) на:

- ✓ обязательное и добровольное медицинское страхование;
- ✓ выбор медицинской страховой организации;
- ✓ выбор определенного медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- ✓ получение медицинской помощи на всей территории РФ.
- ✓ предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.



Статьи 10 и 11 посвящены «источникам финансирования системы здравоохранения РФ» и «финансовым средствам государственной, муниципальной систем здравоохранения».

Источниками финансирования бюджетно – страховой системы здравоохранения в России являются:

средства республиканского (РФ) бюджета и местных бюджетов;
средства государственных и общественных организаций, предприятий;
личные средства граждан;
благотворительные взносы;
доходы от ценных бумаг, кредиты банков;
иные источники, не запрещенные Законом РФ.



Статья 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование и поступают в Федеральный и Территориальный Фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные коммерческие финансово – кредитные учреждения.

Федеральный фонд

обязательного медицинского страхования создается Государственной думой и Правительством РФ.

Территориальные фонды

обязательного медицинского страхования создаются правительством республик в составе РФ, администрацией краев, областей, т.е. органами исполнительной власти.



СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ 2,8%
от начисленной оплаты труда
за работающее население учреждений,
организаций, предприятий любых форм

2,0%

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ
ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

0,8%

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**





Раздел 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Медицинское страхование населения осуществляют независимые страховые медицинские организации (статья 14), не входящие в систему здравоохранения.

Таким образом предусматривается наличие многих страховых организаций, что обеспечит пациентам и медикам право выбора посредника.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций.

Суммарная доля акций, принадлежащих им не должна превышать 10,0% общего пакета акций страховой медицинской организации.



СТРАХОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Накапливают финансовые ресурсы

**Оплачивают медицинскую помощь
застрахованным**

**Контролируют объем и качество
медицинской помощи, защищая
права пациентов.**



Раздел 5. РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ СТОРОН В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Медицинские учреждения в соответствии с условиями договора несут ответственность за объем и качество медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. Если медицинское учреждение нарушает условия договора, то страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты на оказание медицинских услуг. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в сроки согласно договору, но не позднее месяца с момента предоставления документа об оплате.



ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- Укрепление финансового статуса лучших врачей;**
- Высокоприбыльные предприятия заинтересованы в добровольном медицинском страховании, так как оно предназначено только для своих рабочих;**
- Поощрение медицинского предпринимательства (освоение новых медицинских технологий, методик, привлечение для этого средств);**
- Реальная свобода выбора лечебного учреждения и врача.**



Добровольное страхование

«Каждый платит за себя»

Обязательное страхование

«Здоровый платит за больного»

«Молодой платит за пожилого»

«Богатый платит за бедного»