



СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



Социальная защита населения

одно из важнейших направлений социальной политики государства, заключающееся в установлении и поддержании общественно необходимого материального и социального положения всех членов общества



Социальная защита населения

- обеспечение определенного уровня доходов для тех слоев населения, которые в силу каких-либо причин не могут самостоятельно обеспечить свое существование: безработных, инвалидов, больных, сирот, стариков, одиноких матерей, многодетных семей.

Основные принципы социальной защиты

- гуманность
- адресность
- комплексность
- обеспечение прав и свобод личности

Виды социальной защиты

Государственные

- Доступное здравоохранение
- Льготы
- Доступное образование
- Пенсионное обеспечение
- Система социального обслуживания и предоставления социальных услуг
- Меры социальной поддержки

Негосударственные

- Добровольное социальное страхование
- Благотворительность
- Частные системы здравоохранения



Формы социальной защиты

- **Социальное страхование**
- **Социальная помощь**
- **Социальная обеспечение**



В Российской Федерации за социальную защиту отвечает Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

Система социальной защиты включает действие бюджетных и внебюджетных фондов на федеральном, региональном и местном уровнях

Государственные внебюджетные фонды, обеспечивающие социальную защиту в РФ:

- Пенсионный фонд Российской Федерации**
- Фонд социального страхования Российской Федерации**
- Фонд обязательного медицинского страхования**

Фонд социального страхования Российской Федерации является одним из государственных внебюджетных фондов, относящихся к единой бюджетной системе Российской Федерации. Бюджет Фонда, также как и других государственных внебюджетных фондов, не входит в состав консолидированного бюджета Российской Федерации и утверждается в форме самостоятельного федерального закона.

В рамках своей деятельности Фонд осуществляет финансовое обеспечение расходов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также исполнению возложенных на Фонд государственных функций.

С 1 января 2005 года на Фонд возложена задача по реализации федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ в части обеспечения граждан получателей социальных услуг путевками на санаторно-курортное лечение, а также их бесплатного проезда к месту лечения и обратно за счет средств федерального бюджета.

В этом же году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 12.12. 2004 года N 771 "Об утверждении Правил обеспечения в 2005 году инвалидов техническими средствами реабилитации, отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета" на Фонд также возложена задача по обеспечению инвалидов, отдельных категорий граждан из числа ветеранов техническими средствами реабилитации, протезами (кроме зубных) и протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета.

Отделения Фонда созданы на территориях всех субъектов Российской Федерации.

Фонд организует исполнение бюджета государственного социального страхования, утверждаемого ежегодно федеральным законом, контролирует использование средств социального страхования. В необходимых случаях Фонд перераспределяет средства социального страхования между регионами и отраслями, поддерживая финансовую устойчивость системы. Кроме того, Фондом разрабатываются и реализуются государственные программы по совершенствованию социального страхования, охраны здоровья работников.



Пенсионный фонд Российской Федерации

Социально значимые функции ПФР



Общество заинтересовано в повышении эффективности социальной работы. Однако определить ее и измерить достаточно сложно.

Под эффективностью понимается соотношение результатов деятельности и затрат, необходимых для достижения этого результата.

Эффективность в социальной сфере — это сложная категория, которая складывается из целей, результатов, затрат и условий социальной деятельности. В социальной работе результатом является удовлетворение потребностей ее объектов, клиентов социальных служб, и на этой основе общее улучшение социальной обстановки в обществе.

Критериями эффективности социальной работы на макроуровне могут служить показатели материального положения семьи (человека), ожидаемая продолжительность жизни, уровень и структура заболеваемости, бездомности, наркомании, преступности и пр.

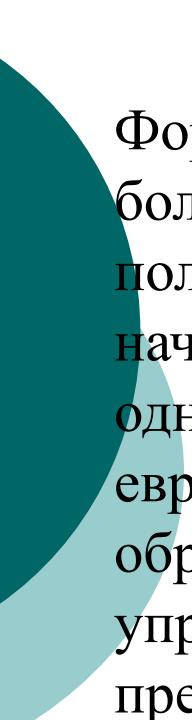


МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни имеет достаточно давнюю традицию.

В Древней Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получении травмы, утраты трудоспособности, длительного заболевания или увечья.

В средние века защитой населения в случае болезни или наступления инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь. В первом случае помощь оказывалась за счет средств цеховых касс, созданных из членских взносов. Во втором случае материальная и лечебная помощь предоставлялась нуждающимся безвозмездно за счет пожертвований.



Форму медицинского или, как тогда было принято называть, больничного страхования социальная помощь при болезни получила только во второй половине XIX в. Именно в это время начало активно проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важных результатов которого стало создание во многих европейских странах страховых больничных касс. Эти кассы образовывались за счет взносов работодателей и работников и управлялись соответственно представителями администрации предприятия и профсоюзного комитета. Кассы предоставляли своим членам денежную помощь в виде пособия, частично возмещающего трудовой доход, потерянный во время болезни, единовременной выплаты и пенсии семье в случае смерти работника, компенсации роженицам. Кроме того, предусматривалось оказание медицинской и лекарственной помощи. Первыми в больничном страховании являлись Англия и Германия. Именно в Германии в 1883 г. был издан первый государственный Закон об обязательном больничном страховании рабочих.

В России становление системы помощи населению при болезни связывается, в первую очередь, с развитием в конце XIX в. земской медицины, дотируемой за счет казны, ассигнований губернских уездных властей.

Медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения в силу аграрного характера ее экономики и очень малого периода пореформенного капиталистического развития.

Начиная с 1867 г. предписывалось на всех фабриках, имеющих 1000 и более работников, устраивать больничное помещение из расчета 1 койко-место на 100 чел. В 1887 г. это положение приняло форму закона. На практике закон выполнялся не полностью, по данным на 1907 г., медицинскую помощь предоставляли только крупные предприятия — 32,5% общего числа фабрик и заводов, однако они охватывали медицинским обслуживанием 81,6% промышленных наемных работников. Для финансирования системы здравоохранения в целом со всех граждан, живущих личным трудом и не принадлежащих к привилегированным сословиям, взимался больничный сбор.

Фабричные страховые (больничные) кассы создавались в начале XX в. преимущественно на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга. Принципы их организации и функционирования были аналогичны западноевропейским.

В 1912 г. Государственной думой был принят закон о введении обязательного страхования рабочих на случай болезни.

К 1916 г. в России было учреждено 3189 больничных касс, насчитывавших 2,5 млн застрахованных. Из них полностью функционировало 2330 касс с числом участников 1,8 млн человек. Закон обязывал работодателей за счет собственных средств предоставлять работникам медицинскую помощь, однако выбор способов выполнения этой обязанности являлся предметом соглашения работников и работодателя. Во многих случаях работодатели вносили средства на медицинское обеспечение в страховую кассу, которая занималась организацией и оплатой лечения застрахованных.

Больничные страховые кассы просуществовали до революции, а после принятия декрета о введении государственной монополии в страховании они были упразднены.



В советское время надобность в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств и министерств, а также социальных фондов самих предприятий.

В период рыночного реформирования экономики, резкого снижения уровня жизни населения, острой нехватки бюджетных и ведомственных средств на содержание медицинских учреждений в 1991 г. был принят закон о введении в Российской Федерации медицинского страхования граждан в двух формах: обязательной и добровольной. Причем все положения этого закона, которые касались обязательного медицинского страхования, вводились в действие начиная только с 1993 г.

Медицинское страхование бывает двух видов:

- обязательное медицинское страхование (ОМС)**
- добровольное медицинское страхование (ДМС)**

Основным документом, регламентирующим деятельность в области ОМС, является Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" вступивший в силу 1 января 2011 г.

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 ОМС в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования

Основными *принципами* обязательного медицинского страхования являются:

- Всеобщий и обязательный характер**
- Государственный характер обязательного медицинского страхования**
- Общественная солидарность и социальная справедливость**



Всеобщий и обязательный характер

все граждане Российской Федерации 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

обязательного медицинского страхования:
средства ОМС находятся в государственной собственности.

Для реализации государственной финансовой политики созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС, как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации.

Общественная солидарность и социальная справедливость

страховые взносы и платежи 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 старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»)



Объектом ОМС является страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

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.

***Субъектами* обязательного медицинского страхования являются**

- 1) застрахованные лица
- 2) страхователи
- 3) Федеральный фонд ОМС

***Участниками* обязательного медицинского страхования являются**

- 1) территориальные фонды ОМС
- 2) страховые медицинские организации (СМО)
- 3) медицинские организации

Застрахованными лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

- 1) работающие по договору
- 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты)
- 3) члены крестьянских (фермерских) хозяйств
- 4) члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования
- 5) неработающие граждане:
 - а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет
 - б) неработающие пенсионеры
 - 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 опекунов, 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 и не указанные в подпунктах "а" - "е" настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц

Страхователями для работающих граждан являются:

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

- организации
- индивидуальные предприниматели
- физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты

Страхователями для неработающих граждан являются:

- органы исполнительной власти субъектов РФ
- Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения



Страховщиком в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования является Федеральный фонд ОМС.

Федеральный фонд ОМС - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.



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

По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает *страховой медицинский полис*, который имеет силу на всей территории РФ.

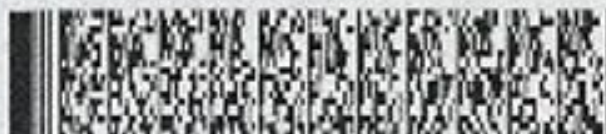
Полис ОМС оформляется в виде бумажного документа, электронной карты или как запись на универсальной электронной карте. Страховые полисы бессрочны.

Для контроля объема оказанных населению медицинских услуг и предотвращения необоснованных расходов в системе ОМС будет создана единая всероссийская база данных застрахованных лиц.



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

00000000000000000000 ————— персональный номер



————— штрих код

ФАМИЛИЯ

фамилия

ИМЯ

имя

ОТЧЕСТВО

отчество

В настоящее время идет работа над расширением полиса. Россиянам смогут плюс к ОМС предложить дополнительный полис медстрахования. В пакет платных услуг войдут, в частности, ~~мобильная консультация врачей~~ и «персонифицированный мониторинг здоровья на расстоянии». Стоимость этого пакета будет различаться в зависимости от «уровня ответственности за свое здоровье». Будут учитываться своевременное прохождение диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отказ от вредных привычек.

Чтобы сделать новые страховые продукты более привлекательными, за их покупку предлагается предоставлять налоговый вычет.

Предполагается, что новая система не только позволит привлечь дополнительные средства, но и будет способствовать формированию у населения ответственного отношения к своему здоровью.

Важнейшие функции в системе ОМС выполняют *страховые медицинские организации (компании).*

В ОМС могут участвовать страховые медицинские организации с любой формой собственности, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием выдается Министерством финансов РФ.

В состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления СМО не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, Федерального фонда и территориальных фондов ОМС, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

В системе обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация имеет право:

свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования

- участвовать в аккредитации медицинских учреждений**
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги**
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и (или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического и (или) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине**



Страховая медицинская организация не только наделена правами, но и имеет широкий круг *обязанностей*.

Основной задачей страховой медицинской организации является осуществление обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Страховые медицинские организации осуществляют контроль объема и качества медицинских услуг, а также обеспечивают защиту прав застрахованных, вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.



1 Терапевт - это 1024 Гигапевта

Важную роль по защите интересов граждан при получении медицинской помощи выполняют **эксперты страховых медицинских организаций**, которые осуществляют контроль объема, сроков и качества оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при возникновении страхового случая.

Медицинскую помощь в системе ОМС могут оказывать организации здравоохранения с любой формой собственности, лицензированные и аккредитованные в установленном порядке.

Для обеспечения населения медицинской помощью, виды и объем которой должен соответствовать базовой и территориальным программам ОМС Законом предусмотрено обязательное проведение аккредитации и лицензирования всех медицинских учреждений.

Последние годы стало практикой допускать организации здравоохранения частных форм собственности к участию в реализации территориальных программ ОМС на конкурсной основе. Это способствует созданию конкурентной среды и является фактором повышения качества и снижения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным.

Движение денежных средств в ОМС



Общие тарифы страховых взносов

Действующий совокупный общий тариф страховых взносов составляет 30%

Он складывается из следующих тарифов:

22% - тариф для начисления пенсионных взносов;

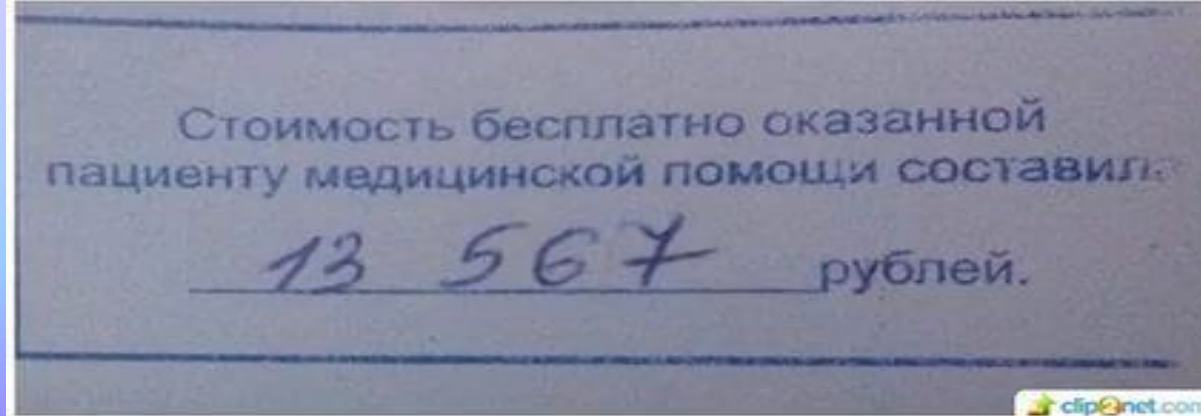
2,9% - тариф для начисления взносов на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

5,1% - тариф для начисления взносов по обязательному медицинскому страхованию.

Общие тарифы должны применять все страхователи, за исключением тех компаний, для которых предусмотрены пониженные тарифы



Медицинские учреждения финансируются СМО на основании предъявляемых счетов. Оплата счетов осуществляется *по тарифам* или финансовым нормативам, выполняющим функции тарифов.



В настоящее время всем жителям страны должны сообщать о стоимости услуг, оказанных им в рамках ОМС. Каждому больному после посещения поликлиники или выписки из стационара выдается справка о потраченных на его лечение государственных средствах. Эта форма отчетности вводится по аналогии с частными клиниками. Информация в квитке для пациента должна совпадать с той, что будет передана страховой компании, которая перечисляет деньги на лечение. Ожидается, что такая открытая система позволит уйти от «приписок». Кроме того, она должна играть «воспитательную» роль в новой системе: граждане, которые не задумываются о реальной стоимости лечения и воспринимают его как должное, осознают, что государство о них заботится.



В отличие от обязательного медицинского страхования, как части системы социального страхования, *добровольное медицинское страхование (ДМС)* является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ОМС

Некоммерческое

Один из видов социального страхования

Всеобщее массовое

Регламентируется Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"

Правила страхования определяются государством

Страхователи - работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления

Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета

Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти

Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике

Система контроля качества устанавливается государственными органами

Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности - обязательного медицинского страхования

При наступлении страхового случая – субсидиарная ответственность

ДМС

Коммерческое

Один из видов личного страхования

Индивидуальное или групповое

Регламентируется Законами РФ "Об организации страхового дела в РФ" и "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"

Правила страхования определяются страховыми организациями

Страхователи - юридические и физические лица

Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей

Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя

Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем

Система контроля качества устанавливается договором страхования

Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности

При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса



**Спасибо за
внимание!**