

A scenic view of a mountain valley. The foreground shows a steep, rocky slope covered in dense green forest. A dirt road winds down the slope. In the middle ground, a river flows through a valley, surrounded by green hills and fields. The background features more mountains under a clear blue sky.

*медицинское
страхование*

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Общая характеристика медицинского страхования.
2. Обязательное и добровольное медицинское страхование.
3. Стандарты медицинской помощи.
4. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений.
5. Система контроля качества медицинской помощи
6. Источники финансирования здравоохранения

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ - ЭТО

одна из форм организации здравоохранения, отличительной особенностью которой является активное участие в ее создании, функционировании и управлении самого населения, предприятий, учреждений и организаций.

Достигается такое участие страховым вкладом, вносимым пациентом, а также отчислением в страховую фонд из фондов предприятий.

**под медицинским страхованием
следует понимать сложную и
мобильную систему товарно-
рыночных отношений в области
здравоохранения, в которой в
качестве товара служит
оплачиваемая конкретная
медицинская услуга, а
«покупателю» гарантируется
необходимое качество и
количество медицинской**

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

ПЕРВЫМ

ведущим принципом страховой
медицины является обеспечение
надежности и оптимального
соотношения основных
источников финансирования
здравоохранения: поступлений
из госбюджета (35-40%),
отчислений в страховые фонды
от предприятий, учреждений и
организаций и страхового вклада
самого человека (50-55%) ,
добровольное медицинское
страхование (8-10%)

ВТОРОЙ ПРИНЦИП СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

**Максимальная
экономическая и юридическая
самостоятельность
медицинских учреждений**

ТРЕТИЙ ПРИНЦИП СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

**Обеспечение престижа
здоровья человека,
создание всего
комплекса условий для
сохранения и укрепления
здоровья населения.**

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИНЦИП

Свободный выбор пациентом врача и учреждения, оказывающего медицинскую помощь. Этот принцип выступает в качестве основного регулирующего фактора по которому должна определяться в здравоохранении оплата за качество и объем работы

ПЯТЫЙ ПРИНЦИП

Обеспечение социальной
защищенности пациента в
получении
высококачественной
медицинской помощи

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

**В соответствии с законом РФ
«О медицинском страховании
граждан в РФ» ОМС является
составной частью
государственной системы
социального страхования. В
основе ОМС лежат следующие
основные организационно-
экономические и правовые
принципы**

1. ВСЕОБЩИЙ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ

Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в государственную программу ОМС.

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, распространяются на всех взрослых граждан с момента заключения с ними трудового соглашения, а так же детей и неработающих граждан

2. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ГАРАНТИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ, Государство выступает непосредственным страхователем для неработающего населения. Оно осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств ОМС, обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными

3. НЕКОММЕРЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР

**Средства ОМС не могут стать
доходом (прибылью)
юридических и физических
лиц являющихся
акционерами и
учредителями страховых
медицинских организаций,
участвующих в операциях
ОМС.**

4. ОБЩЕСТВЕННАЯ СОЛИДАРНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ

Все граждане имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. Страховые взносы и платежи на ОМС перечисляются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью. Объем предоставляемых услуг не зависят от размера взносов на ОМС. Граждане с различным уровнем дохода и соответственно с различным объемом начислений на заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

ИКАМИ ОМС ЯВЛЯЮТ

**Страхователи
(для неработающего населения - государство в лице местных органов исполнительной власти;
для работающих граждан - предприятия, учреждения и организации независимо от форм собственности и хозяйственно-правового статуса)**



**ЗАСТРАХОВАННЫ
Е – ВСЕ ГРАЖДАНЕ
РФ, А ТАК ЖЕ
ГРАЖДАНЕ
ИНОСТРАННЫХ
ГОСУДАРСТВ,
ПОСТОЯННО
ПРОЖИВАЮЩИЕ
НА ТЕРРИТОРИИ
РОССИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОМС
(СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ
НЕКОММЕРЧЕСКИЕ
ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫЕ
УЧРЕЖДЕНИЯ,
РЕАЛИЗИРУЮЩИЕ
ГОСУДАРСТВЕННУЮ
ПОЛИТИКУ В ОБЛ. ОМС)**

**СТРАХОВЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ,
ИМЕЮЩИЕ
ЛИЦЕНЗИЮ НА
ПРАВО
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПО ОМС**

**МЕДИЦИНСКИЕ
УЧРЕЖДЕНИЯ,
ИМЕЮЩИЕ
ЛИЦЕНЗИЮ НА
ПРАВО ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ,
ВКЛЮЧЕННОЙ В
ПРОГРАММУ ОМС**

ВИДЫ

ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

О

МЕДИЦИНСКОГО

СТРАХОВАНИЯ



СТРАХОВАНИЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ:

**Страхователями являются
предприятия ,
учреждения, организации, лица,
занимающиеся индивидуальной
трудовой деятельностью
(предприниматели),
лица свободных профессий.
Плательщиками страховых
взносов являются предприятия,
учреждения и организации**

СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Страхователями являются правительства республик в составе РФ, органы государственного управления административно-территориальных образований, местная администрация. Вышеперечисленные структуры являются плательщиками страховых взносов, при этом местная администрация производит уплату страховых взносов за счет плательщиками страховых взносов за счет соответствующих бюджетов с учетом индексации цен

**СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ПО ВСЕМ
ВИДАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
УСТАНОВЛИВАЮТСЯ КАК
СТАВКИ ПЛАТЕЖЕЙ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ.
РАЗМЕР ВЗНОСОВ ДОЛЖЕН ОБЕСПЕЧИТЬ
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОГРАММ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

АМИ
СРЕДСТВ
ОМС
являются

- обязательные начисления за заработную плату для работающего населения (5,1 % от начисленного фонда заработной платы)
- бюджеты соответствующего уровня - для неработающего населения
- в соответствии со ст.12 Закона финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование в рамках единого социального налога



Добровольное

медицинское

страхование

В соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» объектом добровольного медицинского страхования является страховая риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

К добровольному медицинскому страхованию (ДМС) относятся финансовые операции по возмещению затрат на оказание медицинской помощи сверх установленных государством.



**Добровольное медицинское страхование введено
с 01.10.92г.**

Осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора.

Оно обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных территориальными программами ОМС, может быть коллективным и индивидуальным.



ОСНОВНЫЕ ОТЛИЧИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

№	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	<p>Некоммерческое</p> <p>Один из видов социального страхования.</p> <p>Всеобщее или массовое.</p> <p>Регламентируется Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».</p> <p>Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями.</p> <p>Правила страхования определяются государством</p> <p>Страхователи-работодатели государство (органы местной исполнительной власти).</p> <p>Источник средств - взносы работодателей, государственный бюджет</p> <p>Программы (гарантированный минимум услуг) утверждаются органами власти</p> <p>Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике</p> <p>Система контроля качества определяется государственными органами.</p> <p>Доходы могут быть использованы только для основной деятельности медицинского страхования.</p>	<p>Коммерческое</p> <p>Один из видов личного страхования</p> <p>Индивидуальное или групповое</p> <p>Регламентируется законом «О страховании» и законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».</p> <p>Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности.</p> <p>Правила страхования определяются страховыми организациями</p> <p>Страхователи - юридические и физические лица</p> <p>Источник средств - личные доходы граждан. Прибыль работодателей.</p> <p>Программа определяется договором страховщика и страхователя.</p> <p>Тарифы устанавливаются договором страховщика и страхователя.</p> <p>Система контроля качества устанавливается договором субъектов страхования.</p> <p>Доходы могут быть использованы для любой коммерческой и некоммерческой деятельности.</p>

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- РЕСУРСНЫЕ СТАНДАРТЫ
- ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТАНДАРТЫ
- ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ
- МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ
- КОМПЛЕКСНЫЕ СТАНДАРТЫ



**Ресурсные стандарты
содержат требования к уровню
квалификации медицинского
персонала и материально
техническому оснащению этого
лечебно-профилактического
учреждения, обусловленных
заявленными на лицензирование
видами медицинской
деятельности.**

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТАНДАРТЫ -
содержат требования к организации
системы управления медицинским
учреждением, обеспечивающей
эффективное и безопасное
использование кадровых и
материально-технических ресурсов
при оказании медицинской помощи
заявленного вида медицинской
деятельности**

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ –
регламентируют проведение
процедуры оказания медицинской
помощи разрешенного вида
медицинской деятельности , то есть
выполнение диагностических
исследований , лечебных,
реабилитационных ,
профилактических и
оздоровительных мероприятий в
объеме разрешенных видов
медицинской деятельности

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ

**определяют гарантированный
объем и качество клинико-
диагностических обследований и
лечебных мероприятий, требования к
результатам лечения больных при
соответствующих заболеваниях и
затраты на их выполнение с учетом
реальных возможностей
медицинского учреждения**

**ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ
И АККРЕДИТАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Основными целями лицензирования являются:

- 1. определение потенциальных возможностей (кадровых, материально-технических, лабораторно-диагностических, инструментальных и.т.) для оказания медицинской помощи застрахованным по программам медицинского страхования;**
- 2. защита интересов (прав) пациентов;**
- 3. соблюдение необходимого объема и качества медицинской помощи**

Лицензирование, аккредитация и сертификация медицинской деятельности являются одними из ведущих направлений системы управления качеством медицинской помощи.

Формирование системы лицензирования и сертификации в Российской Федерации началось в 1992-1993гг. после выхода закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и других нормативно-правовых актов

Медицинских учреждений

**это определение их соответствия
установленным профессиональным
стандартам**

**Аккредитации по закону подлежат все
медицинские учреждения независимо от
форм собственности.**

**Цель аккредитации - защита интересов и
прав потребителей(пациентов) в обеспечении
необходимого объема и качества
медицинской помощи(услуг в системе
страхования).**

**Аккредитация – проводятся медицинскими
ассоциациями или аккредитационными
комиссиями с целью признания или
непризнания соответствия конечных
результатов их деятельности принятым**

медицинской
деятельност

и.

Целью

лицензирова

ния является

оценка

возможности

и оказания

различных

видов

медицинской

помощи и

услуг в

учреждении.

Лицензирована

ни не проводится

лицензионный

установлен
ном
порядке
перечень
медицинских
их услуг,
которые
гарантирую
тся всем
жителям
застрахован
ным в
системе

С
ВАЗОБНОВЛ
И
НИ
КРАТКОСРОЧ
(ПОЛИСЫ)
ДОГОВОРА
СТРАХОВЫЕ
В
СТРАХОВАНИ
ДОГОВОРА
НИМИ
МЕЖДУ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ЮЩИИ
УДОСТОВЕРЯ
И
(ОП)

**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ**

