

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Оренбургский государственный университет»

А.Б. ПЛУЖНИК

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Рекомендовано Ученым советом государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Оренбургский государственный университет» в качестве учебно-методического пособия для студентов, обучающихся по программам высшего профессионального образования по специальности «Финансы и кредит»

Оренбург 2007

УДК 368(075.8)
ББК 65.27я73
П 40

Рецензент
директор филиала ОАО СО «АФЕС» Н.А. Епифанов

П 40 **Плужник А.Б.**
Медицинское страхование: учебно – методическое пособие /
А.Б. Плужник. - Оренбург: ГОУ ОГУ, 2007. – 106 с.
ISBN

Учебно-методическое пособие раскрывает весь перечень вопросов, входящих в дисциплину «Медицинское страхование» и способствует усвоению знаний по развитию обязательного и добровольного медицинского страхования в России и за рубежом.

В пособии представлена история медико-социального страхования, в том числе – и на территории Оренбургской области; перечислены причины необходимости медицинского страхования в рыночных условиях; представлены программы медицинского страхования и др. Для лучшего усвоения знаний в пособии имеются контрольные вопросы, тесты и задачи.

Для студентов, аспирантов и преподавателей экономических и финансовых специальностей, экономики и управления здравоохранения, работников страховых компаний и фондов обязательного медицинского страхования.

П 0605010207

ББК 65.27я73

ISBN

© Плужник А.Б., 2007
© ГОУ ОГУ, 2007

Содержание

Введение.....	5
1 Страховые риски и их реализация при медицинском страховании.....	7
Вопросы для контроля.....	11
Тесты.....	11
2 История медицинского страхования в России.....	13
Вопросы для контроля.....	18
Тесты.....	19
3 Причины введения медицинского страхования в России при переходе к рынку.....	21
Вопросы для контроля.....	24
Тесты.....	24
4 Законодательно-нормативная база финансирования медицинского страхования.....	26
Вопросы для контроля.....	32
Тесты.....	33
5 Обязательное медицинское страхование: цель, задачи, субъекты системы.....	35
Вопросы для контроля.....	41
Тесты.....	41
Задачи.....	43
6 Добровольное медицинское страхование.....	44
Вопросы для контроля.....	48
Тесты.....	48
Задачи.....	50
7 Программы медицинского страхования.....	51
Вопросы для контроля.....	61
Тесты.....	62
8 Персонифицированный учёт в медицинском страховании.....	64
Вопросы для контроля.....	69
Тесты.....	69
9 Особенности медицинского страхования в зарубежных странах.....	72
Вопросы для контроля.....	76
Тесты.....	77
Выводы.....	79
Список использованных источников.....	80
Приложение А Реализация рисков в страховании здоровья.....	88
Приложение Б Существующий финансовый механизм медицинского страхования.....	90
Приложение В Сравнительная характеристика основных положений закона «О медицинском страховании граждан в РФ» и проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ».....	91

Приложение Г	Расчет тарифов, используемых при коллективной форме проведения добровольного медицинского страхования...	93
Приложение Д	Отличительные признаки обязательного и добровольного медицинского страхования (ОМС и ДМС).....	96
Приложение Е	Стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в Оренбургской области на 2005 год.....	98
Приложение Ж	Исполнение бюджета Оренбургского Областного фонда ОМС за 2001-2005 гг.....	103
Приложение И	Примерная характеристика программ добровольного медицинского страхования.....	105

Введение

Страхование в современном мире играет важную роль в экономике любой страны, так как позволяет за счет средств страховых организаций возмещать значительные ущербы предприятиям и населению, минуя государственный бюджет. Доля средств от страхования в валовом внутреннем продукте России составляла 3 % на начало 2002 г. За этот же период свободные средства страховых резервов были инвестированы на сумму 88,5 млрд. р., что превышает инвестиции 2000 г. на 174,2 %.

Медицинское страхование призвано играть в обществе значимую роль, так как является составной частью системы социальной защиты населения. В большинстве развитых стран оно является одним из основных источников финансовых ресурсов здравоохранения. Его роль особенно возрастает на фоне недостаточного бюджетного финансирования.

Правительством РФ 25.09.2002 г. принято Распоряжение «О Концепции развития страхования в Российской Федерации» № 1361-Р, в котором указано на необходимость дальнейшего совершенствования обязательной и добровольной формы медицинского страхования.

Рынок медицинского страхования находится на стадии развития. Проводимые в настоящее время реформы, а также национальный проект в области здравоохранения обусловили необходимость проведения комплексной оценки обязательного и добровольного медицинского страхования в РФ с целью выявления как позитивных, так и негативных тенденций, а также дальнейшего совершенствования медицинского страхования.

Система получения гражданами необходимой медико-профилактической помощи приобретает в современном мире большое значение для сохранения общества и для обеспечения национальной безопасности. В настоящее время в России повышенное внимание уделяется развитию первичной медико-санитарной помощи, охране детства и материнства, диспансеризации населения, а также профилактическому направлению медицины в целом, так как заболеваемость населения, в том числе детского в России достаточно высока (около 65 % школьников нельзя назвать здоровыми), а средняя продолжительность жизни населения низкая (около 59 лет у мужчин и 72 года у женщин).

Демографическая ситуация в стране имеет негативную тенденцию - смертность населения превышает рождаемость. Среди основных причин смертности трудоспособного населения – несчастные случаи и травмы, онкология, сердечно-сосудистая заболевания.

Не хватает ввода новых мощностей очистительных сооружений, имеются неблагоприятные, вредные условия труда, например, в химической промышленности – 60,8 % работников Оренбургской области трудятся в условиях, не отвечающим санитарно-гигиеническим нормам, в черной металлургии – 56,6 %, в производстве строительных материалов – 44,6 % и т.д. Поэтому отмечается постоянно растущее количество лиц с профессиональными

заболеваниями и высокий производственный травматизм из-за износа основных средств (износ достигает 70 %).

Негативными моментами в функционировании здравоохранения на сегодняшний момент являются:

- недостаточное финансирование;
- недостаточное развитие рынка страховых и медицинских услуг;
- отсутствие значительных налоговых льгот;
- большой износ основных средств;
- неразвитость информационного обеспечения;
- недостаточное использование маркетинга в деятельности лечебно-профилактических учреждений и страховых компаний;
- невысокая мотивация граждан в области охраны здоровья.

Поэтому, на данном этапе значительная роль в улучшении ситуации в здравоохранении отводится именно медицинскому страхованию, как одному из основных источников финансирования здравоохранения страны.

1 Страховые риски и их реализация при медицинском страховании

Система социальной защиты населения в настоящее время представляет собой социально направленную политику государства, связанную с материальным обеспечением граждан в случае реализации социальных рисков, результатом которой будет являться выравнивание социального положения этих граждан по сравнению с остальными членами общества.

Медицинское страхование служит для охраны здоровья населения и отдельно взятого человека.

Здоровье – это состояние гомеостаза (постоянства) внутренней среды человеческого организма, определяющее комфортное физическое и психическое состояние, наличие резервов организма человека, позволяющих ему адаптироваться в условиях окружающей среды.

Понятие «здоровье» включает две составляющие: индивидуальное здоровье и общественное здоровье.

Индивидуальное здоровье характеризует состояние и уровень здоровья каждого отдельно взятого человека и определяется результатами социологических, медико-статистических и клинико-лабораторных исследований. Оценивать состояние индивидуального здоровья возможно по трем компонентам: иммунологическому, функциональному и биохимическому.

Общественное здоровье отражает физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Критерии общественного здоровья:

- демографические показатели - рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни, естественный прирост (убыль) населения и др.;
- заболеваемость населения - общая, в зависимости от возраста и пола, профессиональной и социальной принадлежности;
- физическое развитие населения - общее и по отдельным возрастным, половым, профессиональным группам. (Например, по данным 2005 г. в г. Оренбурге среди школьников отстают в физическом развитии 23 % девочек и 20 % мальчиков);
- инвалидность населения - общая и отдельных групп.

Группы здоровья населения:

- а) I группа - здоровые лица;
- б) II группа - лица с функциональными заболеваниями;
- в) III группа - лица с хроническими заболеваниями.

Рассмотрим финансирование системы здравоохранения.

В обеспечении здравоохранения денежными средствами принимают участие практически все составляющие части финансовой системы государства (см. рисунок 1).

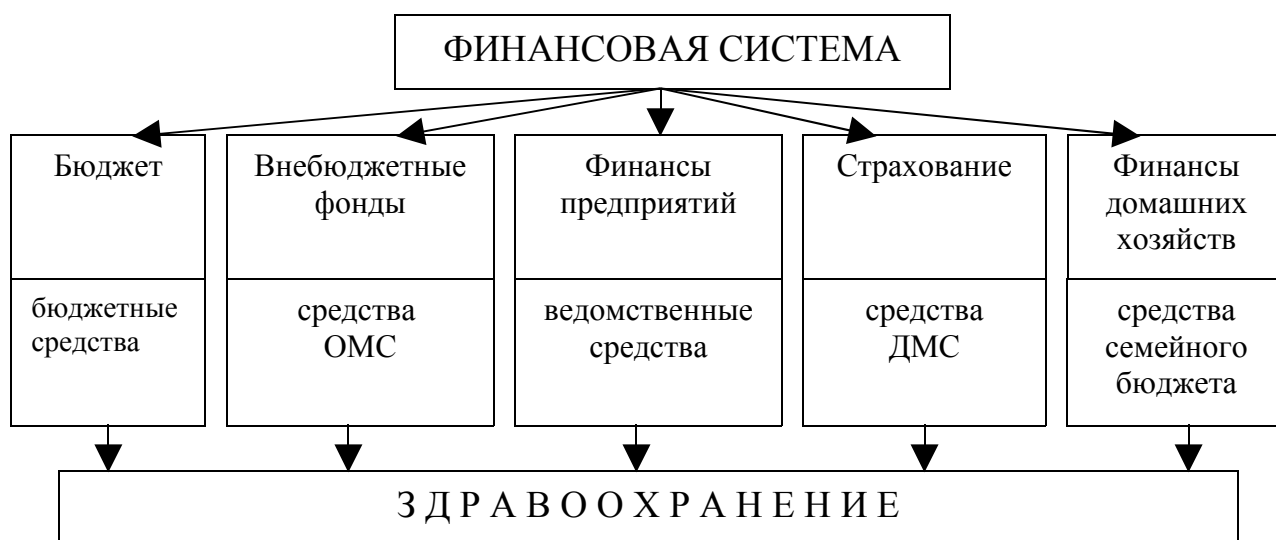


Рисунок 1 – Источники финансирования здравоохранения

Предметом экономики медико-социального страхования являются экономические отношения, складывающиеся в процессе организации страхования населения от разнообразных социальных рисков (потеря здоровья, работы, трудоспособности) в условиях рыночной экономики. Сюда также входит исследование самих социальных рисков, а также роли государственных и общественных институтов в преодолении недостатков рыночного механизма в данной сфере.

С экономической точки зрения медицинское страхование представляет собой механизм полной или частичной компенсации застрахованному расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая.

В «Условиях лицензирования страховой деятельности на территории Российской Федерации», утвержденных приказом Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью от 19.05.1994 г. № 02-02/08, дается следующее определение: «Медицинское страхование - это совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования».

Согласно закону «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28.06.1991 г. объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. А страховой случай, в свою очередь, это обращение в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) застрахованного за медицинской или профилактической услугой.

Субъектами медицинского страхования выступают: застрахованный гражданин, страхователь, страховщик, медицинское учреждение.

Для современных цивилизованных стран характерно расширение программ социального страхования, рост уровня выплачиваемых пенсий, пособий, оказываемых медико-социальных услуг и одновременно рост доходов населения.

Особенность социальных рисков, которые покрывает страхование, состоит в крупномасштабности их возникновения и высокой значимости последствий для личности и общества в целом (например, болезнь конкретного человека ведет к росту общей заболеваемости, может, как исход, привести к инвалидности или смерти, ухудшению демографических показателей в целом и т.д.). Массовость возникновения социальных рисков в период экономического кризиса, эпидемии или войны на рынке личного страхования может вызвать банкротство частных страховых институтов.

В социально-политическом аспекте медико-социальное страхование представляет собой способ реализации конституционных прав граждан в случае болезни, материнства, полной или частичной утраты трудоспособности. Размеры получаемых средств при этом регулируются либо действующим законодательством (при обязательном страховании), либо имеющейся тарифной политикой конкретной страховой компании (при добровольном страховании).

По мнению профессора Т. А. Федоровой, в развитой рыночной экономике система страхования от социальных рисков строится на принципах смешанной экономики, включая государственные, добровольно-общественные и частные институты, коммерческие и некоммерческие организации. Подобное ее построение позволяет обеспечить, как гарантированную социальную защиту граждан от вероятностных причин потери трудоспособности и доходов, так и наиболее полное удовлетворение спроса различных категорий населения на услуги страхования от социальных рисков. Ведущую роль при этом играет обязательное медико-социальное страхование. В России действует так называемая централизованная модель медико-социального страхования.

Суммируя вышеизложенное, можно определить задачи, которые призвано решать медико-социальное страхование в современном обществе:

- формирование денежных страховых фондов, из которых покрываются затраты, связанные с содержанием нетрудоспособных лиц;
- получение дохода от инвестирования средств этих фондов;
- сокращение разрыва в уровне материального обеспечения работающих и неработающих членов общества;
- повышение жизненного уровня различных социальных групп;
- достижение социально-политической стабильности в обществе;
- обеспечение максимальной социальной защиты для населения страны.

В странах с развитой рыночной экономикой система страхования от социальных рисков носит смешанный характер, включая государственные, частные институты, коммерческие и некоммерческие организации. Подобное ее построение позволяет обеспечить гарантированную социальную защиту граждан от рисков потери здоровья, трудоспособности и доходов.

Теперь рассмотрим более подробно классификацию рисков, имеющих место при страховании здоровья.

С. Н. Голубев, предлагает, на наш взгляд, наиболее точное определение страхования здоровья - это отрасль страхового дела, принимающая в качестве объекта страхования имущественный интерес, связанный с частичной или полной утерей здоровья под воздействием на организм застрахованного разного рода биоповреждающих факторов. Является инструментом возмещения ущерба, возникающего вследствие реализации разнообразных рисков.

Все риски страхования здоровья С. Н. Голубев, предлагает разделить на «риски первого порядка» и «риски второго порядка». Первые риски возникают в результате первичного воздействия на организм различных физических, химических и биологических процессов. Вторые являются следствием реализации рисков первого порядка. Кроме патологических процессов они могут включать и социально значимые последствия (потеря трудоспособности, инвалидность и др.), причиняющие в результате имущественный ущерб.

Представим указанные риски в приложении А, а также выделим связанные с ними страховые события и уточним соответствующие гарантии страховщика.

Одни и те же страховые события могут являться следствием реализации различных рисков. Например, инвалидизация или потеря трудоспособности может быть как следствием самого заболевания, так и следствием неправильно проведенного лечебно-диагностического действия, а обострение хронического заболевания может стать причиной профнепригодности, как вследствие самого патологического процесса, так и вследствие неэффективной терапии.

В медицинском страховании взятые риски компенсируются страховщиком при возникновении страхового случая в течение всего указанного в программе срока страхования. Ответственность страховщика по страховым событиям реализуется путем:

- оплаты медицинских услуг, полученных застрахованным по данной программе медицинского страхования;
- оплаты мероприятий по внешнему контролю качества медицинской помощи, оказанной в соответствии с программой медицинского страхования;
- организации и оплаты медицинской помощи в случае осложнений и получения застрахованным ущерба по вине медицинского персонала по материалам экспертизы;
- организации и оплаты медицинской помощи в случае осложнений и получения застрахованным ущерба по вине медицинского персонала по претензиям страхователя, поступившим в течение всего срока страховой ответственности.

Классическое медицинское страхование, по мнению Е. Ф. Дюжикова должно носить рисковый характер, т.е. страховое событие должно содержать признаки вероятности и случайности не только в факте наступления, но и по ходу оказания медицинской помощи. Поэтому выдача полиса на одну конкретную услугу непосредственно в медицинском учреждении является псевдострахованием.

Как важный источник финансирования здравоохранения медицинское страхование должно подвергаться систематическому анализу.

Таким образом, изучая финансовые показатели развития медицинского страхования и показатели деятельности субъектов рыночных отношений в этой сфере, можно определить современные тенденции рынка медицинского страхования, выделить его позитивные и негативные черты, определить недостатки финансовых потоков, существующих в этой области, а также отметить перспективы развития медицинского страхования.

Вопросы для контроля

- 1 Характеристика понятия «здоровье».
- 2 Характеристика индивидуального здоровья.
- 3 Характеристика общественного здоровья.
- 4 Факторы, влияющие на здоровье.
- 5 Характеристика групп здоровья.
- 6 Медицинское страхование: определение, цели.
- 7 Формы медицинского страхования.
- 8 Реализация страховых рисков: случайность, вероятность.
- 9 Виды социальных рисков.
- 10 Случай в медицинском страховании.
- 11 Ответственность страховщика по страховым событиям.
- 12 Рисковый характер медицинской услуги. Особенности псевдострахования.
- 13 Инструменты снижения частоты возникновения страховых случаев.
- 14 Что задает изучение финансовых показателей развития медицинского страхования?

Тесты

- 1 Дать более точное определение понятию «здоровье»:
 - а) нормальное физическое и психическое состояние и наличие резервов организма;
 - б) отсутствие острых, хронических заболеваний и состояний «предболезни»;
 - в) состояние постоянства внутренней среды организма, определяющее комфортное физическое и психическое состояние, наличие резервов организма, позволяющих ему адаптироваться в условиях окружающей среды.
- 2 Понятие «здоровье» бывает:
 - а) индивидуальным;
 - б) общественным;
 - в) индивидуальным и общественным.
- 3 Критериями общественного здоровья являются:
 - а) демографические показатели;

- б) заболеваемость населения;
- в) инвалидность населения;
- г) физическое развитие населения;
- д) все вышеперечисленное.

4 К демографическим показателям относятся:

- а) физическое развитие конкретного человека;
- б) рождаемость и смертность;
- в) средняя продолжительность жизни и естественный прирост населения;
- г) а + б;
- д) б + в.

5 На здоровье влияют следующие факторы:

- а) профессионально-производственные и социально-бытовые;
- б) финансово-экономические и климатогеографические;
- в) личностно-индивидуальные, государственно-социальные;
- г) все вышеперечисленные.

6 Сколько существует групп здоровья?

- а) одна;
- б) две;
- в) три.

7 Здоровые лица относятся к:

- а) к 1 группе здоровья;
- б) ко 2 группе здоровья;
- в) к 3 группе здоровья

8 Какие формы медицинского страхования законодательно разрешены в РФ?

- а) обязательное и добровольное медицинское страхование;
- б) индивидуальное и общественное медицинское страхование.

9 ОМС является:

- а) коммерческой отраслью страхования;
- б) составной частью обязательного социального страхования.

10 Введение медицинского страхования было связано с необходимостью:

- а) гарантировать гражданам реализацию их прав на охрану здоровья;
- б) сформировать страховые фонды за счет средств страхователей;
- в) стимулировать заинтересованность граждан в сохранении своего здоровья.

2 История медицинского страхования в России

Обязательная церковная и добровольная государственная благотворительность существовали в России, начиная с X века. Позднее лечение больных осуществлялось с помощью монастырских приказов и приказов общественного призрения.

Непосредственно медицинское страхование стало развиваться в стране в XIX веке.

Рассмотрим этапы развития медицинского страхования.

I этап - с 06.03.1861 г (принятие закона «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах») по 1866 г. - формирование промышленных обществ взаимного страхования.

Медико-социальное страхование известно в России с середины XIX века и получило название «цехового страхования». Суть его состояла в обеспечении ремесленников, типографских рабочих в случае их болезни, инвалидности, старости, производственной травмы, смерти кормильца. Средства на выплаты формировались за счет взносов самих рабочих.

В условиях развития капитализма в России, как и во многих западных странах (Германия, Франция, Италия, Австрия) появляются кассы рабочей взаимопомощи.

В соответствии с Законом Российской империи «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах» от 8 марта 1861 г. стали создаваться горнозаводские общества взаимного страхования (кассы взаимопомощи). Таким образом, возникает обязательное медико-социальное взаимное страхование. При этом использовались обязательные взносы из заработной платы горняков. За счет этих средств осуществлялись страховые выплаты рабочим в случае получения ими производственной травмы или заболевания, а также обеспечивались семьи погибших.

II этап – с 1866 г. (принятие закона о создании больниц при заводах и фабриках, имеющих 1000 и более работников) по 1917 г. – функционирование фабричной медицины и больничных касс.

Для финансирования таких больниц и оказания медицинской помощи рабочим использовались средства владельца завода или фабрики.

23 июня 1912 г. были приняты законы «О страховании рабочих от несчастных случаев» и «Об обеспечении рабочих на случай болезни». Согласно этим законам, были созданы Советы по делам страхования рабочих при Министерстве торговли и промышленности, а в наиболее крупных городах - страховые присутствия, на крупных предприятиях - больничные кассы и страховые товарищества. Оплата пребывания в больнице производилась за счет средств больничной кассы.

III этап – с 1917 г. – по 1919 г. – смена власти в стране, переход к полному медико-социальному страхованию с охватом всех граждан, независимо от их профессии.

Почти сразу после октябрьской революции 1917 г. в состав Земской Управы стал входить Страховой Комитет, который занимался вопросами медико-социального страхования.

22 декабря 1917 г. был принят декрет «О страховании на случай болезни». При этом возмещался полный заработок, а рабочие и служащие освобождались от уплаты страховых взносов. Такие взносы шли от работодателей (около 10 % от фонда оплаты труда участников больничных касс) и страховых товариществ для возмещения расходов на пособия в связи с болезнью, травмой и т.д. Также осуществлялось и социальное страхование. Всеми видами страхования должны были ведать страховые организации, построенные по территориальному принципу. Эти принципы вошли в историю под названием «ленинских».

В период военного коммунизма (1919 – 1921 гг.) медико-социальное страхование было отменено. 18 февраля 1919 г. утверждается Постановление Совета Народных Комиссаров «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному комиссариату здравоохранения», согласно которому всему населению страны медицинская помощь оказывается на бесплатной основе. Финансирование здравоохранения осуществлялось только государством до 1921 г., когда медико-социальное страхование вновь возобновляется. Поэтому, считаем нецелесообразным, включать данный временной промежуток в периоды развития медицинского страхования.

IV этап – с 15.11.1921 г. (принятие Постановления Совета народных Комиссаров «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом») по 10.09.1933 г – бурное развитие медико-социального страхования в период новой экономической политики (нэпа).

Развитие медико-социального страхования в период нэпа подробно рассмотрим на проведенном нами анализе ситуации на Урале в 20-е гг. XX века, когда временно страна шла к рыночной экономике.

В этот момент впервые появляется упоминание о страховых кассах после периода военного коммунизма, когда в стране действовало государственное социальное обеспечение.

Медико-социальное страхование охватывало лечебную помощь (при этом особое внимание уделялось развитию амбулаторной, стационарной помощи, родовспоможению, скорой помощи, санаторно-курортному лечению); выплате пенсий и пособий. Губернское страховое управление регистрировало предприятия, распределяло их по классу опасности, устанавливало размеры страховых взносов, которые были утверждены Правительством страны и зависели от опасности и вредности данного производства, влияющих на здоровье и трудоспособность наемных работников. В среднем размер страховых взносов колебался от 16 % до 22 % от фонда оплаты труда.

Структурно-функциональные взаимоотношения медико-социального страхования того времени представлены на рисунке 2.

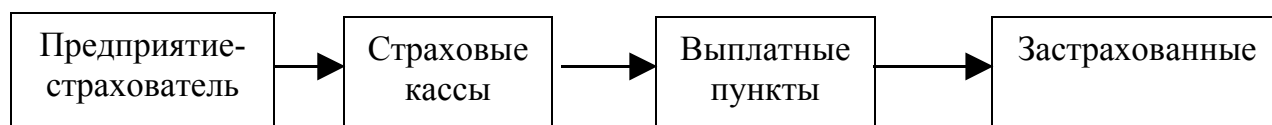


Рисунок 2 - Структурно-функциональные взаимоотношения медико-социального страхования в 20-е гг. XX века

Все кассы производили самостоятельно взимание страховых взносов и выполняли операции по всем видам страхования: временной нетрудоспособности, инвалидности и безработице. Страховые выплатные пункты, являясь подчиненными страховым кассам, производили те же операции, но без взимания взносов. Страховые выплатные пункты были открыты при всех более или менее крупных предприятиях области: этим в значительной степени достигалось приближение социального страхования к основной массе застрахованных - промышленным рабочим Урала.

Существуют данные, позволяющие проследить процентное соотношение крупных и небольших страховых касс на Урале в динамике (см. таблица 1).

Таблица 1 - Распределение страховых касс на Урале по их величине в 1923 – 1924 гг

Число застрахованных (чел.)	На 01.10.1923 г. в % к общему числу касс по РСФСР	На 01.10.1923 г. в % к общему числу касс по Уралу	На 1.10.1924 г. в % к общему числу касс по Уралу
До 5 тыс.	69,3	52,4	32,2
Свыше 5 тыс.	30,7	47,6	67,8

Таким образом, даже в 1923 г. количество крупных страховых касс области было достаточно велико (47,6 %), что составляло 30,7 % от общего числа крупных страховых касс по РСФСР. В 1924 г. их процент увеличился от 47,6 до 67,8. Страховые кассы на Урале занимали прочные позиции, являлись важным субъектом медико-социального страхования и занимали одно из лидирующих положений по стране в целом.

Далее следует отметить, что медико-социальное страхование области охватывало в основном промышленный пролетариат и государственные учреждения (см. таблица 2).

Таблица 2- Количество застрахованных лиц (%) по роду деятельности на Урале в 1923 г.

Название производств	Застрахованные, %
Горная промышленность	11,8
Металлургическая промышленность	30,8
Химическая промышленность	3,2
Текстильная и швейная промышленность	2,7
Пищевая промышленность	2,7
Кожевенное производство	2,0
Графическое и бумажное производство	1,1
Обработка дерева	1,0
Госучреждение нарсвязи	1,2
Госучреждения просвещения	2,9
Госучреждения учреждения и контроля	17,9
Торговля	6,6
Домашнее хозяйство	4,6
Сельское хозяйство	4,1
Строительное производство	2,1
Прочие	5,3

Как видно из таблицы, 77,3 % от общего числа застрахованных работали в промышленном производстве и государственных учреждениях.

О поступлении за 1923 – 1924 гг. страховых взносов дает представление таблица 3:

Таблица 3- Поступление страховых взносов в страховые кассы на Урале с октября 1923 г. по сентябрь 1924 г

Месяцы	Причиталось, тыс. р.	Поступило, тыс. р.	Отклонения, %
Октябрь - декабрь	2.285,9	1.291,1	56,5
Январь - март	3.045,8	1.998,2	65,6
Апрель - июнь	3.602,9	2.441,7	67,7
Июль - сентябрь	3.539,1	3.877,8	109,6
Итого за год	12.473,7	9.608,8	77,0

Поступления, составившие в первом квартале немного более половины причитающихся сумм, все время увеличивались за счет, главным образом, погашения прежней задолженности, что особенно резко сказалось в последнем квартале, когда поступления превысили даже цифру причитающихся взносов. Годовая же сумма поступлений составляла 77 % от причитающейся. Если к этому прибавить поступившие непосредственно в Уралсоцстрах 639,5 тыс.

рублей по старой - еще до районирования задолженности, то все взносы за год составят свыше 80 %.

Таким образом, по сравнению с 1923 г. поступления 1924 г. возросли в 3 раза. Несмотря на достигнутый успех в сборах страховых взносов, все же, согласно статистическим данным, годовая задолженность поступлений составила 2865 рублей.

Поступления по медико-социальному страхованию в 1923 – 1924 гг. распределялись следующим образом (см. таблица 4).

Таблица 4 - Распределение средств страховых взносов (1923 – 1924 гг.)

Месяцы	Поступило, тыс. р.	Распределено, тыс. р.			
		В фонд пенсий и пособий	В фонд лечебной помощи	Во всероссий ский запасный фонд	На орг. расходы
Октябрь- декабрь	1.291,1	849,0	226,5	147,5	68,1
Январь - март	1,998,2	1321,3	354,8	214,4	107,7
Апрель - июнь	2.441,7	1.495,8	574,3	249,5	122,1
Июль - сентябрь	3.877,8	2.392,2	904,4	373,2	208,0
Итого	9.608,8	6.058,3	2.060,0	984,6	505,9
%	100 %	63,1 %	21,4 %	10,2 %	5,3 %

Таким образом, большинство поступлений (63,1 %) поступало в фонд пенсий и пособий, представляющий собой местный операционный фонд страховых касс. До 1924 г. этот фонд подразделялся на три самостоятельно существующих фонда: «А», «Б», «С». В июле 1924 г. они слились, что дало возможность большего маневрирования страховыми средствами, перебрасывая свободные суммы одного фонда на помощь другому, более дефицитному.

На фонды пенсий и пособий, а также лечебной помощи, т.е. на непосредственную помощь застрахованным, отчислено было 84,5 % всех поступлений.

Наиболее распространенными страховыми случаями среди застрахованных были: инфекционные заболевания, затем – травмы (в основном производственные), болезни ЛОР-органов и органов дыхания (бронхит, пневмония).

Таким образом, страховые кассы Урала в 1923 – 1924 гг. активно осуществляли свою деятельность, имели тенденцию к укрупнению. Основными представителями застрахованных были работники тяжелой промышленности и государственных учреждений. Годовая сумма страховых поступлений была около 77 % запланированной суммы (несколько больше, чем по стране в целом). Нехватка средств восполнялась из бюджета. Собранные средства

расходовались на оказание лечебной помощи, в которой нуждалось значительное количество застрахованных, пенсионное обеспечение, выплату пособий. Наиболее распространенными страховыми случаями в медицинском страховании являлись обращения пациентов с инфекционными заболеваниями, производственными травмами, болезнями ЛОР-органов и органов дыхания. Открывались все новые больницы и поликлиники.

Из выступления научного руководителя Высшей школы экономики Евгения Ясина: «В 1924 году в СССР была создана одна из совершенных систем здравоохранения под руководством наркома Семашко».

После ликвидации частной собственности была образована единая государственная система социального обеспечения и социального страхования.

V этап – с 10.09.1933 г. (принятие Постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦСПС «О передаче всех средств, имущества и кадров социального страхования в подчинение ВЦСПС») по 23.03.1937 г. связан с тем, что с 1933 г. профессиональные союзы стали вносить в государственный бюджет часть средств социального страхования для финансирования бесплатной медицинской помощи всему населению страны.

Со временем, а именно с 23 марта 1937 г. Постановлением Совета Народных Комиссаров профессиональные союзы были освобождены от внесения средств в государственный бюджет на нужды здравоохранения. И, таким образом, функцию финансирования бесплатного медицинского обслуживания всего населения страны государство полностью взяло на себя.

При этом с введением остаточного принципа бюджетного финансирования ситуация в здравоохранении страны заметно ухудшилась и с этого этапа началось отставание в сфере здравоохранения от Великобритании, Германии и других развитых стран.

В дальнейшем принцип бюджетного финансирования здравоохранения в стране не менялся до начала 90 гг. XX века.

VI этап – с 1991 г. по настоящее время связан с возобновлением медицинского страхования в стране при переходе к рыночной экономике (принятие закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР № 1499-1).

Таким образом, проанализировав историческое развитие медицинского страхования, предлагается выделить 6 этапов. Далее проследим становление медицинского страхования на VI этапе его развития.

Вопросы для контроля

- 1 Характеристика первого этапа развития медицинского страхования.
- 2 Особенности второго этапа становления медицинского страхования.
- 3 Третий этап развития медицинского страхования.
- 4 Дать характеристику закону и Положению о страховании рабочих от несчастных случаев.
- 5 С какой целью были созданы больничные страховые кассы в 20-х гг. XX века в РСФСР?

6 Декреты Совета Народных Комиссаров. Государственное здравоохранение.

7 Характеристика четвертого этапа развития медицинского страхования в период нэпа.

8 Возврат страховых касс в период НЭПа.

9 Особенности пятого этапа развития медицинского страхования с 1933 года по 1937 год.

10 Государственная система социального страхования – профсоюзные производственно-отраслевые кассы и государственное здравоохранение.

12 Шестой этап развития медицинского страхования с 28.06.1991 года по настоящее время – введение обязательного и добровольного медицинского страхования в России.

Тесты

1 С X века по 1682 год в России существовала:

- а) обязательная церковная и добровольная государственная благотворительность;
- б) добровольная церковная и обязательная государственная благотворительность.

2 Лечение больных в России в средние века осуществлялось при помощи:

- а) монастырских приказов;
- б) приказов общественного призрения;
- в) а + б.

3 Началом развития медицинского страхования считается:

- а) 1903 г.;
- б) 1861 г.;
- в) 1917 г.

4 Во втором этапе развития медицинского страхования существовали:

- а) больничные (страховые) кассы;
- б) монастырские приказы;
- в) приказы общественного призрения.

5 Закон и Положение о страховании рабочих от несчастных случаев вышли в свет:

- а) в 1905 г.;
- б) в 1908 г.;
- в) в 1912 г.;
- г) в 1917 г.

6 С 30.10.1917 г. начинается:

- а) четвертый этап развития медико-социального страхования;
- б) первый этап развития медико-социального страхования;
- в) второй этап развития медико-социального страхования;
- г) третий этап развития медико-социального страхования.

7 Декреты Совета Народных Комиссаров в первые годы после революции 1917 г. были посвящены:

- а) государственному медико-социальному страхованию;
- б) добровольному медико-социальному страхованию;
- в) страхованию профессиональной ответственности.

8 В период нэпа имело место:

- а) финансирование здравоохранения только за счет средств бюджета;
- б) возврат страховых касс, оплата взносов страхователями и частичное бюджетное финансирование.

9 С 1933 по 1991 г. существовало ли в СССР медицинское страхование?

- а) да;
- б) нет.

3 Причины введения медицинского страхования в России при переходе к рынку

На момент распада СССР здравоохранение относилось к непроизводственной сфере, т.е. сфере, имеющей второстепенное значение и существующей за счет производственных отраслей. В 50 - 60 гг. XX века в стране преобладала инфекционная заболеваемость. Финансирование здравоохранения осуществлялось по остаточному принципу.

Для деятельности здравоохранения было характерно:

- планирование оперативной деятельности медицинских учреждений в соответствии с утвержденными вышестоящими органами показателями;
- составление смет расходов медицинских учреждений в соответствии с утвержденными планами;
- экстенсивное развитие отрасли.

Это, в свою очередь, привело к постоянному недостатку финансовых средств, необдуманному использованию имеющихся ресурсов, к отсутствию материальных стимулов для медицинских работников. Таким образом, здравоохранение не имело возможности влиять на демографические, социально-экономические, экологические проблемы, которые определяли условия жизни населения, а также состояние его здоровья.

При этом потребности населения в медицинской помощи на направления развития здравоохранения серьезно не влияли. Экономическим стимулом для развития лечебно-профилактического учреждения являлось увеличение планируемой сметы расходов, а также освоение бюджетно-сметных ассигнований в течение года.

В то же время нельзя категорически отрицать командно-административные методы управления. В здравоохранении целесообразно использовать комбинацию экономических и командно-административных методов.

С одной стороны, в медицине имеется ряд мероприятий, видов лечения, которые должны проводиться лечебно-профилактическими учреждениями без учета их экономической эффективности. Кроме того, необходимо обязательное заполнение соответствующей документации, соблюдение правил эксплуатации оборудования, техники безопасности и т.д. В этом, безусловно, помогает административный контроль.

Что касается обязательного контроля качества лечения, то здесь существенную роль играют квалифицированные внешние и внутренние экспертизы.

С другой стороны, экономическим методам управления отводится большая роль в рациональном использовании ресурсов, улучшении качества медицинских услуг и в достижении высоких объемов оказания медицинской помощи.

Отсутствие экономических методов управления в 70-80 гг. XX века привело к формированию кризиса советской системы здравоохранения,

который выражался в кризисе здоровья нации, недостатке финансирования и отсюда – в плохой оснащенности материально-технической базы и слабой заинтересованности медицинского персонала в качественной работе.

Качество и уровень медицинской помощи перестали удовлетворять и население. В обществе стало расти негативное отношение к работе учреждений здравоохранения. Данные процессы сочетались с ростом недовольства медицинского персонала условиями своей работы, отношением к их труду в обществе, отсутствием экономических стимулов.

В связи с дефицитом финансирования отрасли Правительство СССР в 1987 г. приняло Постановление «Основные направления и перестройка здравоохранения в двенадцатой пятилетке и до 2000 г.». В нем шла речь об улучшении деятельности медицинских учреждений за счет повышения эффективности и качества медицинской помощи. Отмечалось, что необходим переход на экономические методы управления здравоохранением.

Вначале предполагалось ввести хозяйственные договорные отношения, предоставление платных медицинских услуг.

Чертами нового хозяйственного механизма являлись:

- укрупнение организационных структур с целью создания более экономичных форм медицинских учреждений в виде территориальных медицинских объединений;

- бюджетное финансирование как основной финансовый источник;

- привлечение в качестве дополнительных источников финансирования внебюджетных средств через предоставление населению платных медицинских услуг;

- введение экономических нормативов «на душу населения» - подушевой норматив;

- введение хозрасчета, взаиморасчетов (взаимозачетов) между лечебно-профилактическими учреждениями и отдельными структурными подразделениями учреждений за медицинскую помощь, предоставленную ими в определенных объемах;

- арендный и бригадный подряд;

- оценка труда по показателям эффективности, коэффициентам трудового участия (КТУ);

- введение в работу лечебно-профилактических учреждений практики экономии ресурсов в виде дневных стационаров и стационаров на дому.

Модель нового хозяйственного механизма была претворена в жизнь в нескольких областях, а также в г. Москве.

Но, несмотря на новую модель планирования расходов на душу населения, на более прогрессивный метод оплаты труда медицинских работников, на внедрение ресурсосберегающих дневных стационаров, поток финансирования отрасли не увеличился, а даже уменьшился, так как основным источником финансирования оставался бюджет, а в стране нарастал экономический кризис.

Оказание же платных услуг как альтернативный источник финансирования себя не оправдал. В здравоохранении начал нарастать

финансовый дефицит. При этом превалировали командно-административные методы управления.

Доля государственных расходов на здравоохранение от внутреннего валового продукта в России в начале 90-х гг. составляла около 3,4 % (в сравнении – в США - 13,9 % при основной частной страховой модели финансирования здравоохранения), (см. таблица 5).

Таблица 5- Доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (ВВП) экономически развитых стран в начале 90-х гг.

Страна	% государственных расходов на здравоохранение в ВВП
США	13,9
Франция	9,7
Германия	9,0
Италия	8,3
Япония	7,4
Великобритания	7,1
Российская Федерация	3,4

Кроме того, отмечались неблагоприятные демографические показатели (см. таблица 6).

Таблица 6 - Основные демографические показатели РСФСР за 1980 - 1991 гг. (на 1000 человек)

Год	Число родившихся на 1000 человек	Число умерших на 1000 человек	Естественный прирост населения
1980	15,9	11,0	4,9
1985	16,6	11,3	5,3
1990	13,4	11,2	2,2
1991	12,1	11,4	0,7

Из таблицы 6 видно, что к 1991 г. произошло уменьшение рождаемости и наметилось увеличение смертности населения, как следствие – уменьшение естественного прироста.

Из-за сложной экономической обстановки и дефицита финансирования здравоохранения стала нарастать и заболеваемость населения.

Ситуация усложнялась еще и тем, что в начале 90-х годов начался процесс перераспределения собственности. Он привел к тому, что подавляющая часть учреждений здравоохранения оказалась в муниципальной собственности и в ведении органов местного самоуправления.

Таким образом, для улучшения сложившейся ситуации в финансировании здравоохранения требовались незамедлительные преобразования. И в 1991 г., учитывая зарубежный и отечественный опыт, в стране законодательно было введено медицинское страхование.

Вопросы для контроля

- 1 Характеристика советского здравоохранения.
- 2 Негативные тенденции, существующие в этот период.
- 3 Последствия бюджетного финансирования для функционирования медицинской отрасли.
- 4 Характеристика административных методов управления медицинским учреждением.
- 5 Характеристика экономических методов управления медицинским учреждением.
- 6 Составные части кризиса здравоохранения в 80-е гг. – начало 90-х гг.
- 7 Характеристика кризиса здоровья.
- 8 Характеристика кризиса финансирования.
- 9 Характеристика кризиса материально-технической базы.
- 10 Характеристика кризиса кадров. Роль оплаты труда в удовлетворенности профессией.
- 11 Усиление роли регионального управления здравоохранением.

Тесты

- 1 В 50-60 гг. XX века в СССР в основном заболеваемость населения была:
 - а) неинфекционной;
 - б) инфекционной
- 2 Развитие советского здравоохранения шло:
 - а) интенсивным путем;
 - б) экстенсивным путём
- 3 Верно ли утверждение, что в советском здравоохранении существовал принцип остаточного финансирования:
 - а) да;
 - б) нет
- 4 В советской системе здравоохранения преобладали:
 - а) экономические методы управления отраслью;
 - б) командно-административные методы управления
- 5 Основные черты командно-административной системы:
 - а) иерархическая многоуровневая подчиненность;

б) определение на уровне высших эшелонов управления отрасли целей развития отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения;

в) осуществление текущего контроля деятельности нижестоящих звеньев системы здравоохранения;

г) доведение до лечебно-профилактических учреждений обязательных к исполнению адресных плановых заданий;

д) все вышеперечисленное

6 Последствия преобладания командно-административных методов управления:

а) хронический дефицит финансовых средств;

б) неэффективное использование имеющихся ресурсов;

в) недостаточное или полное отсутствие материальных стимулов;

г) ограниченные возможности у здравоохранения влиять на демографические, социально-экономические, экологические факторы;

д) все вышеперечисленное

7 Указать набор мероприятий, при которых необходим административный контроль:

а) ведение медицинской документации;

б) соблюдение правил эксплуатации оборудования;

в) соблюдение техники безопасности;

г) все вышеперечисленное

8 Экономические методы должны использоваться в:

а) определении объема и качества оказываемых медицинских услуг;

б) рациональном использовании ресурсов медицинского учреждения;

в) все вышеперечисленное

9 Для достижения оптимальных результатов деятельности медицинского учреждения необходимо:

а) только административные методы управления;

б) только экономические методы управления;

в) сочетание административных и экономических методов управления

10 Кризис здравоохранения в 80-е гг.- начало 90-х гг. проявлялся по следующим направлениям:

а) кризис здоровья населения;

б) кризис финансирования отрасли;

в) кризис материально-технической базы;

г) кризис кадров;

д) все вышеперечисленное

4 Законодательно-нормативная база финансирования медицинского страхования

Введение медицинского страхования регламентировалось законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.1991 г. № 1499-1 02.04.1993 г. он был дополнен законом «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» № 4741 - 1.

В данных законах раскрываются правовые, экономические и организационные основы обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, определяются субъекты медицинского страхования: страхователи, застрахованные, страховые медицинские организации, медицинские учреждения.

Контролирующими органами в системе обязательного медицинского страхования стали внебюджетные государственные фонды ОМС.

Постановление Верховного Совета Российской Федерации «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» от 24.02.1993 г. № 4543-1 утвердило размер страховых взносов в Федеральный фонд ОМС - 0,2 % и территориальные фонды - 3,4 % по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям на предприятиях и организациях (в 2006 г. размер взносов составил 1,1 % и 2,0 % соответственно).

Кроме того, данное Постановление (п. 8) разрешило филиалам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в случаях отсутствия на соответствующей территории медицинских страховых организаций осуществлять обязательное медицинское страхование граждан.

Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 11.10.1993 г. № 1018 установило, что стоимость реализации территориальной программы на местах субъектов не должна быть менее стоимости реализации базовой Федеральной программы. Медицинские услуги, не входящие в программы обязательного медицинского страхования, реализуются путем добровольного медицинского страхования.

Сложившийся финансовый механизм обязательного и добровольного медицинского страхования представлен в приложении Б.

В данном постановлении были отмечены также финансовые средства системы обязательного медицинского страхования:

- страховые взносы предприятий, организаций на страхование работающих граждан;
- страховые платежи из бюджетов муниципальных образований на страхование неработающего населения с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение;

- доходы, получаемые от использования временно свободных финансовых средств системы обязательного медицинского страхования и нормированного страхового запаса;
- финансовые средства, взыскиваемые со страхователей, медицинских учреждений и других физических и юридических лиц (штрафы, пени и др.);
- добровольные взносы юридических и физических лиц;
- иные поступления, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

В настоящее время взносы на обязательное медицинское страхование включены в состав единого социального налога (ЕСН) в соответствии с Федеральным законом «О введении в действие части второй Налогового Кодекса РФ и внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ о налогах» от 05.08.2000 г. № 118. Учет перечислений контролируются органами казначейства РФ. После изменения ставки ЕСН, взносы в фонды ОМС за 2006 г. составили: 1,1 % - в Федеральный фонд и 2,0 % - в территориальный.

Что касается взносов за неработающее население, то Письмом Правления Федерального Фонда ОМС от 13.11.1997 г. № 4674 / 22-и «Об исчислении платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения» был утвержден порядок расчета платежей на ОМС неработающих граждан в субъектах Российской Федерации. В нем говорилось, что платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляются органами исполнительной власти субъекта РФ за счет средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах, и их оплата производится в территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Расчет платежа производился по формуле (1):

$$П_n = \frac{(Стп - Св - Пп)}{Ч_n}, \quad (1)$$

где $П_n$ - средняя величина платежа на страхование неработающего гражданина, проживающего на территории субъектов РФ;

$Стп$ - стоимость выполнения базовой программы ОМС на данной территории субъекта РФ;

$Св$ - сумма страховых взносов хозяйствующих субъектов за работающее население;

$Пп$ - прочие поступления;

$Ч_n$ - среднегодовая численность неработающего населения.

Выплата СМО страхового обеспечения медицинским учреждениям осуществляется, как правило, с использованием медико-экономических стандартов.

Медико-экономические стандарты представляют собой перечень заболеваний, по каждому из которых определены:

- а) необходимый объем лечебно – диагностических мероприятий;

б) сроки лечения;
в) категории сложности;
г) тарифы, определяющие стоимость лечения, и индексирующиеся с учетом уровня инфляции.

Медико-экономические стандарты могут быть федеральными, т.е. едиными для всей России, и территориальными, учитывающими сложившиеся особенности здравоохранения той или иной территории страны. В основу медико-экономических стандартов положен принцип формирования клинко-статистических групп (КСГ), или диагностически связанных групп (ДСГ) нозологических форм заболеваний. При формировании этих групп проводится анализ и статистическая обработка лечебно – диагностических технологий и их стоимости на значительной выборке пролеченных больных. Далее формируются группы, объединенные на основе диагноза, тяжести состояния, наличия сопутствующих заболеваний и т.д. Затем определяется усредненная стоимость лечебно – диагностического процесса в каждой группе больных. Вырабатываются критерии качества проведенного лечения.

Медико-экономические стандарты соответствуют гарантированному объёму медицинской помощи, предусмотренному базовой программой обязательного медицинского страхования, дифференцированы по уровню и задачам (центральная районная больница, специализированные и неспециализированные отделения городских больниц, Федеральные лечебно – профилактические учреждения и т.д.) Медико-экономические стандарты являются основой для оценки качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту. Хотя соответствие фактически выполненных профилактических, лечебно – диагностических мероприятий, процедур и манипуляций, заложенных в медико-экономических стандартах, не может полностью отражать конечные результаты деятельности медицинского персонала, однако степень выполнения МЭС в комплексе с другими показателями может быть использована для оценки качества лечения пациента, а также для выяснения вопроса о полной или не полной страховой выплате.

Теперь рассмотрим субъекты добровольного медицинского страхования. Ими являются:

- застрахованные граждане;
- страхователи: дееспособные физические или юридические лица;
- страховая медицинская организация или иная страховая организация, имеющая лицензию на данный вид деятельности;
- медицинские учреждения.

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, т.е. «соглашения между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного

медицинского страхования и добровольного медицинского страхования».

Договор считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

В договоре добровольного медицинского страхования указывается: предмет (обязательства страховщика по организации предоставления и оплате медицинских услуг застрахованным гражданам); срок действия договора (как правило, год, но возможно и несколько месяцев); численность застрахованных (при коллективной форме), страховая сумма и страховая премия; ответственность сторон; прочие условия, исковая давность; порядок разрешения претензий и споров.

Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинское учреждение и получение им услуг.

Исключения из страховых случаев:

- 1) покушение на самоубийство;
- 2) умышленное причинение себе телесных повреждений;
- 3) получение травмы в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 4) получение травмы или иного расстройства здоровья в результате совершения застрахованным умышленного преступления;
- 5) получение медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования, либо получение услуг в не предусмотренных медицинских учреждениях.

Договора и полисы медицинского страхования были утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации «О мерах по выполнению закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 23.01. 1992 г. № 41.

Это Постановление дало основу юридического взаимодействия в системе добровольного медицинского страхования:

- первый вариант - сервисный, когда страхователь оплачивает страховой взнос, обращается в медицинское учреждение, где ему оказывается медицинская услуга, медицинское учреждение выставляет счет страховой организации, которая его и оплачивает (см. рисунок 3).

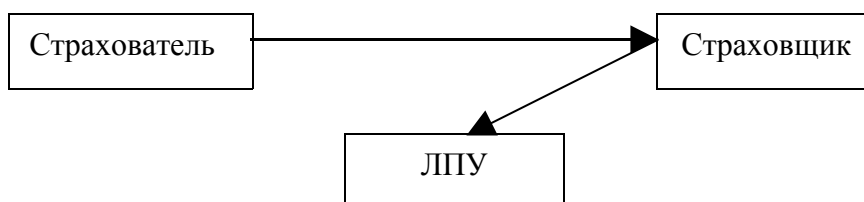


Рисунок 3 - Схема сервисного варианта финансового взаимодействия субъектов добровольного медицинского страхования

- второй вариант - компенсаторный, когда страхователь оплачивает страховой взнос, обращается в медицинское учреждение, где ему выставляется

счет на оплату медицинской помощи, затем страхователь самостоятельно его оплачивает и представляет копию счета и платежные документы за медицинское обслуживание страховщику, который в свою очередь оплачивает расходы клиента (см. рисунок 4).

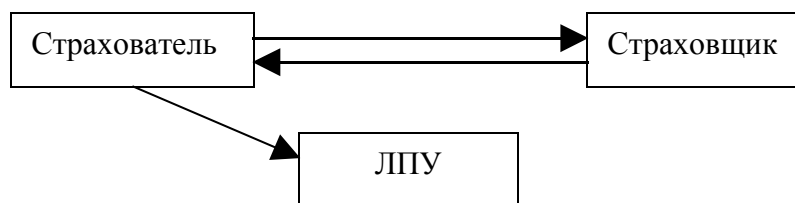


Рисунок 4 - Схема компенсаторного варианта финансового взаимодействия субъектов добровольного медицинского страхования

12 октября 1993 г. распоряжением Росстрахнадзора № 02-02-44 были утверждены «Примерные правила добровольного медицинского страхования», в которых представлена более четкая характеристика понятий системы ДМС и ее организации.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе правил и программ, составляемых страховщиками и утвержденными органом по надзору за страховой деятельностью. Тарифы по программам также устанавливаются страховщиками самостоятельно на основе цен на медицинские услуги ЛПУ. Порядок их расчета утверждается Федеральной службой по надзору за страховой деятельностью.

Значит, учитывая вышеизложенное, а также исследования С. Н. Голубева, можно выделить основные отличительные признаки двух форм медицинского страхования.

Таким образом, было положено начало формирования законодательной базы, разработана организационная структура медицинского страхования.

Рассмотрим некоторые результаты функционирования медицинского страхования.

С началом преобразований в медицинских учреждениях стали активно практиковаться новые организационные формы работы: так, 56,9 % медицинских учреждений открыли новые кабинеты и службы, а 40,9 % - использовали бригадный подряд. Во многих учреждениях предоставлялась возможность работы специалистам альтернативной медицины. Свыше половины из них (55,4 %) в условиях обязательного медицинского страхования сумели частично обновить свое оборудование и аппаратуру.

По данным социологических опросов главных врачей, введение обязательного медицинского страхования положительно сказывалось на работе отдельных учреждений: улучшались показатели работы (22,7 % ответов), повышался их авторитет у населения (29,1 %), улучшался психологический климат в коллективах (18,5 %). Кроме того, 42,9 % амбулаторно-поликлинических учреждений и 31,7 % стационаров приступили к работе по программам добровольного медицинского страхования.

Необходимо также отметить, что поставленные цели при внедрении обязательного медицинского страхования оказались реализованными лишь частично, а именно: была создана инфраструктура обязательного медицинского страхования, разработано соответствующее нормативно-методическое обеспечение, сформированы финансовые потоки, положено начало формированию системы защиты прав пациента.

Однако финансовый дефицит средств сохранялся: система здравоохранения финансировалась по остаточному принципу.

Руководителями Федерального фонда обязательного медицинского страхования был проведен анализ финансового обеспечения отрасли за ряд лет, позволивший сделать основной вывод - дефицит финансовых средств связан не только с неблагоприятной экономической ситуацией, но и с тем, что появление нового внебюджетного источника финансирования в значительной степени перекрывалось снижением бюджетных ассигнований.

В настоящее время активно обсуждается законопроект об обязательном медицинском страховании. Его сравнительная характеристика с действующим законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» приведена в приложении В.

Анализируя данное приложение, можно отметить следующее:

- в законопроекте расширяется перечень субъектов медицинского страхования - это Пенсионный фонд РФ, фонды обязательного медицинского страхования, (которые ранее к субъектам не относились), Министерство финансов РФ, органы управления здравоохранением, между которыми заключается многостороннее соглашение в отношении неработающего населения, а также страхователи, застрахованные, страховщики;

- страховщиками являются организации обязательного медицинского страхования, которые уже не имеют права заниматься добровольным медицинским страхованием (прерогатива универсальных страховых компаний), а также территориальные фонды ОМС, - но только на период отсутствия на данной территории организаций обязательного медицинского страхования, их филиалов и представительств;

- медицинские организации могут получать субвенции или субсидии от субъектов РФ на компенсацию повышенных расходов на медицинскую помощь гражданам;

- детализированы поступления на ОМС, например, из средств бюджета и Пенсионного фонда за пенсионеров и др.

Выбор страховщика разрешается застрахованным гражданам.

Согласно постановлению Правительства РФ от 19 апреля 2005 г. № 238 Пенсионному фонду РФ было разрешено финансировать в 2005 г. расходы на осуществление дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование (ОМС) неработающих пенсионеров пропорционально количеству, проживающему в субъектах РФ в размере до 9 млрд. р. - из расчета 300 р. в год на одного неработающего пенсионера.

Таким образом, законодательная база медицинского страхования включает в себя общее законодательство, специальное законодательство и ведомственные нормативные акты Федерального фонда ОМС.

Юридическое обеспечение медицинского страхования нуждается в постоянном совершенствовании. И в настоящее время активно обсуждается законопроект об обязательном медицинском страховании.

Для контроля за исполнением соответствующих законодательных актов предлагается проведение регулярного мониторинга функционирования рынка медицинского страхования с участием как внебюджетных фондов ОМС, так и Федеральной службы РФ по надзору за страховой деятельностью.

Вопросы для контроля

1 Дать характеристику причин принятия закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.91 года № 1499-1.

2 Основные цели и задачи закона.

3 Постановление «О мерах по выполнению закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 23.01.92 года № 41. Характеристика положений о типовом договоре, типовом полисе, страховых медицинских организациях и др.

4 Цели постановления Верховного Совета РСФСР «О досрочном введении в действие закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» № 2821 - 1 от 22.05.92 г.

5 Закон Российской Федерации «О страховых тарифах взносов в фонд социального страхования РФ, в государственный фонд занятости населения РФ и на обязательное медицинское страхование граждан на первый квартал 1993 года» от 25.12.92 г. № 4230 – 1.

6. Постановление Верховного Совета РФ «О порядке финансирования ОМС граждан на 1993 год» от 24.02.93 г. № 4543-1. Положение о Федеральном и территориальном фондах ОМС.

7 Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 24.02.93 года № 4741 - 1. Функции Федерального и территориального фонда ОМС.

8 Характеристика постановления Совмина - Правительства Российской Федерации «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 11.10.93 г. № 1018.

9 Перечень страхователей по ОМС, утвержденный в данном положении.

10 Источники финансирования ОМС.

Тесты

1 Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» № 1499-1 был принят:

- а) в 1990 г;
- б) в 1991 г;
- в) в 1992 г;
- г) в 1993 г.

2 Введение данного закона предусматривалось с:

- а) 1.01.91 г;
- б) 1.01.93 г;
- в) 1.01.95 г.

3 Закон был направлен на:

- а) формирование системы медицинского страхования;
- б) повышение качества медицинской и лекарственной помощи в объеме программ медицинского страхования;
- в) развитие профилактического направления медицины;
- г) создание дополнительного источника финансирования здравоохранения;
- д) все вышеперечисленное.

4 Постановлением «О мерах по выполнению закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 23.01.92 года № 41 были утверждены:

- а) типовой договор и медицинский полис ОМС работающих и неработающих
- б) базовая программа ОМС;
- в) положение о страховых медицинских организациях;
- г) положение о порядке выдачи лицензии на медицинское страхование;
- д) все вышеперечисленное.

5 Закон Российской Федерации «О страховых тарифах взносов в фонд социального страхования РФ, в государственный фонд занятости населения РФ и на ОМС граждан на первый квартал 1993 года» от 25.12.92 г. № 4230–1 определил размер взносов на ОМС с работающих, который равнялся:

- а) 2,3 % с фонда оплаты труда;
- б) 3,6 % с фонда оплаты труда;
- в) 5,4 % с фонда оплаты труда.

6 Постановление Верховного Совета РФ «О порядке финансирования ОМС граждан на 1993 год» от 24.02.93 г. № 4543-1 содержит:

- а) положение о Федеральном и территориальном фонде ОМС;

- б) положение о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды ОМС;
- в) все вышеперечисленное.

7 Отчисления с начисленной заработной платы работников в Федеральный и территориальный фонд ОМС за 2006 г. составляли:

- а) 1,1 % и 2,0 % соответственно;
- б) 0,5 % и 2,6 % соответственно;
- в) 3,4 % и 0,2 % соответственно;
- г) 1,7 % и 7,8 % соответственно.

8 Согласно законодательству филиалам территориальных фондов ОМС:

- а) разрешается самостоятельно осуществлять ОМС граждан;
- б) разрешается только в случаях отсутствия на соответствующей территории медицинских страховых организаций.

9 Направления деятельности фондов ОМС:

- а) организационно - экономическое;
- б) финансовое и контрольно-правовое;
- в) все вышеперечисленное.

10 Средства ОМС в соответствии с законодательной базой образуются за счет:

- а) страховых взносов предприятий в фонды ОМС и страховых платежей из бюджетов муниципальных образований;
- б) доходов от инвестирования временно свободных финансовых средств;
- в) штрафов, взыскиваемых с субъектов ОМС;
- г) добровольных взносов юридических и физических лиц и иных поступлений, не запрещенных законодательством РФ;
- д) все вышеперечисленное.

5 Обязательное медицинское страхование: цель, задачи, субъекты системы

Важным этапом для развития медицинского страхования в России явилось принятие закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28.06.91 г., который установил организационно-правовые отношения и определил субъекты ОМС (статья 2):

Страхователями, согласно закону, являются:

- для работающего населения руководители предприятий, организаций и учреждений не зависимо от формы собственности;
- для неработающего населения - администрация соответствующей административной территории. К неработающему населению относятся: дети, учащиеся и студенты дневных (очных) форм обучения, зарегистрированные в установленном порядке безработные и другие неработающие граждане, пенсионеры;
- граждане, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, предпринимательской деятельностью без образования юридического лица;
- граждане, занимающиеся в установленном порядке частной практикой (адвокаты, частные детективы, частные охранники, нотариусы);
- граждане, использующие труд наемных работников;
- лица творческих профессий, не объединенные в творческие союзы;
- крестьянские (фермерские) хозяйства;
- родовые семейные общины малочисленных народов Севера.

Правами страхователя являются:

- 1) участие во всех видах медицинского страхования;
- 2) свободный выбор страховой организации;
- 3) осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
- 4) возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Предприятие-страхователь кроме прав, перечисленных выше, имеет право на привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

- 1) заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
- 2) вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования;
- 3) в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
- 4) предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Застрахованные - граждане России, иностранные граждане, постоянно (183 дня в году) проживающие в РФ, лица без гражданства, постоянно проживающие в России.

Из системы обязательного медицинского страхования были исключены военнослужащие и приравненные к ним лица, согласно Приказу Министерства здравоохранения и медицинской промышленности «Об оказании медицинской помощи военнослужащим и гражданскому персоналу органов федеральной службы безопасности в учреждениях здравоохранения» от 14.08.1995 г. № 238.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) имеют право участвовать в медицинском страховании лишь при наличии лицензии и аккредитации - оценки соответствия имеющихся параметров деятельности медицинского учреждения и его обеспеченности кадрами, инвентарем и оборудованием действующим нормативным актам. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций.

Лицензия определяет объем и виды медицинской помощи, которые имеет право оказывать медицинское учреждение в системе медицинского страхования.

Внебюджетный государственный фонд ОМС - финансово-кредитное учреждение, аккумулирующее страховые платежи от страхователей территории по ОМС. Существуют Федеральный фонд ОМС в Москве и территориальные фонды на местах.

Цель создания Фонда ОМС: осуществить финансовое наполнение системы ОМС.

Основными задачами фонда ОМС являются:

- поставить на учет всех плательщиков страховых премий по ОМС,
- контролировать объем начисляемых и перечисляемых страховых премий, сроки перечисления;
- начислять штрафные санкции при несвоевременной оплате или полной неоплате страховых премий;
- производить финансирование медицинских страховых организаций на оплату медицинских услуг в системе ОМС;
- разрабатывать и утверждать нормативные акты в отношении работы всех субъектов системы ОМС;
- контролировать работу субъектов системы ОМС в соответствии с действующим законодательством;
- проверять целевое использование средств ОМС в медицинских страховых организациях и медицинских учреждениях.

Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования освобождаются от уплаты налогов по доходам от основной деятельности.

Страховые взносы в фонды ОМС за 2006 г. составили – 2,1 % от фонда оплаты труда работников, из них 1,1 % идет в Федеральный., а 2,0 % - в территориальный фонд.

Что касается взносов за неработающее население, то Письмом Правления Федерального Фонда ОМС от 13.11.1997 г. № 4674 / 22-и «Об исчислении платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения» был утвержден порядок расчета платежей на ОМС неработающих граждан в субъектах Российской Федерации. В нем говорилось, что платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляются органами исполнительной власти субъекта РФ за счет средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах, и их оплата производится в территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Расчет платежа производился по формуле 2:

$$П_n = \frac{(Стп - Св - Пп)}{Ч_n}, \quad (2)$$

где $П_n$ - средняя величина платежа на страхование неработающего гражданина, проживающего на территории субъектов РФ;

$Стп$ - стоимость выполнения базовой программы ОМС на данной территории субъекта РФ;

$Св$ - сумма страховых взносов хозяйствующих субъектов за работающее население;

$Пп$ - прочие поступления;

$Ч_n$ - среднегодовая численность неработающего населения.

Право осуществлять медицинское страхование имеют лишь те страховые компании, которые получили лицензию на медицинское страхование, при этом СМО может осуществлять только два вида страхования: обязательное и добровольное медицинское страхование.

Минимальный размер оплаченного уставного капитала страховщика при этом должен быть не менее 30 млн. р.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, по закону не должна превышать 10 % общего пакета акций страховой медицинской организации.

Основной задачей негосударственной страховой медицинской организации, осуществляющей обязательное медицинское страхование, является его проведение путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами ОМС, осуществление контроля за объемом и качеством медицинских услуг.

Страховая медицинская организация имеет право:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному

медицинскому страхованию;

- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному лицу по их вине.

Страховые медицинские организации обязаны:

- осуществлять свою деятельность на некоммерческой основе;
- заключать договора с МУ на оказание мед. помощи застрахованным;
- защищать интересы застрахованных;
- создавать страховые резервы.

В страховой медицинской организации создаются: резерв оплаты медицинских услуг (РОМУ), запасной резерв (ЗР), резерв предупредительных мероприятий (РПМ).

Их источниками являются:

- территориальный фонд ОМС, средства из него распределяются:
 - а) 92 % - в резерв оплаты медицинских услуг, но от суммы, оставшейся после оплаты медицинских услуг лечебно-профилактических учреждений;
 - б) 2 % - в запасной резерв;
 - в) 3 % - в резерв предупредительных мероприятий;
 - г) остальные 3% относятся на расходы по ведению дела.
- доходы от инвестирования: на резервы идет 70 % доходов, из них:
 - а) 80 % - в резерв оплаты медицинских услуг;
 - б) 15 % - в запасной резерв;
 - в) 5 % - в резерв предупредительных мероприятий.
- средства от штрафных санкций с лечебно-профилактических учреждений:
 - а) 10 % - в резерв оплаты медицинских услуг;
 - б) 70 % - в резерв предупредительных мероприятий.

Пример - За отчетный период в страховую медицинскую организацию поступило от территориального фонда ОМС - 500 тыс. р., оплачено медицинских услуг на сумму 450 тыс. р. Доходы от инвестирования в страховой медицинской организации составили 100 тыс. р. Получены штрафные санкции на сумму – 10 тыс. р. Сделать расчеты по формированию резервов.

Начислено в резервы от территориального фонда ОМС:

- в резерв оплаты медицинских услуг: $500000 \times 0,92 - 450000 = 10000$ р.
- в запасной резерв: $500000 \times 0,02 = 10000$ р.
- резерв предупредительных мероприятий: $500000 \times 0,03 = 15000$ р.

Начислено в резервы от доходов по инвестициям:

- в резерв оплаты медицинских услуг: $100000 \times 0,7 \times 0,8 = 56000$ р.
- в запасной резерв: $100000 \times 0,7 \times 0,15 = 10500$ р.
- в резерв предупредительных мероприятий: $100000 \times 0,7 \times 0,05 = 3500$ р.

Начислено в резервы от штрафных санкций:

- в резерв оплаты медицинских услуг: $10000 \times 0,1 = 1000$ р.
- в резерв предупредительных мероприятий: $10000 \times 0,7 = 7000$ р.

Общая сумма отчислений:

- в резерв оплаты медицинских услуг: $10000 + 56000 + 1000 = 67000$ р.
- в запасной резерв: $10000 + 10500 = 20500$ р.

- в резерв предупредительных мероприятий: $15000 + 3500 + 7000 = 25500$ р.

Инвестирование средств резервов происходит в государственные ценные бумаги и банковские вклады, причем средства от запасного резерва и резерва предупредительных мероприятий – только при условии возможности их срочного возврата.

Выплата страховой медицинской организации обеспечения лечебно-профилактическому учреждению осуществляется по утвержденным медико-экономическим стандартам.

Медико-экономический стандарт - это рассчитанный и утвержденный стандарт набора диагностических, лечебных мероприятий, а так же длительности лечения пациента при соответствующей определенной стоимостью. При оценке каждой медицинской услуги производится сопоставление фактических результатов с требованием стандарта. Соответствие данных параметров определяет качество медицинского обслуживания и необходимость полного или неполного страхового возмещения. Финансовые взаимоотношения в системе ОМС показаны на рисунке 5.

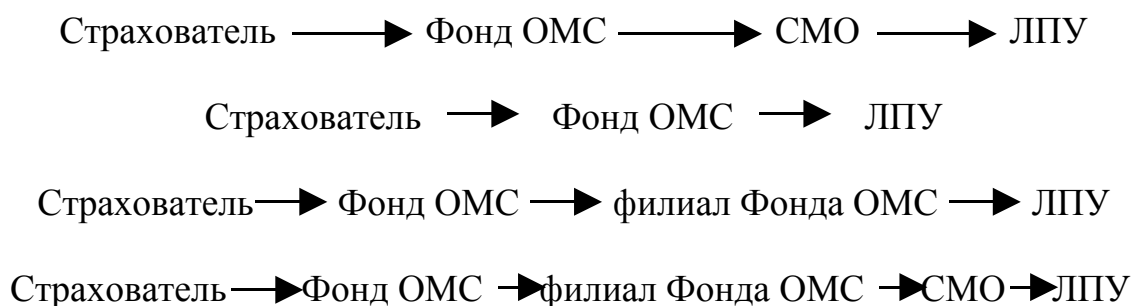


Рисунок 5 - Финансовые взаимоотношения в системе ОМС

Контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях - одна из основных задач страховой медицинской организации. Вневедомственная экспертиза качества оказания медицинской помощи застрахованным в лечебно-профилактических учреждениях проводится в двух направлениях:

- первое - чисто клиническое - анализ медицинской документации с целью выявления лечебно-диагностических дефектов,
- второе направление - информационно- технологическое, при котором определяются ошибки, сделанные врачами при заполнении статистических талонов и статистических карт, а также ошибки операторов при формировании счетов-реестров.

Перед каждой экспертизой проводится компьютерный анализ счетов-реестров с целью подбора потенциально дефектных случаев - в стационарах это случаи с летальными исходами, с третьей категорией сложности, с повторной госпитализацией в течение месяца, с ятрогенными (возникшими по вине врачей) заболеваниями, ухудшением состояния и переводами в другие отделения.

Для экспертизы в поликлиниках программа компьютера предусматривает подбор случаев амбулаторного лечения за прошедшие два месяца с последующей госпитализацией в течение текущего месяца, с продлением сроков лечения в дневных стационарах и стационарах на дому, выборку беременных, госпитализированных с осложнениями беременности, и диспансерных больных, госпитализированных с осложнениями основного заболевания.

Компьютерная программа по информационно-технологической экспертизе подбирает все случаи «двойников», когда на один и тот же законченный случай оформляют два и более счетов-реестров.

Значимую помощь для проведения целенаправленной и поэтому эффективной экспертизы дает проводимый компьютерный анализ работы медицинских учреждений, в ходе которого сравниваются объемы проведенной лечебно-диагностической помощи и стоимость лечения.

Это позволяет, в частности, выявить те лечебно-профилактические учреждения, в которых оформляются счета-реестры на оплату в страховые компании за медицинские услуги, не предусмотренные программой обязательного медицинского страхования.

По итогам проведенных экспертиз рассчитываются финансовые санкции, накладываемые страховой компанией на поликлиники и стационары. Существует их определенный перечень и конкретная стоимость каждой ошибки в оказании медицинских услуг.

Практика экспертизы показывает увеличение количества дефектов экономического плана. Это касается завышения категории сложности, а следовательно - количества стационарных койко-дней в счетах-реестрах, подаваемых на оплату в страховую медицинскую организацию, представления счетов за медицинские услуги, не включенные в программу ОМС, а также дубликатов на законченный случай. Клинический анализ проводится также и по жалобам застрахованных.

При проведении подобных экспертиз есть возможность установить этапность лечения по всем формам заболеваний, выявить, по каким из них лечение ведется преимущественно в стационарах или в поликлиниках, а по каким прослеживается преемственность: поликлиника - стационар, восстановительный центр - поликлиника.

Также можно определить загруженность и результативность новых организационных форм работы - стационаров на дому и дневных стационаров.

В результате оценки результатов работы по четким единым экономическим и клиническим критериям можно разработать эквиваленты дифференцированной оплаты всех лечебно-профилактических учреждений.

При этом страховые компании должны проводить оплату по счетам-реестрам с учетом не только количественных, но и качественных результатов работы медицинских учреждений.

Вопросы для контроля

- 1 Каковы цели и особенности ОМС?
- 2 Дать характеристику принципа солидарности в обязательном медицинском страховании.
- 3 Каковы задачи ОМС?
- 4 Состав субъектов ОМС.
- 5 Кто по закону может являться страхователем в ОМС?
- 6 Характеристика застрахованных по ОМС.
- 7 Медицинские учреждения. Их аккредитация и лицензирование.
- 8 Характеристика фондов ОМС. Цель создания и задачи фонда.
- 9 Страховые медицинские организации: основные задачи, формируемые резервы.
- 10 Права и обязанности страховых медицинских организаций.
- 11 Определение медико-экономического стандарта, его назначение.
- 12 Модели финансовых взаимоотношений субъектов в системе ОМС.
- 13 Направления вневедомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи застрахованным в медицинских учреждениях.
- 14 Особенности вневедомственной экспертизы в поликлиниках и стационарах.
- 15 Итоги проведения экспертиз. Финансовые санкции.

Тесты

- 1 Обязательное медицинское страхование является:
 - а) составной частью государственной системы социального страхования;
 - б) составной частью коммерческого страхования.
- 2 ОМС основывается на принципе:
 - а) эквивалентности;
 - б) солидарности.
- 3 Особенность ОМС заключается в том, что:
 - а) застрахованный платит сам страховые премии;
 - б) застрахованный, как правило, не платит сам страховые премии.
- 4 Цели ОМС:
 - а) предоставление социальной защиты различным категориям населения;
 - б) внедрение новых экономических отношений в систему здравоохранения;

- в) формирование полноценного механизма финансирования системы здравоохранения;
- г) все вышеперечисленное.

5 Страхователями при ОМС являются:

- а) руководители предприятий, организаций;
- б) руководители соответствующей административной территории;
- в) граждане, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью;
- г) фермерские хозяйства;
- д) все вышеперечисленное.

6 Застрахованными по ОМС могут выступать:

- а) граждане РФ;
- б) иностранные граждане, 183 дня в году и более проживающие в России;
- в) иностранные граждане, 163 дня в году и более проживающие в России;
- г) а + б;
- д) а + в.

7 Медицинские учреждения имеют право участвовать в медицинском страховании лишь при наличии:

- а) лицензии;
- б) аккредитации;
- в) а + б.

8 Страховые взносы в Фонды ОМС за 2006 г. составляли:

- а) 3,6 % - в Федеральный фонд ОМС и 0,2 % - в территориальный;
- б) 3,4 % - в Федеральный фонд ОМС и 0,2 % - в территориальный;
- в) 0,2 % - в Федеральный фонд ОМС и 3,4 % - в территориальный;
- г) 1,1 % - в Федеральный фонд ОМС и 2,0 % - в территориальный.

9 Задачи Фонда ОМС:

- а) поставить на учет всех плательщиков страховых премий по ОМС;
- б) контролировать объем перечисляемых страховых премий;
- в) начислять штрафные санкции при несвоевременной оплате премий;
- г) осуществлять финансирование медицинских страховых организаций и проверять целевое использование средств ОМС;
- д) все вышеперечисленное.

10 Страховые медицинские организации обязаны:

- а) осуществлять свою деятельность по ОМС на некоммерческой основе;
- б) заключать договора с медицинскими учреждениями на оказание помощи застрахованным;
- в) защищать интересы застрахованных;

- г) создавать страховые резервы;
- д) все вышеперечисленное.

11 Рассчитанный и утвержденный стандарт набора диагностических, лечебных мероприятий, а так же длительности лечения пациента при соответствующем заболевании с определенной стоимостью это:

- а) математический стандарт;
- б) медико-экономический стандарт.

Задачи

1 Гражданин, застрахованный по ОМС и предъявивший страховой полис, обратился за медицинскими услугами в поликлинику по месту жительства. После законченного случая лечения страховое обеспечение ему не было выплачено. Правомочно ли поступает страховая медицинская организация? Кому предназначено, в соответствии с законодательством, страховое обеспечение при ОМС?

2 Гражданин, приехав в другой город, обратился за медицинской помощью, имея на руках полис по ОМС. Окажут ли ему медицинскую помощь в рамках программы ДМС?

3 Имеет ли право врач «скорой помощи» отказать в оказании медицинской помощи больному, если у такого больного отсутствует полис ОМС?

4 Среднемесячный размер начисленной заработной платы работника государственного предприятия за 2006 г. составил 3000 р. При этом бухгалтерией был рассчитан размер отчислений в территориальный фонд ОМС – 102 рубля, в Федеральный фонд - 6 р. Правильно ли был произведен расчет?

5 Произвести расчет взносов в фонды ОМС, если размер начислений заработной платы работника 5400 р.

6 Перечислить источники средств ОМС. Какой из источников реально преобладает по поступлениям средств в настоящее время?

6 Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование представляет собой страховую защиту имущественных интересов застрахованного, связанных с его обращением в лечебно-профилактические учреждения за медицинской и лекарственной помощью по обоюдному согласию страхователя и страховщика.

Цель добровольного медицинского страхования - повышение качества оказания медицинских, лекарственных услуг, сервисного обслуживания за счет накопленных средств, а так же финансирование профилактических мероприятий.

Отличия добровольного медицинского страхования от обязательного:

- является коммерческим видом страхования;
- дополняет систему ОМС;
- основано на принципе эквивалентности (количество медицинских услуг пропорционально оплаченной страховой премии),
- имеет добровольную форму.

«Примерные правила добровольного медицинского страхования» были утверждены Распоряжением Росстрахнадзора № 02-02-44 от 12.10.1993 г., в них дается более четкая характеристика субъектов и системы организации добровольного медицинского страхования (страхователь, объект страхования, страховой случай, условия заключения договора ДМС, страховая сумма, страховые взносы, срок действия договора, порядок заключения и оформления договора страхования и др.)

Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» определил субъекты добровольного медицинского страхования (ст.2):

- застрахованный гражданин;
- страхователь;
- страховщик;
- медицинское учреждение.

Застрахованным может быть любой житель страны, иностранный гражданин и лицо без гражданства, проживающее на территории РФ и в отношении которого заключен договор ДМС.

Граждане РФ имеют право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора.

Страховщик в соответствии с правилами ДМС не возмещает медицинскому учреждению стоимость медицинских услуг, если застрахованный обратился с травматическим повреждением здоровья:

- в состоянии алкогольного, наркотического или токсического

опьянения;

- в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с повреждением здоровья;
- в результате покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованный был доведен до такого состояния третьими лицами;
- при умышленном причинении себе телесных повреждений;
- при грубой неосторожности, осознанном подвергании себя очевидной опасности, кроме случаев спасения жизни людей или ликвидации угрозы их жизни.

Обеспечение лекарственными средствами и предметами медицинского назначения предусматривается в правилах ДМС не всеми страховщиками в основном из-за высокой стоимости медицинских услуг.

На страхование берутся лица, не имеющие определенных состояний и заболеваний, в т.ч. психических, наркологических, онкологических и других, которые могут явиться закономерной причиной возникновения страхового случая.

Страхователь - дееспособное физическое и юридическое лицо любой организационно-правовой формы, зарегистрированное в соответствии с действующим законодательством.

Страховщиками могут быть лишь те компании, которые имеют лицензию на медицинское страхование, при этом страховые медицинские организации могут осуществлять только два вида деятельности: обязательное и добровольное медицинское страхование, а учет страховых операций, страховых платежей и страховых резервов осуществляется отдельно.

Неспециализированные страховые организации имеют право осуществлять дополнительно к другим видам страхования и добровольное медицинское страхование при получении лицензии на данный вид услуг.

Компании при этом оплачивают только те медицинские услуги, которые входят в соответствующую программу добровольного медицинского страхования.

Лечебно-профилактические учреждения имеют право участвовать в медицинском страховании лишь при наличии лицензии и аккредитации. Аккредитация – это оценка соответствия имеющихся параметров деятельности медицинского учреждения и его обеспеченности квалифицированными кадрами, оборудованием, инвентарем, медикаментами, санитарными условиями действующим нормативным актам.

Лицензия определяет объем и виды медицинской помощи, которые имеет право оказывать медицинское учреждение в системе медицинского страхования.

Финансовые взаимоотношения в системе ДМС:

- сервисный вариант оплаты - страхователь оплачивает страховой взнос, обращается в медицинское учреждение, где ему оказывается медицинская услуга, а оплату по счетам осуществляет страховщик;
- компенсаторный вариант оплаты - страхователь также оплачивает страховой взнос, обращается в медицинское учреждение, самостоятельно

оплачивает счет, и уже затем страховая компания полностью или частично компенсирует застрахованному его расходы после предоставления копий чеков и счетов за медицинское обслуживание.

Страховой взнос в добровольном медицинском страховании зависит от страхового тарифа на ту или иную медицинскую программу и размера страховой ответственности.

Рассмотрим его формирование.

Брутто-тариф (страховой тариф) состоит из процентного соотношения нетто-тарифа и нагрузки формула (3):

$$T_{бр} = T_n + H (\%), \quad (3)$$

где $T_{бр}$ - брутто-тариф;

T_n - нетто-тариф;

H - нагрузка, которая в свою очередь включает в себя формула (4):

$$H = РВД + РП, \quad (4)$$

где РВД – расходы на ведение дела;

РП - планируемая прибыль.

В добровольном порядке в нагрузку также может входить резерв предупредительных мероприятий.

В расчетах ведущее место занимает определение нетто-тарифа, который необходим для формирования соответствующего резерва выплат по данному договору. В свою очередь нетто - тариф состоит из основной и рискованной части формула (5):

$$T_n = T_o + T_p, \quad (5)$$

где T_n - нетто - тариф;

T_o - основная часть, которая рассчитывается по средней стоимости обращений за медицинской помощью в то или иное лечебно-профилактическое учреждение (количество обращений на одного застрахованного умноженное на стоимость медицинских услуг);

T_p - рискованная составляющая, учитывающая годовые колебания обращаемости за медицинской помощью (при этом используются статистические данные по обращаемости за несколько предшествующих лет).

Таким образом, тариф-брутто равен формула (6):

$$T_{бр} = \frac{T_n}{1 - H}, \quad (6)$$

где Т_{бр} - брутто-тариф;
Т_н - нетто - тариф;
Н - нагрузка.

Нагрузка, как правило, в договорах медицинского страхования составляет 10 – 20 % от брутто-тарифа, основная же часть для постоянного обеспечения выплат должна приходиться на нетто – тариф (90 – 80 %).

Пример расчета тарифа с использованием формул 2 - 5 по коллективному и индивидуальному медицинскому страхованию приведен нами в приложении Г.

Таким образом, для определения индивидуального тарифа страховщиков будут интересовать цены на медицинские услуги того или иного лечебно-профилактического учреждения, количество обращений за медицинской помощью на одного застрахованного.

Обычно право установления среднерыночных цен на медицинские услуги, реализуемые на рынке, закреплено в субъектах РФ за органами управления здравоохранением на основании законов о местном самоуправлении. Утвержденные прейскуранты цен на платные услуги выполняют функции среднерыночных цен.

Колебания фактических цен конкретных ЛПУ от их среднерыночных значений допускается Налоговым кодексом в размере не более 20 % (как в сторону повышения, так и в сторону понижения) без всяких налоговых последствий.

Кроме того, на тариф влияют также возраст, пол, группа здоровья застрахованного:

- 1 группа - здоровые лица (наименьший тариф);
- 2 группа - лица с функциональными отклонениями;
- 3 группа - лица с хроническими заболеваниями (наибольший тариф).

В правилах указывается, что договоры добровольного медицинского страхования должны заключаться без предварительного медицинского освидетельствования. Однако страховщик имеет право применить его в целях определения группы риска и дифференциации страховых премий.

Существует несколько вариантов наиболее распространенного страхового обеспечения:

- полная страховая ответственность - страховщик обеспечивает застрахованному оплату амбулаторных и стационарных медицинских услуг по перечню;
- амбулаторное лечение - страховщик оплачивает только амбулаторно-поликлиническую помощь по выбранному страхователем перечню услуг и учреждений;
- стационарное лечение - страховщик оплачивает только стационарную помощь.

Значит, учитывая вышеизложенное, можно выделить основные отличительные признаки двух форм медицинского страхования, которые отражены в приложении Д.

Таким образом, добровольное медицинское страхование дополняет программы обязательного страхования, обеспечивает доступ к высоким технологиям в медицине, является коммерческим видом страхования и осуществляется по желанию страхователя.

Вопросы для контроля

- 1 Цель добровольного медицинского страхования.
- 2 Характеристика ДМС и отличия его от ОМС.
- 3 Распоряжение Росстрахнадзора «Примерные правила добровольного медицинского страхования» от 12.10.1993 г. № 02-02-44.
- 4 Перечень субъектов ДМС.
- 5 Характеристика страхователя, застрахованного гражданина.
- 6 Особенности страховщика по ДМС.
- 7 Медицинские учреждения, требования к осуществлению ДМС.
- 8 Варианты финансовых взаимоотношений в системе ДМС.
- 9 Виды страхования медицинских расходов.
10. Характеристика тарифов по ДМС.
- 11 Группы риска застрахованных. Повышающие и понижающие коэффициенты.
- 12 Характеристика платных медицинских услуг.
- 13 Особенности программ ДМС.
- 14 Перечислить виды услуг, входящих в программы ДМС.

Тесты

- 1 Целью ДМС является:
 - а) гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение качественной медицинской помощи и высокого сервиса;
 - б) гарантировать гражданам при возникновении страхового случая выплату в размере страховой суммы.
- 2 К какому виду медицинского страхования относятся признаки: является отраслью коммерческого страхования, основано на принципе эквивалентности; осуществляется на добровольных и договорных началах?
 - а) ОМС;
 - б) ДМС.
- 3 Распоряжение Росстрахнадзора «Примерные правила добровольного медицинского страхования» от 12.10.1993 г. № 02-02-44 характеризует:
 - а) субъекты ДМС;
 - б) систему организации ДМС;
 - в) порядок заключения и оформления договора ДМС;
 - г) все вышеперечисленное.

4 Субъектами добровольного медицинского страхования являются:

- а) застрахованный гражданин;
- б) страхователь;
- в) страховщик;
- г) медицинское учреждение;
- д) все вышеперечисленное.

5 Страховщиком по ДМС может выступать:

- а) страховая медицинская организация;
- б) неспециализированная страховая организация;
- в) а + б.

6 Застрахованным по ДМС может выступать:

- а) любой житель страны, в отношении которого заключен договор ДМС;
- б) иностранный гражданин, находящийся на территории РФ, и в отношении которого заключен договор ДМС;
- в) а + б.

7 Страхователем по ДМС может выступать:

- а) дееспособное физическое лицо;
- б) юридическое лицо;
- в) а + б.

8 Финансовое взаимоотношение в системе ДМС бывает в виде:

- а) компенсаторного варианта;
- б) затратного варианта;
- в) сервисного варианта;
- г) а + б;
- д) а + в.

9 Объем страхового покрытия в ДМС включает:

- а) полное страхование медицинских расходов;
- б) частичное страхование медицинских расходов;
- в) страхование расходов только по одному риску;
- г) все вышеперечисленные.

10 Тариф ДМС бывает:

- а) полный (комбинированный);
- б) с использованием франшизы;
- в) с лимитом ответственности страховщика;
- г) динамический;
- д) все вышеперечисленные.

11 Размер тарифа в ДМС зависит от:

- а) от возраста и места работы застрахованного;

- б) группы здоровья застрахованного;
- в) вида договора;
- г) все вышеперечисленное

Задачи

1 Страховая медицинская организация отказала гражданину в заключение договора добровольного медицинского страхования. Какими причинами мог быть вызван отказ?

2 Гражданин, застрахованный по обеим формам медицинского страхования, обратился за помощью в медицинское учреждение, не имеющее договора по ДМС со страховой медицинской организацией. Будет ли ему оказана помощь в рамках программы ДМС? В рамках программы ОМС?

3 В какую сторону будет меняться размер тарифа:

- а) с учетом возраста застрахованного?
- б) с учетом группы здоровья застрахованного?
- в) с учетом вида договора?

4 Правомочно ли заключение договора ДМС и вручение страхователю монополиса на конкретную услугу в стенах медицинского учреждения?

5 Обязана ли страховая организация заключать договоры с медицинскими учреждениями, которые будут осуществлять оказание помощи застрахованным в рамках программ ДМС?

7 Программы медицинского страхования

Начиная с 23 января 1992 г. в РФ действовала «Базовая программа обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации», которая была утверждена постановлением Правительства РФ от № 41 «О мерах по выполнению закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР». И в обязательном медицинском страховании были предусмотрены базовая и территориальная программы. Базовая программа формировалась и ежегодно утверждалась органами законодательной власти РФ. В ней содержался перечень медицинских услуг и лекарственного обеспечения, предоставляемых населению за счет средств ОМС.

На основе базовой программы ОМС в регионах органами местной законодательной власти с участием территориального фонда ОМС ежегодно формировалась территориальная программа с указанием ее общей стоимости, причем объем территориальной программы не должен был быть меньше объема базовой программы ОМС.

Гражданам РФ Базовой программой гарантировалось:

- первичная медико-санитарная помощь, включая скорую медицинскую помощь, диагностику и лечение в амбулаторных условиях, неотложную и доврачебную помощь;

- мероприятия по профилактике заболеваний;

- стационарная помощь.

Перечень заболеваний, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий разрабатывался и утверждался Министерством здравоохранения РФ по согласованию с Министерством экономики и финансов РФ, а также участием профсоюзных органов.

Объем лекарственной помощи указывался в территориальной программе ОМС. Оплата необходимых медикаментов и изделий медицинского назначения в стационаре и при оказании скорой и неотложной помощи осуществлялось за счет страховых взносов по ОМС, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях - за счет личных средств граждан.

Вскоре в Базовую программу были внесены корректировки и четко обозначен объем медицинских услуг, предоставляемых за счет бюджетных средств. В утвержденном федеральным фондом ОМС 19 августа 1993 г. «Временном порядке финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан» был приведен «Примерный перечень учреждений здравоохранения, видов медицинской помощи и других мероприятий, финансируемых за счет средств бюджетов государственной, муниципальной системы здравоохранения». Он включал в себя:

- а) финансирование медицинских учреждений и служб, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях и прочих учреждений здравоохранения:

- 1) учреждений психиатрической службы;

- 2) учреждений наркологической службы;

- 3) учреждений противотуберкулезной службы;
 - 4) центров по борьбе со СПИДом;
 - 5) домов ребенка;
 - 6) санитарной адаптации: отделений экстренной планово-консультативной помощи;
 - 7) санаториев системы здравоохранения;
 - 8) центры медицинской профилактики;
 - 9) станций (отделений, кабинетов) переливания крови;
 - 10) бюро судебно-медицинской экспертизы и судебно-психологической экспертизы; патолого-анатомическое бюро;
 - 11) медицинских библиотек;
 - 12) централизованных бухгалтерий;
 - 13) бюро медицинской статистики;
 - 14) баз и складов специального медицинского снабжения;
 - 15) трахоматозных диспансеров;
 - 16) лепрозориев;
 - 17) молочных кухонь;
 - 18) центров планирования семьи и репродукции;
 - 19) кожно-венерологических диспансеров — за лечение больных венерическими заболеваниями;
 - 20) медицинский персонал, финансируемый за счет бюджета здравоохранения и обслуживающих учреждения образования и социальной защиты;
 - 21) финансирование дорогостоящих видов диагностики и лечения по перечню, утвержденному Минздравом РФ, органами управления здравоохранением субъектов РФ;
 - 22) финансирование оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф;
 - 23) государственных капитальных вложений;
 - 24) приобретения дорогостоящего оборудования по перечню, утвержденному Минздравом РФ, органами управления здравоохранением, Федеральным и территориальными фондами обязательного медицинского страхования;
 - 25) профессиональной подготовки и переподготовки кадров;
 - 26) научных исследований;
 - 27) целевых программ, утвержденных в установленном порядке.
- б) смешанное финансирование в объемах, согласованных органами управления здравоохранением и территориальными фондами обязательного медицинского страхования:
- 1) в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
 - 2) бесплатное и льготное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения граждан по перечням, утвержденным в установленном порядке;

3) оплата проезда больным, направляемым в установленном порядке в учреждения здравоохранения, научно-исследовательские институты Федерального уровня;

4) зубное протезирование граждан, имеющих льготы в установленном порядке.

На каждой территории принималось решение о порядке финансирования станций скорой и неотложной медицинской помощи, участковых больниц, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебно-физкультурных диспансеров, инфекционных больниц, больниц сестринского ухода, хосписов, а также капитального ремонта учреждений здравоохранения территорий.

Данный перечень послужил основой для выделений направлений бюджетного финансирования системы здравоохранения и не претерпевал значительных изменений в течение последующих лет и, соответственно, не включался в программу (базовую и территориальную) ОМС.

11 сентября 1998 г. было принято Постановление Правительства РФ №1096 «Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью», которая заменила базовую программу ОМС и строго определила объем и виды медицинской помощи, оказываемые за счет бюджетных средств и за счет средств ОМС. Таким образом, все остальные виды медицинской помощи и сервиса оказываются в настоящее время на условиях платных услуг или добровольного медицинского страхования.

Финансирование программы осуществляется за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других источников.

Органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают территориальную программу государственных гарантий, которая может предусматривать дополнительные объемы и виды медицинской помощи за счет средств субъектов РФ.

В соответствии с данной программой бесплатно предоставляется:

1) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (диспансерное наблюдение), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

3) стационарная помощь:

-при острых заболеваниях и обострениях хронических, отравлениях и травмах, требующих интенсивного лечения, круглосуточного наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

-при патологии беременности, родах;

-при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного лечения.

При скорой помощи и стационарном лечении должна оказываться бесплатная лекарственная помощь;

4) медицинская помощь, предоставляемая населению за счет бюджетов всех уровней:

а) федерального бюджета – медицинские услуги, оказываемые в федеральных медицинских учреждениях, в т.ч. дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития РФ;

б) бюджетов субъектов РФ, муниципальных образований - скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при венерических заболеваниях, туберкулёзе, СПИДе, психических расстройствах, наркологических заболеваниях, при беременности, абортах по медицинским и социальным показаниям, родах и послеродовом периоде, при врожденных аномалиях, деформациях и хромосомных нарушениях у детей, отдельных состояниях, возникающих в перинатальный период.

За счет бюджетных средств осуществляется диспансерное наблюдение здоровых детей, льготное лекарственное обеспечение, и протезирование, а так же содержание медицинских учреждений

В программе приведены подушевые нормативы финансирования здравоохранения, которые отражают размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека. Расчет данных показателей осуществляется на каждой территории субъектов федерации по утвержденной методической рекомендации.

Сделав вывод, что медицинское страхование необходимо как источник финансовых ресурсов, рассмотрим его конкретную роль в обеспечении населения Оренбургской области бесплатной медицинской помощью.

Для этого обратим внимание на территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Оренбургской области бесплатной медицинской помощи на 2005 г., которая была утверждена администрацией области в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2004 г. № 690 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год».

Задачами данной программы явились – обеспечение потребности населения Оренбургской области в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения; обеспечение соответствия объемов помощи, предоставляемой медицинскими учреждениями, территориальным нормативам и стандартам.

Анализируя сводный баланс расчетной и утвержденной стоимости программы по источникам финансирования на 2005 г. (см. приложение Е), можно сделать вывод, что расчетная стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в

Оренбургской области бесплатной медицинской помощи на 2005 г. - 6281 млн. р., в том числе средства бюджета – 2750,6 млн. р. (43,8 %), стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования – 3530,4 млн. р. (56,2 %). Стоимость же утвержденной программы Финансовым управлением области, Главным управлением здравоохранения и исполнительной дирекцией областного фонда обязательного медицинского страхования - 5886,1 млн. р. (дефицит составил 6,3 %). В том числе выделено средств областного бюджета - 2520,8 млн. р. или 42,8 %, дефицит - 8,4 %, (на одного жителя области пришлось 1165,6 р.); средства из федерального бюджета на целевые дорогостоящие программы не выделялись; средств обязательного медицинского страхования утверждено на сумму 3365,3 млн. р. или 57,2 %, дефицит с расчетной стоимостью составил 4,7 % (на одного жителя области пришлось 1556,2 р.).

Очевидно, что преобладающим источником финансирования медицинской помощи на территории Оренбургской области являются именно средства обязательного медицинского страхования. Утвержденный объем финансирования программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Оренбургской области бесплатной медицинской помощи на 2005 г. является дефицитным, в основном за счет средств областного бюджета (8,4 %).

Подчеркнув важность средств обязательного медицинского страхования, проанализируем отчет об исполнении бюджета Оренбургского Областного фонда ОМС за 2001-2005 гг. (см. приложение Ж). Доходы фонда из года в год растут в основном за счет взносов из бюджета за неработающее население - 2142760 тыс. р. или 65,15 % доходов за 2005 г., ЕСН - 1114976 тыс. р. или 33,91 % за 2005 г., других налогов - 19192 тыс. р. или 0,58 % за 2005г., прочих поступлений (штрафы, пени и т.д.) - 11867 тыс. р. или 0,36 %.

Таким образом, всего доходы составили 3288795 тыс. р., темп прироста доходов + 39,77 %.

Так как выплаты по ОМС составляют 97-98 % от взносов, то и расходы фонда растут пропорционально доходам. А именно – на финансирование территориальной программы ОМС было потрачено в 2005 г. 3212697 тыс. р. или 97,35 % от всех расходов, на содержание фонда и его филиалов - 50930 тыс. р. или 1,55 % (темп прироста с 2004 г. отрицательный – 11,43 %), на финансирование мероприятий по здравоохранению потрачено 35000 тыс. р. или 1,06 % расходов, на прочие расходы (пропаганда ОМС, списание безнадежных долгов и т.д.) - 1000 тыс. р. или 0,03 %.

Таким образом, всего расходы за 2005 г. составили 3299627 тыс. р., т.е. превысили доходы. Темп прироста расходов + 40,90 %.

Следовательно, объем денежных средств Областного Оренбургского фонда ОМС ежегодно увеличивается, преобладающим источником являются взносы администрации территории за неработающее население и поступления от единого социального налога. Денежные средства (97-98 %) в основном используются на оплату медицинских услуг и финансирование территориальной программы ОМС, расходы на ведение дела составляют около

1,55 % всех расходов.

Программы добровольного медицинского страхования разрабатываются в соответствии с потребностями каждого клиента – физического лица или сотрудников трудового коллектива, а также в соответствии с возможностью заплатить страховой взнос.

Стоимость медицинских услуг определяется медицинскими учреждениями, и учитываются страховщиками при расчете стоимости программ ДМС.

Программа ДМС зависит от объема страхового покрытия:

- полное страхование медицинских расходов (амбулаторное, стационарное и реабилитация),
- частичное страхование медицинских расходов (один из этапов лечения
- амбулаторно-поликлиническое, стационарное, санаторно-курортное и т.д.),
- страхование расходов только по одному риску (узко специализированный вид лечения, диагностики, реабилитации).

Представим алгоритм выбора того или иного страхового продукта потенциальным страхователем (см. рисунок 6).

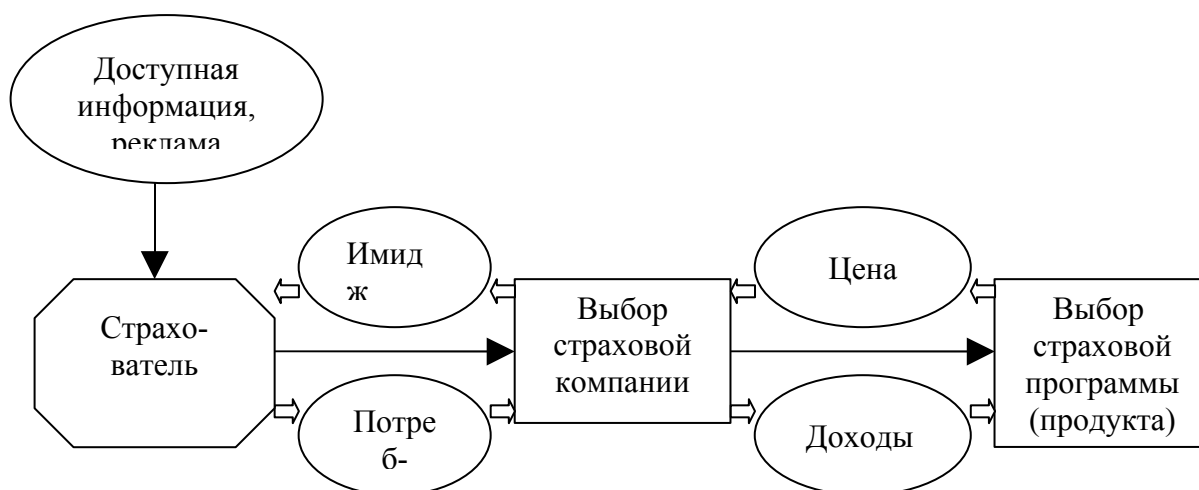


Рисунок 6 - Факторы, действующие на выбор страхового продукта страхователем

Таким образом, на первом этапе страхователь получает информацию о страховой компании и ее услугах. Затем определяет свои потребности и оценивает имидж компании. На втором этапе страхователь выбирает себе партнера по страховому договору, соотнеся свои доходы и цены на страховые услуги.

Основными положениями по формированию страхового продукта являются:

- четкое описание программы (дополнение к территориальной программе ОМС), и соответствие стоимости содержанию, т.е. научное ценообразование;

- оптимальная тарифная политика, учитывающая значение частоты обращений за амбулаторной и стационарной помощью по каждому заболеванию с дифференциацией значений по группам здоровья, возрасту, полу и факторам риска для каждого застрахованного;

- возможность индивидуального подбора медицинских услуг (страхователь из предложенного перечня мог бы выбрать для себя необходимое);

- применение внешней экспертизы качества медицинской помощи, возможность применить к программе медико-экономические стандарты и ограничить необоснованные диагностические назначения;

- возможность перестраховать программы с большой стоимостью у другого страховщика (передовые технологии лечения, трансплантология, генетические программы, кардиохирургия и др.), тем самым, поделив страховую ответственность.

Кроме того, в соответствии с современными маркетинговыми направлениями также необходимо:

- 1) комплексное исследование рынка здравоохранения (рынок производителей, рынок покупателей, рынок медицинских услуг, фармакологический рынок, рынок медицинского оборудования). Так как для того, чтобы начать разрабатывать какой-либо продукт необходимо сначала изучить основные тенденции, существующие на взаимосвязанных рынках. Рынок производителей медицинских услуг представляет собой совокупность лечебно-профилактических учреждений, рынок покупателей - сегментация по определенным критериям физических и юридических лиц, пользующиеся медицинской помощью, рынок медицинских услуг - наличие видов медицинской помощи на данной территории; фармакологический рынок - совокупность лекарственных средств, доступных населению, конкурирующие фармакологические компании и т.д. (см. рисунок 7);

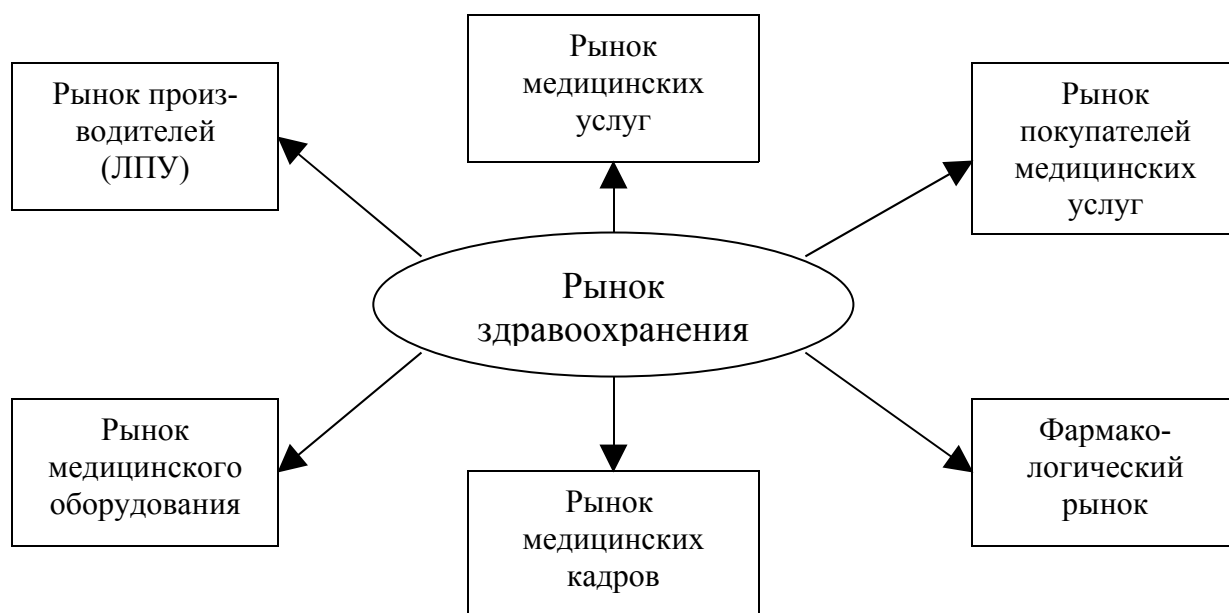


Рисунок 7 – Составные элементы рынка здравоохранения

2) формирование страхового продукта - медицинской программы с учетом особенностей региона, в данном случае Оренбургской области (экологически загрязненная, йододефицитная зона, с большим процентом износа основных средств производства), характера заболеваемости (травматизм, сердечно-сосудистые заболевания, онкология, социально значимые болезни), спроса, сезонности, тенденций развития медицинских технологий и др. Учет особенностей региона необходим при разработке практически любого вида страхового продукта. Так для Оренбургской области характерен высокий процент заболеваний дыхательной системы (экологический фактор), щитовидной железы (причина - недостаток йода), высокий травматизм и т.д. Сезонную направленность должны иметь такие программы как «Профилактика гриппа», «Профилактика гепатита А» и др.;

3) профилактическая направленность страхового продукта (проведение превентивных мероприятий по снижению заболеваемости на предприятиях: производственная гимнастика, витаминотерапия, озонотерапия, применение антиоксидантов; премирование здоровых лиц совместно с администрацией предприятия, фирмы). Данные мероприятия позволят снизить частоту заболеваний, а значит - и число страховых случаев у застрахованных работников. Средства для этих целей предусматриваются страховщиками в структуре страхового тарифа;

4) целенаправленность содержания медицинских программ для различных слоев населения. Для привлечения большего количества страхователей в страховые компании страховщику необходимо ориентироваться не только на VIP-клиентов, но и на другие категории населения, иметь более широкий перечень недорогих программ (см. рисунок 8);

5) активное продвижение программ по добровольному медицинскому страхованию и страхованию от несчастного случая в сферы строительства, промышленности, сельского хозяйства, где проведенный нами анализ выявил низкий процент застрахованных.

Согласно принципу финансовой эквивалентности обязательств, цена страхования должна быть равна теоретической себестоимости страхования. В медицинском страховании цена страхового продукта определяется стоимостью медицинских услуг и величиной страхового тарифа.

Однако для того, чтобы привлечь желающих в страховые компании все-таки необходимо снизить стоимость страхования из-за низкой платежеспособности основной части населения. Это возможно в следующих случаях:

- предоставление скидок для больших групп застрахованных, так как при значительных объемах происходит более эффективное использование площадей, более рациональное распределение расходов медицинского учреждения. Поскольку при незначительном количестве застрахованных медицинское учреждение не пойдет на снижение собственных цен, следовательно, стоимость может уменьшиться за счет снижения качества и объема медицинских услуг.



Рисунок 8 - Содержание медицинских программ для разных сегментов рынка потребителей

- создание относительно недорогих программ типа «Офисный врач», основанной на уменьшении затрат за счет изменения организации и тактики медицинского обслуживания без ущерба для качества лечения пациентов. Экономия средств происходит за счет того, что медицинская помощь на первом этапе осуществляет врач общей практики, работающий в страховой компании, оснащенный современным компактным медицинским оборудованием. При этом такой специалист может выезжать домой или в офис.

- создание специальных продуктов - узких программ для определенного вида медицинского обслуживания, например, программы для работников конкретной отрасли производства, профилактики травматизма, заболеваний позвоночника, щитовидной железы и т.д. На основании данных С. Н. Голубева приведем пример содержания и документального юридического обеспечения в лечебно-профилактических учреждениях особо востребованных программ (см. приложение И).

Таким образом, в добровольном медицинском страховании возможен достаточно широкий перечень страховых продуктов - медицинских программ.

Рассмотрим более подробно роль маркетинга в обеспечении конкурентоспособности страховых компаний.

Конкуренция и конкурентоспособность страховой компании, занимающейся медицинским страхованием, являются предметом маркетинговых исследований и одной из функций руководства страховой компании.

Конкуренция представляет собой борьбу компаний и предприятий за рынок сбыта производимой продукции или услуг. Конкурентоспособность страховщика - возможность сбыта страховых продуктов (медицинских программ) на данном рынке с учетом имеющихся страховых интересов различных групп населения.

Занимаются проблемами конкурентоспособности маркетинговые службы страховых компаний.

Маркетинговая служба страховой компании - это подразделение, которое изучает страховой рынок: занимается определением спроса клиентов-страхователей и выработкой конкретных предложений (страховых услуг) для них. Сегментацию рынка страхователей можно провести по следующим признакам: возраст, пол, размер семьи, этапы жизненного цикла, уровень доходов, образование, род занятий, профессиональные вредности и т.д.

Главным инструментом страховых компаний в борьбе с конкурентами является предложение услуг более высокого качества, чем у конкурентов. Правда, предложение услуги более высокого качества влечет за собой увеличение затрат. Однако они обычно окупаются, поскольку наиболее полное удовлетворение клиентов приводит к их устойчивой приверженности страховой компании и увеличению продаж страховых услуг.

Интенсивность конкуренции в добровольном медицинском страховании оценивают по следующим факторам: численность и сравнимая емкость конкурирующих страховых компаний, занимающихся медицинским страхованием; изменение объема спроса на страховые услуги и его структурная и стоимостная динамика; ситуация на смежном кредитном рынке; различия в стратегии; барьеры проникновения на страховой рынок (особенности лицензирования страховой деятельности и т.д.).

Например, в связи с учетом новых требований, закрепленных в письме Департамента страхового надзора Минфина РФ от 15 апреля 2002 года, извещений уведомительного порядка Департаменту страхового надзора об изменениях в программе медицинского страхования больше не существует. Теперь любые изменения программы необходимо осуществлять через процедуру лицензирования. Таким образом, необходимо предоставлять на согласование с органом страхового надзора вместе с новой программой или с изменениями в уже действующей программе, полный пакет документов (правила страхования, расчет тарифов и их экономическое обоснование и т.д.).

Специфическим субъектом медицинского страхования является медицинское учреждение, с которым страховая компания заключает договор на лечебно-профилактическое обслуживание своих клиентов. В деятельности медицинских учреждений можно выделить следующие составляющие:

- организация работы (штат сотрудников, оборудование, инвентарь, с какими страховыми компаниями заключены договора, и т.д.);
- структура учреждения (поликлиника, стационар, совместный комплекс, стационарозамещающие формы и т.д.);
- тактика лечения (амбулаторное, стационарное, на дому, у врачей узких специальностей).

Важная роль в прибыльном функционировании компании и повышении ее конкурентоспособности отводится опытным высококлассным врачам-экспертам, которые оценивают лечебно-профилактическую работу медицинского учреждения, рассматривают жалобы застрахованных и при обнаружении нарушений накладывают штрафные санкции, а также имеют право подавать соответствующий иск в суд, как на медицинское учреждение, так и на конкретного специалиста.

Несколько меньше проблема конкуренции затрагивает корпоративные страховые компании, так называемые кэптивы, которые входят в состав определенных финансово-промышленных групп. Очевидно, например, что основными договорами по добровольному медицинскому страхованию филиала «Газпроммедстраха» г. Оренбурга будут являться коллективные договора с работниками ООО «Оренбурггазпрома». Причем для застрахованных сотрудников заключение таких договоров будет являться значительной социальной помощью и материальной выгодой, а само предприятие будет иметь льготы по налогообложению и реальную возможность улучшить здоровье своих сотрудников.

В добровольном медицинском страховании важную роль играет и качество услуг медицинских учреждений. Некоторые крупные страховые

компании могут позволить себе приобрести конкретное медицинское учреждение или организовать его строительство, оснащение, комплектацию необходимыми кадрами.

Таким образом, конкуренция в добровольном медицинском страховании, в том числе и на региональном уровне достаточно выражена. Способами охвата все новых сегментов рынка медицинских услуг являются: уменьшение стоимости страхования для клиента, разработка узких программы для определенного вида медобслуживания, введение новых экономичных программ страхования. Для медицинских учреждений необходимо более эффективное использование имеющихся площадей, рациональное распределение расходов, привлечение квалифицированных и грамотных врачей, в том числе - с учеными степенями.

Вопросы для контроля

- 1 Какие программы существуют в обязательном медицинском страховании?
- 2 Что гарантировалось гражданам РФ в соответствии с Базовой программой ОМС?
- 3 Какие виды медицинской помощи входили в Базовую программу ОМС?
- 4 Какие виды медицинской помощи финансировались за счет бюджетов разных уровней?
- 5 Когда была принята Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи?
- 6 Какой объем бесплатной медицинской помощи входит в данную программу?
- 7 Приведите пример территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Оренбургской области бесплатной медицинской помощи.
- 8 Что Вы знаете о программах ДМС?
- 9 Приведите примеры объема страхового покрытия программ ДМС.
- 10 Укажите факторы, действующие на выбор страхового продукта страхователем.
- 11 Назовите основные положения по формированию страхового продукта в страховых компаниях.
- 12 Какие Вы знаете составляющие рынка здравоохранения?
- 13 Каким образом можно повысить конкурентоспособность компаний, занимающихся ДМС?
- 14 Раскройте содержание медицинских программ для разных сегментов рынка потребителей.

Тесты

1 Конкурентоспособность компаний, занимающихся ДМС можно повысить за счет:

- а) снижения цен на услуги, независимо от их стоимости в ЛПУ;
- б) маркетинговой стратегии;
- в) отказа от дорогих программ.

2 В настоящее время территориальная программа ОМС основывается на:

- а) базовой программе ОМС;
- б) программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- в) программах ОМС других регионов.

3 Медицинские программы в ДМС формируются в соответствии с:

- а) желанием страхователя или застрахованного;
- б) запросами ЛПУ;
- в) имиджем компании.

4 Относится ли к бюджетному финансированию медицинская помощь, оказываемая в:

- а) диспансерах;
- б) родильных домах;
- в) бюро судебной медицины;
- г) все вышеперечисленное.

5 Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи была впервые принята в:

- а) в 1991 г.;
- б) в 1995 г.;
- в) в 1998 г.

6 Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет:

- а) средств бюджета;
- б) единого социального налога;
- в) все вышеперечисленное.

7 В ДМС существуют следующие медицинские программы:

- а) «Амбулаторная помощь»;
- б) «Стационарная помощь»;
- в) «Смешанная программа»;
- г) «Кардиология»;
- д) все вышеперечисленное.

8 Выделяют следующие сегменты рынка потребителей программ ДМС:

- а) Граждане с высоким доходом;
- б) Граждане с доходом выше среднего;
- в) Граждане с низким доходом;
- г) все вышеперечисленные.

9 Рынок здравоохранения можно подразделить на:

- а) Рынок медицинских услуг;
- б) Рынок лечебных учреждений;
- в) Рынок пациентов;
- г) все вышеперечисленное.

10 При формировании страховой медицинской программы возможны следующие этапы:

- а) Комплексное исследование рынка здравоохранения;
- б) Составление перечня медицинских услуг;
- в) Определение профилактической направленности страхового продукта;
- г) все вышеперечисленное.

8 Персонифицированный учёт в медицинском страховании

Большое значение в определении результатов проводимой системой здравоохранения работы по повышению уровня здоровья играет мониторинг состояния здоровья населения.

Мониторинг общественного здоровья - это система наблюдения за состоянием здоровья населения, которая используется для формирования базы данных медико-демографических показателей, оценки имеющихся тенденций, выявления приоритетов при разработке целевых программ расчета ресурсных потребностей системы здравоохранения, укрепления индивидуального здоровья и профилактики заболеваний. Мониторинг здоровья населения осуществляется при помощи организации и проведения на современном этапе в системе здравоохранения персонифицированного, т.е. индивидуального учета состояния здоровья каждого человека.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» обязал страховщика обеспечить каждого застрахованного жителя медицинским страховым полисом.

Таким образом, страховщик, осуществляя ОМС граждан, формирует информационное поле, в которое включаются данные о страхователе, застрахованных, о полученных ими медицинских услугах, о медицинском учреждении и о всей системе здравоохранения территории в целом.

Персонифицированный мониторинг здоровья населения дает возможность страховщику:

- проводить учет застрахованных граждан и выданных им страховых полисов или их дубликатов за весь период действия страхования, а так же учет изменений отдельных реквизитов паспортной части, оценить демографические показатели;
- осуществлять учет страховых случаев и возникшего ущерба;
- разделить застрахованных граждан по учитываемым признакам на однородные группы (по факторам риска, полу, возрасту, профессии, социальному статусу, по уровню здоровья, по частоте и длительности заболеваемости, по уровню, объему и виду потребляемых медицинских услуг, по уровню затрат на медицинское обслуживание);
- определить с использованием статистических методов имеющиеся закономерности;
- рассчитать экономические аспекты сложившейся заболеваемости застрахованного населения;
- построить модель прогнозирования частоты и структуры страховых случаев и объема наносимого ущерба при изменении исходных данных;
- сформировать новые подходы к организации медицинской помощи и оказанию медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования;
- разработать и реализовать комплекс клинически и экономически эффективных, целевых превентивных мероприятий, направленных на

управление страховыми рисками, на снижение частоты страховых случаев и уменьшение размера наносимого ими ущерба.

Проведение персонифицированного мониторинга в условиях обязательного медицинского страхования осуществляется в несколько этапов и включает в себя: мониторинг населения и мониторинг уровня здоровья населения.

Проведение мониторинга застрахованного населения производится следующим образом:

1) организация выдачи медицинских страховых полисов или их дубликатов по заключенным договорам страхования:

- при страховании гражданина (заключение договора страхования или поступления новых физических лиц по действующему договору страхования);

- при оформлении дубликата по различным причинам в процессе действия договора страхования;

2) хранение первичной документации с данными о лицах, застрахованных у страховщика;

3) создание, дополнение и использование компьютерной базы данных о застрахованных, выданных им медицинском страховом полисе и его дубликатах, о периоде страхования;

4) изъятие и уничтожение медицинских страховых полисов после окончания срока страхования и снятия граждан со страхования, учет даты окончания страхования.

Этапы мониторинга состояния здоровья застрахованного населения включают в себя:

- организацию и совершенствование информационного обмена между страховщиками и медицинскими учреждениями;

- создание, дополнение и использование компьютерной базы данных о произошедших страховых случаях и, следовательно, об оказанных застрахованным медицинскими услугами, входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования населения;

- учет планируемых или осуществленных затрат по каждому застрахованному лицу по выставленным медицинскими учреждениями счетам - фактурам за оказанные медицинские услуги.

Основанием вступления в действие ОМС:

- заключение страховщиком со страхователем договора обязательного медицинского страхования,

- выдача на основании заключенных договоров медицинских страховых полисов застрахованному населению.

Медицинский страховой полис выдается при страховании и возвращается при окончании страхования. Медицинский страховой полис выдается гражданину при:

- заключении договора страхования;

- рождении;

- въезде на административную территорию на постоянное место жительства;

- поступлении на работу;

- при увольнении с работы и переход в разряд неработающих граждан.

Первичными документами для выдачи медицинского страхового полиса или его дубликата являются:

1) списки застрахованных лиц, представляемые и заверенные страхователем;

2) личный паспорт или свидетельство о рождении.

Для подтверждения получения медицинского страхового полиса или его дубликата у страховщика остается второй экземпляр списков с подписью застрахованного, получившего медицинский страховой полис. Данная документация хранится постоянно в архиве страховщика.

Медицинский страховой полис сдается гражданином страховщику без возобновления и выдачи дубликата при:

- выезде с административной территории на другое место жительства;

- увольнении с работы;

- поступлении неработающего на работу;

- расторжении договора страхования;

- смерти.

Застрахованный получает дубликат полиса при:

1) порче, частичном или полном уничтожении или утрате полиса;

2) изменении фамилии, имени, отчества по желанию гражданина или при вступлении в брак;

3) переезде на новое место жительства в пределах административной территории.

В данном случае первичным документом регистрации и хранения является сданный медицинский страховой полис или его дубликат и списки застрахованных лиц, снятых со страхования.

Учитывая, что нет четкой юридической регламентации по обязанности застрахованного гражданина сдать медицинский страховой полис или его дубликат страхователю или страховщику, то довольно часто возникают дополнительные трудности у страховщика при его изъятии и отслеживании срока прекращения его действия.

Достаточно успешно данная проблема решается на предприятиях - страхователях, где при увольнении работника в 90 % случаев сотрудниками отдела кадров изымается медицинский страховой полис.

При расторжении договора страхования по инициативе предприятия-страхователя проблем, как правило, не возникает, и полисы сотрудников сдаются страхователем страховщику в организованном порядке.

Более сложная ситуация возникает при прекращении деятельности предприятия-страхователя, в том числе в связи с ликвидацией. Основанием прекращения действия данных полисов может служить документация:

- письмо предприятия-страхователя страховщику о расторжении договора ОМС работающего населения в связи с его ликвидацией;

- письмо страховщика предприятию-страхователю о расторжении договора ОМС работающего населения в связи с неисполнением им своих обязанностей в соответствии с действующим законодательством и договором страхования;

- информация регистрационной палаты, действующей и административной территории о ликвидированных или реорганизованных предприятиях.

Администрация территории - страхователь неработающего населения, привлекает паспортно-визовые службы для организации и оптимизации изъятия медицинских страховых полисов у неработающих граждан, выезжающих за пределы административной территории.

В случае смерти застрахованного прекращение действия полиса осуществляется по данным:

- счетов-фактур медицинских учреждений, где исходом лечения указана смерть пациента;

- констатации смерти территориальной станции «Скорой медицинской помощи»;

- зарегистрированных ЗАГСом случаев смерти жителей административной территории.

Страховой медицинский полис содержит следующую информацию:

1) серия полиса (каждая серия соответствует определенному страховщику, работающему на административной территории);

2) номер полиса;

3) фамилия, имя и отчество застрахованного лица;

4) пол;

5) дата рождения застрахованного лица;

6) социальное положение застрахованного лица;

7) адрес постоянного места жительства застрахованного лица;

8) место работы застрахованного лица;

9) номер договора обязательного медицинского страхования, на основании которого выдан полис;

10) дата заключения договора ОМС;

11) дата выдачи полиса застрахованному лицу;

12) дата возврата полиса застрахованным лицом (окончания его действия);

13) причина возврата полиса застрахованным лицом.

Также формируется база данных застрахованных граждан, получивших дубликаты полисов, которая содержит дополнительные сведения, такие как:

- причина выдачи дубликата;

- внесенные изменения (остается прежняя информация и вносится измененная информация);

- дата выдачи дубликата;

- номер первичного полиса и дубликата.

Помимо этого формируется база данных застрахованных граждан, возвративших страховщику медицинский страховой полис в связи с

окончанием периода действия договора страхования, а так же утративших медицинский страховой полис по различным причинам.

Все граждане, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию и имеющие медицинский полис, должны для получения первичной медико-санитарной помощи зарегистрироваться в одном из амбулаторно-поликлинических учреждений или у независимых врачей общей (семейной) практики, групповой практики, о чем в их полисе делается соответствующая отметка.

Кроме того, страховщику необходимо сформировать паспорт страхователя - предприятия и паспорт страхователя - административной территории.

Паспорт страхователя - предприятия включает в себя:

- наименование предприятия;
- дата заключения договора ОМС и его номер;
- телефон, банковские реквизиты;
- данные о руководителях;
- структура предприятия;
- имеющиеся профессиональные вредности;
- дата поступления каждого работника на предприятие и дата увольнения;
- данные о каждой полученной застрахованными сотрудниками медицинской услуге за период работы на предприятии и о размер ущерба, нанесенного страховыми случаями за период действия договора страхования.

Таким образом, это позволит определить:

- 1) возрастно-половой состав работников;
- 2) длительность работы на предприятии, текучесть кадров;
- 3) уровень здоровья каждого работника предприятия и в целом на предприятии;
- 4) заболеваемость;
- 5) факторы, которые определяют частоту и объем страховых случаев.

Паспорт страхователя - административной территории включает в себя данные:

- наименование территории;
- дата заключения договора ОМС работающего населения и его номер;
- данные о руководителях администрации территории;
- адрес, телефон, банковские реквизиты администрации территории;
- структура административно - территориального деления, электронная карта территории;
- плотность проживания населения по административно-территориальным единицам;
- данные о размещении предприятий;
- данные центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора о показателях окружающей среды на административной территории;
- данные о миграционных процессах, происходящих на административной территории.

Вопросы для контроля

- 1 В чем заключается мониторинг общественного здоровья?
- 2 В каком нормативном акте впервые прозвучало понятие страхового медицинского полиса?
- 3 Что дает страховщику персонифицированный мониторинг здоровья населения?
- 4 Перечислить этапы проведения мониторинга застрахованного населения.
- 5 Какие Вы знаете юридические основания для вступления в действие обязательного медицинского страхования?
- 6 В каких случаях выдается медицинский страховой полис?
- 7 Когда выдается дубликат полиса?
- 8 Какую информацию содержит страховой медицинский полис?
- 9 Что является первичным документом при выдаче страхового медицинского полиса и его дубликата?
- 10 Как и в каких случаях можно изъять у граждан страховые полисы?
- 11 Дайте характеристику паспорта страхователя – предприятия.
- 12 Дайте характеристику паспорта страхователя - административной территории.

Тесты

- 1 Страховой медицинский полис введен в действие:
 - а) законом «Об организации страхового дела в РФ»;
 - б) законом «О медицинском страховании граждан в РФ»;
 - в) Гражданским кодексом РФ.
- 2 Паспорт страхователя - предприятия включает в себя:
 - а) наименование предприятия, телефон, банковские реквизиты;
 - б) дата заключения договора ОМС и его номер;
 - в) данные о руководителях, структура предприятия;
 - г) все вышеперечисленное.
- 3 Паспорт страхователя – предприятия позволит определить:
 - а) возрастно-половой состав работников;
 - б) длительность работы на предприятии, текучесть кадров;
 - в) заболеваемость на предприятии;
 - г) все вышеперечисленное.
- 4 Медицинский страховой полис выдается гражданину при:
 - а) заключении договора страхования;
 - б) рождении;
 - в) въезде на административную территорию на постоянное место жительства;

- г) поступлении на работу;
- д) все вышеперечисленное.

5 Первичными документами для выдачи медицинского страхового полиса или его дубликата являются:

- а) списки застрахованных лиц, представляемые и заверенные страхователем;
- б) личный паспорт или свидетельство о рождении;
- в) а + б.

6 Этапы мониторинга состояния здоровья застрахованного населения включают в себя:

- а) организацию и совершенствование информационного обмена между страховщиками и медицинскими учреждениями;
- б) создание, дополнение и использование компьютерной базы данных о произошедших страховых случаях;
- в) учет планируемых или осуществленных затрат по каждому застрахованному лицу по выставленным медицинскими учреждениями счетам - фактурам за оказанные медицинские услуги;
- г) все вышеперечисленное.

7 Страховой медицинский полис содержит следующую информацию:

- а) серия и номер полиса;
- б) фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения застрахованного лица;
- в) социальное положение;
- г) адрес места жительства и место работы застрахованного лица;
- д) все вышеперечисленное.

8 База данных застрахованных граждан, получивших дубликаты полисов, содержит следующие сведения:

- а) причина выдачи дубликата;
- б) внесенные изменения;
- в) дата выдачи дубликата;
- г) номер первичного полиса и дубликата;
- д) все вышеперечисленное.

9 Паспорт страхователя - административной территории включает в себя данные:

- а) наименование территории;
- б) дата заключения договора ОМС работающего населения и его номер;
- в) данные о руководителях администрации территории;
- г) адрес, телефон, банковские реквизиты администрации территории;
- д) все вышеперечисленное.

10 Кроме того, в паспорт страхователя - административной территории вносятся следующие данные:

- а) структура административно - территориального деления;
- б) электронная карта территории;
- в) плотность проживания населения по административно-территориальным единицам;
- г) данные о размещении предприятий;
- д) все вышеперечисленное.

9 Особенности медицинского страхования в зарубежных странах

В развитых зарубежных странах медицинское страхование используется достаточно широко уже длительное время.

В Германии, например, система обязательного государственного страхования, появилась с введением в 1871-1884 гг. законов канцлера О. Бисмарка. В настоящее время медицинское страхование осуществляется особыми общественными организациями - больничными кассами. Можно отметить, что наличие в Германии подобных касс в настоящее время является как - бы продолжением развития цехового страхования Европейских стран, начиная со средних веков. При этом страховые взносы поступают как от работодателей, так и от работников в одинаковом соотношении (см. таблица 8).

Таблица 8 - Взносы на обязательное медицинское страхование (% от заработной платы в странах Европы)

Страна	Всего	Наемные работники	Работодатели
Германия	13,56	6,78	6,78
Греция	7,65	2,55	5,10
Франция	13,55	0,75	12,80
Италия	15,35	1,00	14,35
Люксембург	10,1	5,05	5,05

Большинство работающих Германии застраховано в местных (районных) кассах. На крупных предприятиях, с численностью не менее 450 человек, могут создаваться свои собственные кассы. Лица, занятые в сельском хозяйстве, имеют больничные сельскохозяйственные кассы при своих профессиональных объединениях. Подобные кассы организованы для служащих, торговых работников, техников и т. д. Принадлежность к тому или иному типу касс определяется законом и уставами касс, а возможности их выбора ограничены. Целесообразность создания такой сложной и многообразной системы объясняется тем, что кассы представляют собой общественные организации, работающие по принципу самоуправления и представляющие интересы вполне определенной группы населения.

С помощью больничных касс происходит оплата медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, оплачиваются больничные листы. Помимо этого страховые кассы занимаются просветительской и профилактической работой среди населения.

Доля платежей, приходящаяся на работника, снимается с заработка соответствующего месяца. Работодатель добавляет свою долю платежа и

платит всю сумму вместе с платежами по пенсионному страхованию и страхованию по безработице в больничную кассу.

Оплата стоимости медицинских услуг происходит без участия застрахованного, между больничными кассами и медицинскими учреждениями.

Деньги, предназначенные для пенсионного страхования, перечисляются в организации пенсионного страхования, а для страхования по безработице - Федеральному Министерству труда.

Доля государственных расходов на здравоохранение составляет в Германии 10,8 % по отношению к ВВП.

Что касается реализации добровольного медицинского страхования, то можно отметить, что в Германии существует так называемая «замещающая система». Под ней понимается возможность определенной категории населения (в основном с высоким достатком) не участвовать в системе государственного страхования, а страховаться частным образом в так называемых «эрзацкассах». Однако данное страхование производится под строгим государственным контролем с целью обеспечения населения высоким качеством частного страхования.

При добровольном страховании пациент уже самостоятельно оплачивает медицинскую помощь, а затем предъявляет счет страховой компании. Она, как правило, возмещает 70-90 % расходов. Гонорар врачей по такому страхованию в Германии выше, чем по обязательному, но количество частных пациентов в лечебных учреждениях не должно превышать 40 %. При нарушении прав такого пациента он может обратиться с жалобой, и больница рискует потерять право на лечение больных по добровольному частному страхованию.

Рассмотрим медико-социальное страхование Франции. В этой стране функционировали общества взаимопомощи еще в средние века. В настоящее время в стране действует обязательная программа страхования здоровья населения. Ее финансирование осуществляется из общего фонда социального страхования, куда входит и пенсионное. Основная нагрузка по уплате взносов (до 90 %) ложится на работодателей, остальную часть доплачивают сами застрахованные. Причем, на социальные нужды отчисляется до 60 % от фонда оплаты труда работающих.

В стране существует, как схема общего социального страхования для наемных работников общественного сектора и торговли, промышленности и сельского хозяйства, так и независимые схемы по добровольному страхованию здоровья для частных предпринимателей, торговцев, людей свободных профессий, а также для фермеров.

Доля государственных расходов на здравоохранение составляет в среднем 10,5 % по отношению к ВВП.

Добровольное медицинское страхование представляет собой как – бы дополнительную систему, которая подразумевает неполное покрытие медицинских расходов застрахованного на лечение. Таким образом, пациент сначала самостоятельно оплачивает медицинские услуги, а затем компания частично возмещает ему расходы. Дополнительные услуги, предусмотренные

добровольным медицинским страхованием, включают в себя стоматологию, психиатрию, фармакологические услуги и т. д.

Деятельность, как коммерческих страховых компаний, так и социального страхования в стране активно контролируется государством. Застрахованные практически лишены права выбора страховой организации по социальному страхованию.

Кроме того, в стране существует так называемый «режим специального обслуживания», когда богатые слои общества не охватываются государственным социальным страхованием (в том числе и от несчастных случаев на производстве). Они пользуются либо платными медицинскими услугами, либо добровольным медицинским страхованием. Естественно, что при этом такие клиенты вправе самостоятельно выбирать себе страховую компанию. Отрицательным моментом является тот факт, что система социального страхования Франции теряет большой процент денежных средств из-за отсутствия взносов от подобных потенциальных страхователей.

В Японии существуют свои особенности финансирования медицины. Здесь имеется смешанная модель финансирования за счет государства (расходы которого все-таки преобладают) и частных страховых компаний. Одновременно в Японии существуют как бы два принципа финансирования здравоохранения: «солидарности» и «личного участия в издержках», когда часть медицинской помощи оплачивается за счет пациента или за счет частных страховых компаний, где он может быть застрахован.

Социальная направленность заключается в том, что участие в расходах на медицинскую помощь пациента, как правило, не превышает 30 % затрат, и вообще отсутствует, если дело касается неимущих или хронических больных в тяжелом состоянии.

Частные страховые компании Японии, как правило, имеют свой штат опытных медицинских экспертов. Они внимательно следят, чтобы стоимость лечения того, или иного пациента не завышалась, а также не назначались лишние медицинские манипуляции. В противном случае на медицинское учреждение накладываются штрафные санкции. Данный опыт, на наш взгляд, должен активно использоваться в России.

Для Великобритании характерен принцип бюджетного финансирования здравоохранения. Расходы на здравоохранение подлежат обязательному ежегодному утверждению парламентом страны. Одной из исторических причин создания подобной системы здравоохранения явилось необходимость всеобщей защиты населения страны от эпидемий. В последующем государство открывало свои клиники, частные же учреждения выкупались у их владельцев.

В настоящее время в здравоохранении Великобритании существует и частный медицинский сектор, который составляет около 6 %. Услугами частного медицинского страхования пользуется 10 % населения. При этом подписание договора на медицинское страхование с полным покрытием зависит от возрастных категорий страхователей, категорий больниц, а также от выбранного уровня страховых пособий. Существуют тарифные сетки для одиноких и женатых, а так же для целых семей. Для возрастов 50-55 лет

стоимость страхования семейной пары ниже удвоенной стоимости полиса одинокого человека.

Расходы на медицинское обеспечение в этой стране, включая пособия по болезни, составляют 10,2 % от внутреннего валового продукта.

Существует так называемая североευропейская модель, получившая наиболее значительное выражение в шведской экономической системе, где государственные расходы на социальные нужды составляют 39,5 % от ВВП, что вполне покрывает потребности населения.

Рассмотрим основы медицинского страхования в Швейцарии. Как и во многих европейских странах в XVIII – XIX вв. в этой стране существовали небольшие страховые фонды, призванные решать вопросы оплаты медицинской помощи.

В настоящее время каждый кантон (территориальная единица страны) вправе иметь свою систему медицинского страхования, обязательную или добровольную. Проведенный американскими исследователями анализ показал, что одна четвертая часть населения страны охвачена обязательной формой медицинского страхования, три четверти - добровольной формой и 2% населения не застрахованы. Страховые компании активно развиваются и укрупняются в пределах своих кантонов.

Таким образом, система медицинского страхования Швейцарии характеризуется отсутствием централизации и единой системы медицинского страхования. Но в той или иной форме (чаще - это добровольное медицинское страхование) оно обязательно присутствует в каждой территориальной единице страны.

В Испании также существует две системы медицинского страхования, но интересен тот факт, что полисодержатели по обязательному страхованию (96 % населения страны) теряют свои права на страховые пособия по социальному страхованию, когда заключают договор по добровольному частному медицинскому страхованию. В конечном итоге эти страхователи платят дважды: один раз за социальное, хотя претензии в его рамках даже не выдвигаются, и второй раз - за добровольное страхование, которое они действительно используют. Дело в том, что частное страхование привлекает клиентов в основном более высокими стандартами сервиса.

Существуют две фиксированные даты в течение года, когда страхователь может перейти из одной системы в другую. При этом никакое обоснование не требуется. Переход в любое другое время может быть сделан только в строго регламентированных случаях.

Необходимо отдельно остановиться на исключениях. Законодательство Испании позволяет гражданским служащим и военному персоналу сделать свободный выбор между страховыми пособиями по социальному страхованию и пособиями, обеспеченными частными медицинскими страховыми компаниями. Около 92 % гражданских служащих остановили свой выбор на частном страховании.

Наконец, рассмотрим частное медицинское страхование в США, где оно преобладает над другими формами финансирования здравоохранения и

достигает 81 %. Но, несмотря на это, приближенная к либеральному варианту развития, американская социально-экономическая система имеет элементы социальной гарантированности.

После экономического кризиса 30-х годов XX века некоторые частные страховые медицинские компании США разорились, другие объединились в общенациональные ассоциации, такие как «Голубой щит», «Голубой крест», существующие по настоящий момент. Государство поддерживает их деятельность с помощью различных льгот в обмен на отсутствие значительного роста цен на услуги и обеспечение медицинским страхованием малоимущих, пенсионеров и инвалидов.

Система частного медицинского страхования в США представлена организациями по поддержанию здоровья. Они сочетают в себе страховую организацию и лечебное учреждение с единым руководством. Данные организации занимаются только коллективным страхованием, осуществляемым совместно работодателем и его служащими. Причем лимит выплат на одного застрахованного в течение всей жизни может достигать 250 тыс. долларов США.

Занимаясь коллективным страхованием, подобные организации предлагают работодателям выгодные страховые планы.

Достаточно показательным, на наш взгляд, является тот факт, что при выборе работы служащими США предпочтение отдается тем фирмам и предприятиям, которые предоставляют работнику социальный пакет, куда входит и медицинское страхование с расширенным перечнем услуг. Например, корпорация IBM обеспечивает полное страхование на получение медицинских услуг для своих работников и членов их семей. Отметим, что медицинское обслуживание в США находится на высоком уровне. Но, например, страхование на получение стоматологических услуг предполагает 50 % их оплаты за счет застрахованного (при этом лечение одного зуба обойдется дороже питания семьи из 4 человек в течение месяца). Стоматологические услуги в США являются одними из самых дорогих. Известны случаи, когда бывшие граждане России, эмигрировавшие в США, приезжали на родину за платной стоматологической помощью.

Добровольное страхование уже достаточно давно стало играть важную роль в большинстве зарубежных стран. Частное медицинское страхование в развитых странах имеет давние традиции, разную степень выраженности: от незначительного процента в Великобритании до практически основной формы финансирования здравоохранения в США.

Вопросы для контроля

- 1 Дайте характеристику системе медицинского страхования Германии.
- 2 Что такое «эрзацкасы»?
- 3 Что представляет собой «замещающая» система ДМС в Германии?
- 4 Дайте характеристику системе медицинского страхования Франции.

5 Какой основной фонд осуществляет финансирование всего социального страхования во Франции?

6 Какова доля государственных расходов на здравоохранение во Франции?

7 Что такое «дополнительная» система ДМС, которая существует во Франции?

8 Что собой представляет «режим специального обслуживания» во Франции?

9 Дайте характеристику системе медицинского страхования Японии.

10 Накладываются ли штрафные санкции на медицинские учреждения Японии?

11 Какой принцип финансирования здравоохранения характерен для Великобритании?

12 Существует ли в Великобритании частный медицинский сектор?

13 Дайте характеристику системе финансирования здравоохранения Швеции.

14 Дайте характеристику системе медицинского страхования Швейцарии.

15 Что такое «кантон», и каковы его права в сфере медицинского страхования?

16 Дайте характеристику системе медицинского страхования Испании.

17 Каковы особенности медицинского страхования в США?

18 Для чего служат американские ассоциации «Голубой щит» и «Голубой крест»?

19 Дайте характеристику «организациям по поддержанию здоровья» в США.

Тесты

1 Когда в Германии появилась система обязательного государственного страхования:

- а) в 1745-1786 гг.;
- б) в 1871-1884 гг.;
- в) в 1937-1943 гг.

2 Государственное страхование было введено в Германии в связи с принятием законов:

- а) Фридриха Вильгельма;
- б) Отто Бисмарка;
- в) канцлера Шредера.

3 В настоящее время медицинское страхование в Германии осуществляется:

- а) больничными кассами;
- б) фондом социального страхования;

в) пенсионным фондом.

4 Обязательная программа страхования здоровья населения Франции финансируется из:

- а) фонда медицинского страхования;
- б) пенсионного фонда;
- в) общего фонда социального страхования.

5 Основная нагрузка по уплате взносов по социальному страхованию во Франции (до 90 %) ложится на:

- а) самих работников;
- б) работодателей;
- в) правительство.

6 Во Франции существует схема добровольного страхования здоровья для:

- а) частных предпринимателей, торговцев;
- б) людей свободных профессий;
- в) фермеров;
- г) все вышеперечисленные.

7 В Великобритании преобладает финансирование здравоохранения с использованием:

- а) средств страховых компаний;
- б) средств благотворительных фондов;
- в) средств бюджета.

8 В кантонах Швейцарии преобладает:

- а) обязательная форма медицинского страхования;
- б) добровольная форма медицинского страхования;
- в) бюджетное финансирование здравоохранения.

9 В США преобладает:

- а) частное медицинское страхование;
- б) обязательное медицинское страхование;
- в) бюджетное финансирование здравоохранения.

10 В США действуют:

- а) общенациональные ассоциации - «Голубой щит», «Голубой крест»;
- б) организации по поддержанию здоровья;
- в) а + б.

Выводы

1 Медико-социальное страхование в России имеет давние традиции. Первый этап развития связан с 1861г., последний – с1991 г., когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР»

2 Кризис здравоохранения в начале 90–х гг. XX века в условиях бюджетной медицины ускорил повторное введение в стране медицинского страхования.

3 В настоящее время законодательно закреплены объекты, субъекты, страховые случаи, социальные риски медицинского страхования.

4 Законодательная база, регламентирующая медицинское страхование, нуждается в постоянном совершенствовании: так предлагаемый проект закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» расширяет перечень субъектов медицинского страхования, подтверждает выбор страховщика застрахованным гражданам, утверждает страховщиками организации обязательного медицинского страхования и т.д.

5 В стране в настоящее время существует как обязательная форма медицинского страхования, так и добровольная, при этом обе формы активно развиваются.

6 Существует специальный перечень программ медицинского страхования, основная из них - Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которая утверждается ежегодно на уровне административных территорий. В добровольном медицинском страховании программы формируются в соответствии с потребностями и финансовыми возможностями клиентов - страхователей.

7 Анализ зарубежного опыта показал, что развитые государства берут на себя ответственность за организацию и финансирование медицинской помощи, создавая систему социального страхования, приспособленную к социальной, экономической и политической ситуации в стране. Бедные слои населения, нетрудоспособные граждане обеспечиваются медицинской помощью за счет национальных программ государств.

8 Обязательное и добровольное медицинское страхование быстро развиваются во всем мире. В целом ряде стран (Германия, Франция и др.) эти две структуры образуют взаимодополняющие системы, которые покрывают все риски болезней при отсутствии снижения расходов на здравоохранение со стороны государства (в среднем 10-13% от ВВП в развитых странах). Считаем, что эти модели наиболее подходят и для России. Из американского опыта особый интерес представляют организации по поддержанию здоровья.

Список использованных источников

1 **Российская Федерация. Законы.** Гражданский кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс]: Часть 2. Комментарий (постатейный): справочно-правовая система «ГАРАНТ» / ИПП «Гарант-Сервис». – Электрон дан. – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

2 **Российская Федерация. Законы.** О медицинском страховании граждан в РСФСР [Электронный ресурс]: федер. закон от 24 февраля 1993 г. №4741-1: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

3 **Российская Федерация. Законы.** Об организации страхового дела в РФ [Электронный ресурс]: федер. закон от 10 декабря 2003 г. №172-ФЗ: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

4 **Российская Федерация. Законы.** О страховых тарифах взносов в фонд социального страхования РФ, в государственный фонд занятости населения РФ и на обязательное медицинское страхование граждан на первый квартал 1993года [Электронный ресурс]: федер. закон от 25 декабря 1992 г. №4230-1: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

5 **Российская Федерация. Законы.** Об основах обязательного социального страхования [Электронный ресурс]: федер. закон от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

6 **Российская Федерация. Законы.** О медицинском страховании граждан в РФ [Электронный ресурс]: федер. закон от 28 июня 1991 г. №1499-1: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

7 **Российская Федерация. Законы.** Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [Электронный ресурс]: федер. закон от 2 марта 1998 г. №5487-1: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

8 **Российская Федерация. Законы.** О введение в действие части второй Налогового Кодекса РФ и внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ о налогах [Электронный ресурс]: федер. закон от 5 августа 2000 г. №118: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

9 **Российская Федерация. Законы.** О досрочном введении в действие закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [Электронный ресурс]: федер. закон от 22 мая 1992 г. №2821-1: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

10 **Российская Федерация. Законы.** О порядке введения в действие закона РСФСР «О медицинском страховании граждан РСФСР» [Электронный

ресурс]: федер. закон от 28 июня 1991 г. №1500-1: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

11 **Российская Федерация. Законы.** О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год [Электронный ресурс]: федер. закон от 24 февраля 1993 г. №4543: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

12 Концепция развития здравоохранения и медицинской науки [Электронный ресурс]: постановление от 5 ноября 1997 г. №1387: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

13 Положение о социально-гигиеническом мониторинге [Электронный ресурс]: постановление от 6 октября 1994 г. №1146: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

14 О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год [Электронный ресурс]: постановление от 26 ноября 2004 г. №690: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

15 Об утверждении правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование [Электронный ресурс]: постановление от 29 март 1994 г. №251: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

16 Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью [Электронный ресурс]: постановление от 11 сентября 1998 г. №1096: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

17 О мерах по выполнению закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [Электронный ресурс]: постановление от 23 января 1992 г. №41: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

18 О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [Электронный ресурс]: постановление от 11 октября 1993 г. №1018: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

19 О внесении изменений и дополнений в Правила обязательного медицинского страхования населения Оренбургской области [Электронный ресурс]: постановление от 17 марта 2003 г. №67: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

20 Отчет об исполнении бюджета Оренбургского областного фонда обязательного медицинского страхования за 2000 год [Электронный ресурс]: постановление от 22 августа 2001 г. №307: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

21 Отчет об исполнении бюджета Оренбургского областного фонда обязательного медицинского страхования за 2001 год [Электронный ресурс]: постановление от 19 июля 2002 г. №46: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

22 Отчет об исполнении бюджета Оренбургского областного фонда обязательного медицинского страхования за 2002 год [Электронный ресурс]: постановление от 18 июня 2003 г. № 329: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

23 Отчет об исполнении бюджета Оренбургского областного фонда обязательного медицинского страхования за 2003 год [Электронный ресурс]: постановление от 21 апреля 2004 г. № 1097: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

24 О внесении изменений и дополнений в Закон Оренбургской области «О бюджете Оренбургского Областного фонда обязательного медицинского страхования на 2005 год [Электронный ресурс]: постановление от 20 октября 2005 г. №1522: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

25 Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09 апреля 1998 г. №110: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

26 О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС [Электронный ресурс]: постановление от 24 октября 1996 г. №363/77: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

27 Об утверждении правил формирования страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни: приказ Министерства финансов Российской Федерации [Электронный ресурс]: постановление от 11 июня 2002 г. №374: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

28 Об утверждении Правил размещения страховщиками средств страховых резервов [Электронный ресурс]: постановление от 08 августа 2005 г. №100: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

29 Условия лицензирования страховой деятельности на территории Российской Федерации [Электронный ресурс]: постановление от 19 мая 1994 г.

№02-02/08: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

30 Об участии ведомственных медицинских учреждений в выполнении территориальных программ обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]: постановление от 22 сентября 1999 г. №2510/10202-99-32: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

31 Об исчислении платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения [Электронный ресурс]: постановление от 13 ноября 1997 г. №4674/22: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

32 Об обеспечении целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]: постановление от 07 августа 1997 г. №71: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

33 Типовые правила обязательного медицинского страхования (утв. исполнительным директором Федерального фонда ОМС 1 декабря 1993 г.) [Электронный ресурс]: постановление от 28 июня 1994 г. №3-1354: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

34 Примерные правила добровольного медицинского страхования [Электронный ресурс]: постановление от 12 октября 1993 г. №02-03-44: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

35 О концепции развития страхования в Российской Федерации [Электронный ресурс]: постановление от 25 сентября 2002 г. №1361-р: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

36 Методика расчета тарифных ставок по рисковым видам страхования [Электронный ресурс]: постановление от 08 июля 1993 г. №02-03-36: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

37 О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации [Электронный ресурс]: постановление от 26 сентября 1992 г. №1137: справочно-правовая система «Гарант». – М.: Воробьевы горы, МГУ, 2006. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

38 Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Оренбургской области бесплатной медицинской помощи на 2005 год.

39 **Андреева, Э. А.** Основные проблемы страхования жизни в России / Э. А. Андреева // Страховое дело. – 2005. – № 7. – С. 31-35.

- 40 **Анисимов, В. М.** Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения / В. М. Анисимов // Здравоохранение. – 1999 г. – № 6. – С. 46 – 50.
- 41 Актуальные вопросы медицинского страхования в Российской Федерации: тез. докл. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию образ. каф. страхового здравоохранения. – Казань, 2000. – 219 с.
- 42 Аналитическая записка о состоянии конкуренции на рынке финансовых услуг в Приволжском федеральном округе в 2005 году.
- 43 **Ахмедов, С. А.** Медицинское страхование как элемент социальной защиты населения: автореф / С. А. Ахмедов. дисс. канд. экон. наук. – М., 1997. – 20 с.
- 44 **Бабич, А. М.** Финансы: учебник / А. М. Бабич, Л. Н. Павлова – М.: ФБК – Пресс, 2000. – 759 с.
- 45 **Браун-Грачева, Ю. В.** Медицинское страхование в США. Идти ли России путем, ведущим в тупик? / Ю. В. Браун-Грачева // Страховое дело. – 2003. – № 6. – С. 37 – 38.
- 46 **Голубев, С. Н.** Страхование здоровья (добровольные виды): методология, технология, опыт страхования / С. Н. Голубев – Кемерово: Экономист, 2003. – 114 с.
- 47 **Гладкова, И. В.** Прививка цивилизации / И. В. Гладкова // Эксперт-Урал. – 2004. – № 9 – С. 5 – 7.
- 48 **Вигдорчик, Н. А.** Страхование на случай болезни в России / Н. А. Вигдорчик – М.: Книга, 1923. – 257 с.
- 49 **Дрошнев, В. В.** Обязательное медицинское страхование в России. / В. В. Дрошнев – М.: АНК ИЛ, 2004. – 159 с. - ISBN 5-85639-275-2.
- 50 **Дюжиков, Е. Ф.** Аудит деятельности страховых организаций (страховой аудит) / Е. Ф. Дюжиков – М.: Аудитор, 2001. – 90 с.
- 51 **Жилкина, М.** Налог на эскулапа / М. Жилкина // Русский полис. – 2002. – № 10. – С. 78 – 83.
- 52 Здравоохранение в Оренбургской области: стат. сборник / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области. – Оренбург, 2005. – 176 с.
- 53 **Зубец, А. Н.** Маркетинговые исследования страхового рынка. / А. Н. Зубец – М.: АНК ИЛ, 2004. – 97 с.
- 54 **Зубец, А. Н.** Современное состояние рынка страховых услуг населению / А. Н. Зубец // Страховое ревю. – 2004. – № 4. – С. 39 – 47.
- 55 **Иризенова, М. Ш.** Система показателей убыточности в страховании / М. Ш. Иризенова // Страховое дело. – 2005. – № 8. – С. 23.
- 56 **Кибанов, А. Я.** Управление машиностроительным предприятием на основе функционально - стоимостного анализа / А. Я. Кибанов – М.: Наука, 1991. – 234с.
- 57 **Качалова, Е. Ш.** Региональное страхование в системе экономической безопасности Российской Федерации / Е. Ш. Качалова // Финансы. – 2004. – № 4. – С. 8 – 11.

- 58 Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС: учебно-методическое пособие / Федеральный фонд ОМС; под ред. А. М. Таранова, Н. А. Кравченко. – М., 2000. – 340 с.
- 59 **Кузнецов, В. В.** Добровольное стоматологическое страхование: основные подходы к формированию системы / В. В. Кузнецов – М.: АНК ИЛ, 2001. – 314 с.
- 60 Курс социально-экономической статистики: учебник / отв. ред. Назаров М. Г. – М.: Финстатинформ, 2002. – 973 с.
- 61 **Левит, М. М.** Становление общественной медицины в России./ М. М. Левит – М.: Медицина, 1974. – 232 с.
- 62 **Линькова, И. В.** Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика / И. В. Линькова, Л. А. Габуева // Приложение к журналу «Здравоохранение». – 2001. – № 3. – С. 290 – 303.
- 63 Медицинское страхование: тез. докл. Первого Всеросс. форума III тысячелетия «Пути к здоровью нации». – М.: Финансы и страхование, 2001. – 68 с.
- 64 Менеджмент в системе ОМС и здравоохранения: учебно-методическое пособие / Федеральный фонд ОМС; под ред. А. М. Таранова, Н. А. Кравченко – М., 1999. – 351 с.
- 65 **Мешков, А. А.** Горперепись КССР 1923 года / А. А. Мешков // Статистический Вестник КССР. – 1923. № 1. – С. 5.
- 66 **Морозко, Н. И.** Влияние платежеспособного спроса на развитие национального страхового рынка / Н. И. Морозко // Страховое дело. – 2005. – № 10. – С.15.
- 67 **Нефедов, В. А.** Страховое предупреждение / В. А. Нефедов // Экспресс-Урал. – 2004. – № 29. – С.14 – 16.
- 68 **Никонов, Б. И.** Развитие добровольного страхования рисков для здоровья населения в связи с неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановкой / Б. И. Никонов, [и др.] // Приложение к журналу «Вестник Уральской медицинской академической науки» / под ред. Черешнева В. А. – Екатеринбург, 2003. – С. 20 – 26.
- 69 О производственном травматизме в Оренбургской области: аналит. записка / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области. – Оренбург, 2005. – 40 с.
- 70 Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования: учебное пособие / под ред. В. З. Кучеренко, А. И. Волкова. – М.: ММА им. И. М. Сеченова, Федеральный фонд ОМС, 2000. – 264 с.
- 71 Отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги». – М.: Наука, 2000. – 147 с.
- 72 Панорама страхования: страховщики нас залечат // Эксперт - РА. – 2002. – № 46. – С. 139.

- 73 Право социального обеспечения: учебник / отв. ред. К. Н. Гусов. – М.: Проспект, 2002. – 323 с.
- 74 Реформирование системы здравоохранения города Оренбурга: состояние, перспективы развития, механизмы реализации: сб. науч. раб. / министерство здравоохранения, администрация г. Оренбурга, управление здравоохранения г. Оренбурга, 2000. – 115 с.
- 75 Муниципальная медицинская страховая компания / отв. ред. И. В. Лебедева. – Оренбург, 1998. – 138 с.
- 76 **Романова, М. В.** Налогообложение страховой деятельности / М. В. Романова. – М.: Финансы и статистика, 2002. – 173 с.
- 77 Российский статистический ежегодник: статистический сборник / Госкомстат России. – М., 2000. – 642 с.
- 78 **Рубин, И.** Российский страховой рынок в 2004 г. и после / И. Рубин // Страховое ревю. – 2005. – № 9. – С. 12 – 18.
- 79 **Савицкая, Г. В.** Анализ хозяйственной деятельности предприятия: учебник / Г. В. Савицкая – М.: ИНФРА – М., 2005. – 424 с.
- 80 **Самиев, П.** Страхование / П. Самиев // Эксперт. – 2005. – № 38. – С. 188.
- 81 **Слепнев, А. А.** Модернизация системы ОМС: что предлагает новый законопроект / А. А. Слепнев, [и др.] // Медицинский вестник. – 2005. – № 7. – С. 7 – 10.
- 82 Социальные приоритеты развития страхового дела в России: тез. докл. / Е. В. Коломин. // Четвертая конф. ВНСО – М.: Страховое ревю, 2003. – С. 87.
- 83 Социальное страхование на Урале в 1923 – 1924 гг.: бюллетень Уральского областного бюро статистики труда. – Свердловск: Издание областного управления социального страхования. – 1925. – № 3. – С. 2 – 8.
- 84 Справочник по функционально - стоимостному анализу / под ред. Б. И. Майданчика и М. Г. Карпунина. – М.: Финансы и статистика, 1988. – 235 с.
- 85 **Стародубов, В. И.** Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях / В. И. Стародубов, [и др.]. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1999. – 320 с.
- 86 Статистический ежегодник 2005 (Оренбургская область) / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области. – Оренбург, 2005. – 576 с.
- 87 Страхование: учебное пособие / под. ред. Т. А. Федоровой. – М.: Экономистъ, 2003. – 874 с.
- 88 Труд в СССР: статистический экономический обзор. – М.: Издательство ВЦСПС, 1924. – 280 с.
- 89 **Федосеева, О. В.** Аналитический доклад о состоянии страхового рынка России на основании оперативной отчетности / О. В. Федосеева, Я. С. Мирошниченко, П. И. Воробьев // Страховое дело. – 2005. – № 9. – С. 26 – 29.
- 90 Форма № 10 – сводная: сведения о поступлении и расходовании денежных средств ОМС страховыми медицинскими организациями

Оренбургской области 2001 – 2005 гг. (отчетность Оренбургского областного фонда ОМС). – 25 с.

91 **Хорсткотте, Х.** Система страхования в Германии / Х. Хорсткотте // Проблемы теории и практики управления. – 1999. – № 5. – С. 15 – 18.

92 **Цыганов, А.** Инфраструктура российского страхового рынка – перспективный объект инвестиций / А. Цыганов // Маркетинг. – 2005. – № 1. – С. 14.

93 **Четыркин, А.** Медицинское страхование на Западе и в России / А. Четыркин // Международная экономика и международные отношения. – 2000. – № 12. – С. 93 – 98.

94 **Четыркин, Е. М.** Актуарные расчеты в негосударственном пенсионном и медицинском страховании / Е. М. Четыркин – М.: Дело, 2002. – 272 с.

95 **Четыркин, Е. М.** Финансовая математика: учебник / Е. М. Четыркин – М.: Дело, 2001. – 397 с.

96 **Шибанов, И. О.** Добровольное медицинское страхование в экономике здравоохранения региона (на примере Удмуртской Республики): автореф. дисс. канд. экон. наук / И. О. Шибанов – М., 2000. – 19 с.

97 **Шихов, А. К.** Страхование: учебное пособие для вузов. / А. К. Шихов – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 431 с.

98 **Юлдашев, Р. Т.** Организационно-экономические основы страхового бизнеса / Р. Т. Юлдашев – М.: АНКЛ, 2002. – 247 с.

99 **Янова, С. Ю.** Социальное страхование и внебюджетные фонды. / С. Ю. Янова – СПб: Издательство ДНК, 2001. – 179 с.

100 **Claser, W.** Health insurance in practice / W. Claser. – S-Fransisco, 2002. – 167 p.

101 **Conrad, P.** Deviance and medicalization from badness and sickness / P. Conrad. – Merrill Publishing Company, 2000. – 312 p.

102 **Drummond, M. F.** Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. (Oxford Medical Publication) / M. F. Drummond // Oxford University Press. – 2001. – P. 131 – 135.

103 **Espinas, J.A.** Health status, use of health services and reported morbidity: application of correspondence analysis / J.A. Espinas // Rev Esp Salud Publica. – 2000. – Vol. 69. – P. 195 – 206.

104 **Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000.** Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. – Kurzfassen und Empfehlungen: Sondergutachten, 2000. – 60 p.

Приложение А

(обязательное)

Реализация рисков в страховании здоровья

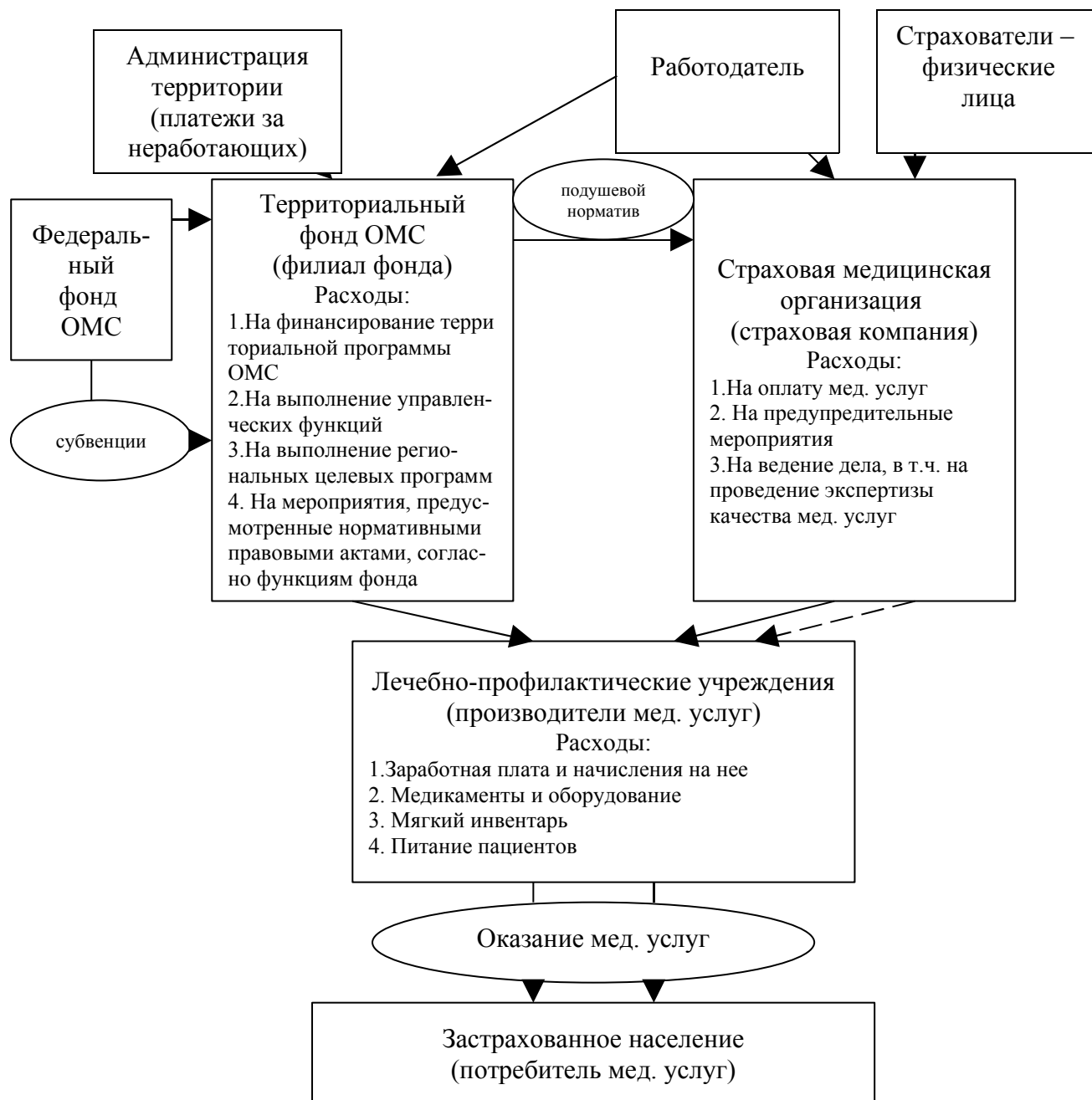
Таблица А.1. - Реализация рисков в страховании здоровья

Риски первого порядка	Риски второго порядка	Страховое событие (реализация риска)	Гарантии страховщика (полисные обязательства по страховым случаям)	Вид страхования
1	2	3	4	5
Заболевание. Травма. Отравление. Хронизация острого заболевания. Обострение хронической патологии. Беременность. Роды.	Необходимость потребления медицинской помощи в объемах, гарантированных государством	Потребление медицинской помощи в рамках программы ОМС	Организация и оплата медицинской помощи в рамках программы ОМС	Обязательное медицинское страхование
	Необходимость потребления медицинской помощи сверх гарантированных государством объемов	Потребление медицинской помощи в рамках программы ДМС	Организация и оплата медицинской помощи в рамках программы ДМС	Добровольное медицинское страхование
	Временная потеря трудоспособности	Потеря дохода	Частичная или полная компенсация финансовых потерь	Социальное страхование
	Осложнения от полученного лечения	Потеря органа, функции, качества жизни, смерть	Оплата дополнительного лечения. Выплаты	Добровольное медицинское страхование. Страхование от несчастного случая
	Неэффективное лечение	Потеря органа, функции, качества жизни, смерть	Оплата дополнительного лечения. Выплаты	Добровольное медицинское страхование. Страхование от несчастного случая

Продолжение таблицы А. 1

1	2	3	4	5
	Дефекты медицинской помощи	Потеря органа, функции, качества жизни, смерть	Оплата дополнительного лечения. Выплаты	Добровольное медицинское страхование. Страхование от несчастного случая
	Социальная депривация	Потеря (снижение) социального статуса(например, вследствие серьезной травмы)	Мероприятия по социальной адаптации	Страхование от несчастного случая. Социальное страхование
	Инвалидизация	Получение инвалидности	Оплата дополнительного лечения. Доплаты	Страхование от несчастного случая. Социальное страхование
	Профнепригодность	Потеря дохода	Перепрофилизация. Доплаты	Социальное страхование
	Смерть	Смерть	Выплаты выгодоприобретателям	Страхование жизни (накопительное). Страхование от несчастного случая

Приложение Б **(обязательное)** **Существующий финансовый механизм медицинского** **страхования**



—————> - Обязательное медицинское страхование
 - - - - -> - Добровольное медицинское страхование

Приложение В (обязательное)

Сравнительная характеристика основных положений закона «О медицинском страховании граждан в РФ» и проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

Таблица В.1 - Сравнительная характеристика основных положений закона «О медицинском страховании граждан в РФ» и проекта Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» (1991 г.)	Проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» 2005 г.
1	2
В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Федеральный и территориальные фонды ОМС - самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения для сбора и распределения страховых взносов – в состав субъектов не входят.	Субъектами ОМС являются: застрахованные лица, страхователи, Федеральный и территориальные фонды ОМС, Пенсионный фонд Российской Федерации, страховщики, медицинские организации, Министерство финансов Российской Федерации, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий государственное управление здравоохранением.
Страховщики: страховые медицинские организации - юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Им разрешается проведение обязательного и добровольного медицинского страхования.	Страховщики: организации ОМС, имеющие лицензию на осуществление деятельности по ОМС, или территориальные фонды ОМС - в порядке, определяемом законодательством РФ, на период отсутствия на территории соответствующего субъекта РФ организаций ОМС (их филиалов и представительств). Организации обязательного медицинского страхования не вправе осуществлять иные виды страховой и других видов деятельности.
Выбор страховщика страхователем.	Выбор страховщика застрахованными гражданами.

Продолжение таблицы В. 1

1	2
Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.	Медицинские организации – юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности. Субъекты РФ могут осуществлять предоставление субвенций или субсидий медицинским организациям, участвующим в системе ОМС на компенсацию повышенных расходов, обусловленных объективными причинами.
Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование в фонды ОМС. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Порядок сбора страховых взносов на ОМС разрабатывается Правительством РФ.	Средства ОМС формируются за счет: а) платежей на ОМС работающего населения, определяемых законодательством РФ о налогах и сборах; б) страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан из местного бюджета и Пенсионного фонда за пенсионеров; в) средств федерального бюджета, направляемых территориальным фондам ОМС на софинансирование ОМС неработающих граждан в соответствии с федеральным законом о федеральном бюджете на очередной год; г) финансовых средств, переданных из бюджетов субъектов РФ территориальным фондам ОМС на компенсацию дополнительных расходов по выполнению территориальной программы; д) поступлений от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса

Приложение Г (обязательное)

Расчет тарифов, используемых при коллективной форме проведения добровольного медицинского страхования

Рассмотрим расчет тарифов на примере программы «Амбулаторная помощь». Для расчета тарифов используются показатели, приведенные в таблице Г.1

Таблица Г.1 – Показатели, используемые для расчета тарифов

Наименование показателя	Программа страхования «Амбулаторная помощь»
Частота обращений за медицинской помощью, ед.	0,824
Средняя стоимость пролеченного больного, р.	3000
Максимальная выплата по договору (страховая сумма), р.	6000
Планируемое число договоров страхования, ед.	400

Расчет основной части нетто-ставки при коллективной форме проведения страхования по программе «Амбулаторная помощь»:

$$T_o = 0,824 * 3000 / 6000 * 100 = 41,20\%$$

Расчет рискованной надбавки к основной части нетто-ставки при коллективной форме проведения страхования по программе «Амбулаторная помощь» при планируемом числе договоров страхования $n = 400$:

$$T_p = 1,2 * 41,20 * 1,645 * \sqrt{\frac{1 - 0,824}{400 * 0,824}} = 1,88\%$$

Базовая нетто-ставка при коллективной форме страхования по программе «Амбулаторная помощь»:

$$T_n = 41,20 + 1,88 = 43,08\%$$

Базовая тарифная брутто-ставка при коллективной форме проведения страхования по программе «Амбулаторная помощь» (нагрузка установлена в размере 15 % от тарифной ставки):

$$T_6 = 43,08 / (1 - 0,15) = 50,68 \%$$

Расчет тарифов, используемых при индивидуальной форме проведения добровольного медицинского страхования

Исходные данные для расчета тарифных ставок по программе «Амбулаторная помощь» приведены в таблице Г.2.

Таблица Г.2 - Показатели, используемые для расчета тарифов

Наименование показателя	Значение показателя для населения, отнесенного по состоянию здоровья к группам		
	1 группа	2 группа	3 группа
Средняя стоимость пролеченного больного, р.	2400	3000	4800
Максимальная сумма выплат по договору, р.	4800	6000	9000
Частота обращений за медицинской помощью, ед.	0,440	0,824	0,909
Планируемое число договоров страхования, ед.	100	200	100

Расчет основной части нетто-ставки проведен в соответствии с формулой. Результаты расчетов представлены в таблице Г.3.

Таблица Г.3 – Результаты расчетов основной части нетто-ставки по группам здоровья

Программа страхования	Основная часть нетто-ставки по группам здоровья		
	1 группа	2 группа	3 группа
«Амбулаторная помощь»	22,00 %	41,20 %	48,48 %

Расчет рисковой надбавки к основной части нетто-ставки проведен в соответствии с формулой. Результаты расчетов представлены в таблице Г.4.

Таблица Г.4 - Результаты расчетов рисковой надбавки к основной части нетто-ставки по группам здоровья

Программа страхования	Рисковая надбавка к основной части нетто-ставки по группам здоровья		
	1 группа	2 группа	3 группа
«Амбулаторная помощь»	4,90 %	2,66 %	3,03 %

Расчет нетто-ставки по программе страхования «Амбулаторная помощь» в разряде групп населения по состоянию здоровья проведен путем суммирования основной части нетто-ставки и рисковой надбавки. Результаты расчетов приведены в таблице Г.5.

Таблица Г.5 - Результаты расчетов нетто-ставки по программе страхования «Амбулаторная помощь»

Программа страхования	Нетто-ставки по группам здоровья		
	1 группа	2 группа	3 группа
«Амбулаторная помощь»	26,90 %	43,86 %	51,51 %

Тарифы по программе «Амбулаторная помощь» при доле нагрузки в структуре тарифной ставки 15 % представлены в таблице Г.6.

Таблица Г.6 - Базовая тарифная брутто-ставка при индивидуальной форме проведения добровольного медицинского страхования

Программа страхования	Рисковая надбавка к основной части нетто-ставки по группам здоровья		
	1 группа	2 группа	3 группа
«Амбулаторная помощь»	31,65%	51,60%	60,60 %

При заключении договора по нескольким условиям страхования размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим условиям.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора: при сроке действия договора до 2 месяцев – 30 %; 3 месяца – 40 %; 4 месяца – 50 %; 5 месяцев – 60 %; 6 месяцев – 70 %; 7 месяцев – 75 %; 8 месяцев – 80 %; 9 месяцев – 85 %; 10 месяцев – 90 %; 11 месяцев – 95 %; от суммы годовой страховой премии.

Приложение Д
(обязательное)
Отличительные признаки обязательного и добровольного
медицинского страхования (ОМС и ДМС)

Таблица Д.1 - Отличительные признаки обязательного и добровольного медицинского страхования (ОМС и ДМС)

Отличительные признаки	ОМС	ДМС
1	2	3
Общественная значимость	Бесплатный доступ населения к гарантированным государством объемам медицинской помощи	Доступ населения к медицинской помощи сверх гарантированных государством объемов
Влияние государства	Подчиняется действующему государственному законодательству. Является важной составляющей социального страхования.	Носит частный рыночный характер, но подчиняется действующему государственному законодательству.
Охват населения	Сплошной	По желанию
Объем помощи	Определяется территориальной программой ОМС, утвержденной органами исполнительной власти	Определяется страховым продуктом (страховой медицинской программой) и условиями страхования конкретной страховой компании
Сбор страховых взносов	Казначейство и налоговые органы в составе единого социального налога. Контролируют территориальные фонды ОМС	Страховая компания
Зависимость объема медицинской помощи от величины страхового взноса	Не зависит	Зависит

Продолжение таблицы Д.1

1	2	3
Размер страхового взноса	3,1% от ФОТ за 2006 г., из суммы которых территориальный фонд ОМС формирует подушевой норматив для своей территории с учетом половозрастного состава застрахованных. Из этих средств финансируется страховые медицинские организации и далее медицинские учреждения	Определяется по каждому договору с учетом объемов взятых на себя страховщиком обязательств с помощью актуарных расчетов
Страховые резервы	В страховых медицинских организациях - методом отчислений из средств территориальных фондов ОМС, инвестиционных доходов, штрафных санкций	Согласно действующим «Правилам формирования страховых резервов по видам иным, чем страхование жизни» от 11.06.2002 г.
Наличие прибыли	Некоммерческий характер.	Коммерческий характер.

Приложение Е
(обязательное)

**Стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной
медицинской помощи гражданам РФ в Оренбургской области на 2005 год**

Таблица Е.1 - Стоимость территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в Оренбургской области на 2005 год

Виды медицинской помощи по источникам финансирования	№ стро- ки	Единица измере- ний	Территориаль- ные нормативы объемов медпомощи на 1000 жителей	Территориаль- ные нормативы финансовых затрат на единицу объема медпомощи	Подушевые нормативы финансирования		Общая потребность в финансировании территориальной программы по источникам			
					(руб. на одного жителя в год)		(млн. рублей)			
					из средств бюджета	из средств ОМС	средства бюджета	средства ОМС	всего	в % к итогу
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Медицинская помощь предоставленная за счет бюджетов субъекта Российской Федерации – всего, в том числе:	01		X	X	659,5	0	1426,2	0	1426,2	22,7
1.1 Скорая медицинская помощь	02	число вызовов	359,4	456,3	164,0	0	354,6	0	354,6	5,6
1.2 Социально значимые виды медицинской помощи – всего	03		X	X	434,8	0	940,3	0	940,3	15,0
в том числе: амбулаторно- поликлиническая помощь	04	посеще- ния	1047,5	101,3	106,1	0	229,5	0	229,5	3,7
стационарная помощь	05	койко-дни	729,0	442,2	322,4	0	697,1	0	697,1	11,1
дневные стационары	06	дни	32,8	192,8	6,3	0	13,7	0	13,7	0,2
1.3 Целевые программы	07				60,7	0	131,3	0	131,3	2,1

Продолжение таблицы Е.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2 Другие виды мед. помощи и затраты на поддержание системы здравоохранения	08		X	X	343,1	0	742,0	0	742,0	11,8
3 Медицинская помощь, предоставленная за счет средств ОМС – всего, в том числе:	09		X	X	269,3	1632,6	582,4	3530,4	4112,8	65,5
3.1 Территориальная программа ОМС – всего,	10		X	X	269,3	1605,1	582,4	3471,0	4053,4	67,5
в том числе:	11	посеще- ния	7465,5	64,5	97,6	481,2	211,0	1040,7	1251,7	19,9
амбулаторно-поликлиническая помощь										
стационарная помощь	12	койко-дни	2555,7	396,7	158,7	1014,0	343,1	2192,7	2535,8	43,8
дневные стационары	13	дни	633,1	173,5	13,1	109,9	28,3	237,6	265,9	3,8
3.2 Другие общегосударственные расходы	14		X	X	X	X	0	59,4	59,4	0,9
4 Медицинская помощь за счет федерального бюджета Министерст-ва здравоохранения и социального развития Российской Федерации – всего:	15		0	0	0	0	0	0	0	0,0
Дорогостоящие виды помощи – всего:	16		0	0	0	0		0	0	0,0
амбулаторно-поликлиническая помощь в федеральных клиниках	17		0	0	0	0		0	0	0,0
стационарная помощь в федеральных клиниках (квоты)	18	пролеч. больных	0	0	0	0		0	0	0,0
ИТОГО (стр. 01+08+09+15)	19		X	X	1272,0	1632,6	2750,6	3530,4	6281,0	100,0

Таблица Е.2 - Сводный расчет программы государственных гарантий по оказанию гражданам Оренбургской области бесплатной медицинской помощи по утвержденным объемам финансирования на 2005 год)

Виды медицинской помощи по источникам финансирования	№ строки	Единица измерений	Территориальные нормативы объемов мед. помощи на 1000 жителей	Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи	Подушевые нормативы финансирования		Общая потребность в финансировании территориальной программы по источникам			
					(руб. на одного жителя в год)		(млн. рублей)			
					из средств бюджета	из средств ОМС	средства бюджета	средства ОМС	всего	в % к итогу
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Медицинская помощь предоставленная за счет бюджетов субъекта Российской Федерации – всего, в том числе	01		X	X	586,2	0	1267,7	0	1267,7	21,6
1.1 Скорая медицинская помощь	02	вызова	359,4	400,4	143,9	0	311,2	0	311,2	5,3
1.2 Социально значимые виды медицинской помощи – всего	03		X	X	381,6	0	825,2	0	825,2	14,0
в том числе: амбулаторно-поликлиническая помощь	04	посещения	1047,5	88,9	93,1	0	201,4	0	201,4	3,4
стационарная помощь	05	койко-дни	729,0	388,1	282,9	0	611,8	0	611,8	10,4
дневные стационары	06	дни	32,8	169,2	5,5	0	12,0	0	12,0	0,2
1.3 Целевые программы	07				60,7	0	131,3	0	131,3	2,2
2 Другие виды мед. помощи и затраты на поддержание системы здравоохранения	08		X	X	343,1	0	742,0	0	742,0	12,6

Продолжение таблицы Е.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3 Медицинская помощь, предоставленная за счет средств ОМС – всего, в том числе	09		X	X	236,3	1556,2	511,1	3365,3	3876,4	65,8
3.1 Территориальная программа ОМС – всего,	10		X	X	236,3	1528,7	511,1	3305,9	4098,2	69,6
в том числе амбулаторно-поликлиническая помощь	11	посещения	7465,5	61,4	85,6	458,4	185,2	991,2	1176,4	18,6
стационарная помощь	12	койко-дни	2555,7	377,9	139,2	965,7	301,1	2088,4	2389,5	40,6
дневные стационары	13	дни	633,1	165,3	11,5	104,6	24,8	226,3	251,1	4,0
3.2 Другие общегосударственные расходы	14		X	X	X	X	X	59,4	59,4	1,0
4 Медицинская помощь за счет федерального бюджета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	15		0	0	0	0	0	0	0	0,0
Дорогостоящие виды помощи – всего, в том числе	16		0	0	0	0	0	0	0	0,0
стационарная помощь в федеральных клиниках (квоты)	18		0	0	0	0	0	0	0	0,0
ИТОГО (стр.01+08+09+15)	19		X	X	1165,7	1556,2	2520,8	3365,3	5886,1	100,0

Таблица Е.3 - Сводный баланс расчетной и утвержденной стоимости программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью в Оренбургской области по источникам финансирования на 2005 год

Источники финансирования программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан	Расчетная стоимость программы		Утвержденная стоимость программы		Утвержденный объем финансирования программы		Дефицит	
	сумма (млн. рублей)	на одного жителя (рублей)	сумма (млн. рублей)	на одного жителя (рублей)	сумма (млн. рублей)	на одного жителя (рублей)	млн. рублей (гр.2–гр.6)	в %
1 Средства бюджетов – всего	2750,6	1272,0	2750,6	1272,0	2520,8	1165,6	229,8	8,4
2 Средства ОМС – всего, в том числе за счет:	3530,4	1632,6	3530,4	1632,6	3365,3	1556,2	165,1	4,7
налоговых доходов	X	X	X	X	868,3	401,5	X	X
платежей на неработающее население	X	X	X	X	2135,6	987,6	X	X
прочих поступлений	X	X	X	X	361,4	167,1	X	X
3 Федеральный бюджет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (квоты на лечение в федеральных клиниках)	0	0	0	0	0	0	0	0
ВСЕГО	6281	2904,5	6281,0	2904,5	5 886,1	2721,8	394,9	6,3

Приложение Ж
(обязательное)

Исполнение бюджета Оренбургского Областного фонда ОМС за 2001-2005 гг

Таблица Ж.1 - Динамика структуры отчета об исполнении бюджета Оренбургского Областного фонда ОМС за 2001-2005 гг.

Показатели	2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.	
	абс. (тыс.р.)	%	абс. (тыс.р.)	%	абс. (тыс.р.)	%	абс. (тыс.р.)	%	абс. (тыс.р.)	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ЕСН в части, подлежащей зачислению в Фонд ОМС	656432	71,72	601064	38,69	850568	39,22	952066	40,46	1114976	33,91
Другие единые налоги, сборы	-	-	5 156	0,32	-	-	13435	0,57	19192	0,58
Взносы из бюджета за неработающее население	209912	22,94	781548	50,31	1163913	53,66	1118084	47,52	2142760	65,15
Прочие поступления, в т.ч. задолженность, штрафы и пени от СМО и ЛПУ	13635	1,49	77790	5,01	41491	1,91	205353	8,73	11867	0,36
Субвенции Федерального фонда ОМС	10000	1,09	36000	2,32	84103	3,88	64 002	2,72	-	-
Остаток средств с пред. года	25410	2,76	51973	3,35	28 906	1,33	Не внесены	-	Не внесены	-
ВСЕГО ДОХОДОВ	915389	100,0	1553531	100,0	2168981	100,0	2352940	100,0	3288795	100,0

Продолжение таблицы Ж.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Финансирование территориальной программы ОМС	778580	90,17	1424416	93,46	2047823	95,51	2281135	97,41	3212697	97,35
Содержание фонда и его филиалов	24 970	2,89	21 253	1,39	36 614	1,71	40 944	1,75	50 930	1,55
Финансирование иных мероприятий по здравоохранению	59319	6,88	77240	5,07	58978	2,75	6783	0,29	35000	1,06
Прочие расходы, в т.ч. пропаганда ОМС, списание безнадежных долгов и т.д.	547	0,06	1716	0,11	771	0,03	13041	0,55	1000	0,03
ВСЕГО РАСХОДОВ	863416	100,0	1524625	100,0	2144186	100,0	2341903	100,0	3299627	100,0

Приложение И (обязательное)

Примерная характеристика программ добровольного медицинского страхования

Таблица И.1 - Примерная характеристика программ добровольного медицинского страхования

Название программы	Контингент застрахованных	Содержание программы	Юридическое обеспечение	Механизм расчета
1	2	3	4	5
«Скрининг здоровья» (онкологический, кардиологический, диабетический, щитовидной железы и др.)	Организованные коллективы с вредными условиями труда.	Углубленные медицинские осмотры с учетом условий труда. Выявление профессиональных заболеваний. Их диспансерное наблюдение.	Гос. лицензия по перечню, утв.приказом МЗ от 29.04.98 п.10.1 «экспертиза профпри-годности».	По фактически оказанным услугам.
«Лечение и профилактика заболеваний позвоночника»	Организованные коллективы с вредными условиями труда. Лица с заболеваниями позвоночника	Прикрепление к специализированным клиникам. Традиционные методы лечения (массаж, ЛФК, вытяжение, физиопроцедуры, иглорефлексотерапия, бальнеолечение). Возможен стационарный этап.	Гос. лицензия по перечню, утв.приказом МЗ от 29.04.98 п.4.22 «лечебная физкультура, п.8.4 «медицинский массаж», 8.6 «традиционная диагностика».	По факту или прикреплению.

Продолжение таблицы И.1

1	2	3	4	5
Лечение и профилактика травм»	Коллективы, работа которых связана с повышенным травматизмом. Желающие лица.	Лечение травм в подострый период в хорошо оснащенных клиниках. Дополнительные медикаменты и иммобилизационные материалы.	Гос. лицензия по перечню, утв.приказом МЗ от 29.04.98 п. 4.43 «травматология и ортопедия амбулаторно поликлиническая», п.6.45 «травматология и ортопедия стационарная».	По фактически оказанным услугам
«Лечение и профилактика инфекций» (грипп, гепатит В и др.)	Детские и взрослые коллективы. Желающие лица.	Высоко эффективная вакцино-профилактика в предэпидемический период. Оплата лечения по факту заболевания.	Гос. лицензия по перечню, утв.приказом МЗ от 29.04.98 п. 4.15 «иммунопрофилактика»	По фактически оказанным услугам.
«Охрана голоса»	Преподаватели, певцы, актеры, дикторы и т.д.	Периодические осмотры. Профилактика, ранняя диагностика, лечение заболеваний гортани у врачей-фониаторов	Гос. лицензия по перечню, утв.приказом МЗ от 29.04.98 п. 4.28.2 «фониатрия»	По факту или прикреплению.