**Модуль 2 Медицинское страхование Обязательное и добровольное медицинское страхование**

**Базовая программа ОМС**

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Кроме того, жителям РФ предоставляются за счёт средств бюджета России следующие виды медицинской помощи:

скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;

амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при следующих заболеваниях: заболеваниях, передаваемых половым путем; заразных заболеваниях кожи (чесотке, микроспории); туберкулезе; заболеваниях, вызванных особо опасными инфекциями; синдроме приобретенного иммунодефицита; психических расстройствах и расстройствах поведения; наркологических заболеваниях;

оказание дорогостоящих видов медицинской помощи, перечень которых утверждается Комитетом по здравоохранению;

льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное, ушное);

вакцинопрофилактика декретированного контингента и населения по эпидемиологическим показаниям;

проведение профилактических флюорографических обследований в целях раннего выявления заболевания туберкулезом;

медицинская помощь при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у детей и отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, в соответствии с перечнем, утверждаемым Комитетом по здравоохранению;

стоматологическая и онкологическая медицинская помощь, в соответствии с перечнем, утверждаемым Комитетом по здравоохранению Российской федерации.

**Центральные проблемы ОМС**

 В сложившейся экономической ситуации сохранение государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи на универсальной основе практически нереально. При самых благоприятных условиях (Выполнение обязательств государственного бюджета по взносам на ОМС, привлечение дополнительных источников финансирования) финансовых ресурсов для обеспечения бесплатности всех видов медицинской помощи будет недостаточно. При этом важно учитывать, что чрезмерные обязательства государства ведут к деформации экономических отношений в отрасли, поскольку в условиях несбалансированности программ ОМС ограничиваются возможности полноценных договорных отношений между финансирующей стороной и ЛПУ, а значит, и повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Тем самым нарушается важнейшее условие осуществления реформы здравоохранения – предсказуемость поступлений финансовых ресурсов.

 Не менее очевиден и отрицательный социальный и политический эффект чрезмерной декларативности государственных обязательств: бесплатность медицинской помощи становится все более иллюзорной, растет недовольство населения состоянием служб здравоохранения. Объявив медицинскую помощь полностью бесплатной, государство все более утрачивает возможности предоставить такую помощь, тем, кто в ней более всего нуждается. Одновременно активизируется теневой рынок медицинских услуг с далеко идущими социальными и экономическими последствиями. С одной стороны, медики сильней реагируют на стимулы, возникающие в сфере теневой экономики, чем на попытки страховщиков построить разумную систему оплаты по результатам труда в общественном секторе здравоохранения. С другой – пациенты иногда вынуждены платить из собственного кармана суммы, не соответствующие реальному вкладу медиков.

 Объем платных медицинских услуг населению с 1993 г. по 2001 г. увеличился с 1,7 до 4,6% от общего итого платных услуг населению в стране.

**Участники системы ОМС**

 Основными участниками системы обязательного медицинского страхования помимо граждан являются непосредственно сами страхователи и страховщики.

 Страхователями в системе ОМС являются физические и юридические лица, заключившие договор страхования со страховщиком. Страхователями для работающего населения выступают предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью и лица свободных профессии; для неработающего – органы исполнительной власти разных уровней.

 Страхователями по ОМС, т.е. теми, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всех граждан медицинским страхованием, выступают работодатели и местные органы исполнительной власти.

 Работодатели обязаны платить страховые взносы за работающее население. Тариф страховых взносов устанавливается федеральным законом и в настоящее время составляет 3,6% к фонду оплаты труда. Правила начисления и уплаты страховых взносов представлены в Инструкции о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование, утвержденной постановлением Совета Министров Правительства РФ от 11.10.93 г. № 1018. В соответствии с этим документом страховые взносы в фонды ОМС обязаны платить все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности. К ним относят:

 организации, учреждения, предприятия;

 крестьянские (фермерские) хозяйства и родовые семейные общины малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными видами хозяйствования;

 граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, частной практикой;

 граждан, использующих труд наемных работников в личном хозяйстве;

 лиц творческих профессий.

 Освобождаются от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, объединения, учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.1

 Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За нарушение порядка уплаты страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции (штрафы, пени).

 Суммы начисленных взносов уплачиваются в фонды ОМС ежемесячно, не позднее 15-го числа следующего месяца. Сумма взносов в размере 3,4% фонда оплаты труда перечисляется на счет территориального фонда ОМС, а 0,2% - на счет федерального ФОМС.

 Фонды ОМС – это самостоятельные государственные кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

 По Закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» существует три группы субъектов управления организацией и финансированием ОМС. Эти субъекты заключают договоры на осуществление ОМС, собирают и аккумулируют страховые взносы, направляют средства на оплату медицинских услуг. С точки зрения теории страхования они выступают страховщиками, но имеют существенные различия и обладают строго разграниченными полномочиями по выполнению конкретных страховых операций.

 Федеральные фонды ОМС создаются высшим органом законодательной власти и Правительством РФ. Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.2

1-й уровень страхования в системе ОМС представляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Сам он не осуществляет страховые операции и не финансирует систему ОМС граждан. Фонд был создан для реализации государственной политики в области медицинского страхования, а его роль в ОМС сводится к общему регулированию системы, что достигается как за счет нормативного регулирования основных положений ОМС на территории РФ, так и за счет финансового регулирования осуществления медицинского страхования граждан в субъектах Федерации.

 ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой.1

 Финансовые средства фонда образуются за счет части страховых взносов предприятий (0,2% от ФОП), взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ и других источников, определяемых законодательством РФ.

 Федеральный ФОМС выравнивает условия деятельности территориальных ФОМС по обеспечению финансирования ОМС за счет предоставления финансовой помощи, финансирует целевые программы в рамках ОМС, утверждает типовые правила ОМС граждан, разрабатывает нормативные документы, участвует в разработке базовой программы ОМС для всей терри­тории РФ, осуществляет международное сотрудничество в области медицинского стра­хования, участвует в организации территориальных фондов ОМС, осуществляет финансово-кредитною деятельность для выполнения задач по финансированию ОМС и проводит научно-исследовательские работы и подготовки специалистов для ОМС.

 Управление деятельностью фонда осуществляется его правлением и постоянно действующей исполнительной дирекцией. В состав правления входят представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти и общественных объединений.

2-й уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. Этот уровень – основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляются сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС.

 Территориальные ФОМС создаются на территориях субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны соответствующим органам представительной и исполнительной власти.

 Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.2 Они образуются за счет:

 части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями на ОМС работающего населения (3,4% ФОТ);

 средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов РФ на ОМС неработающего населения;

 средств, взыскиваемых в результате предъявления регрессных требований к страхователям, медицинским учреждениям и другим субъектам;

 средств, получаемых от применения финансовых санкций к страхователям за нарушение порядка уплаты страховых взносов;

 других источников, предусмотренных законодательством РФ.1

 Главной задачей ТФОМС является обеспечение реализации ОМС на каждой территории субъектов РФ на принципах всеобщности и социальной справедливости. На ТФОМС возложена основная работа по обеспечению финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС.

ТФОМС собирают страховые взносы на ОМС, осуществляют финансирование территориальных программ ОМС, заключают договоры со страховыми медицинскими организациями на финансирование проводимых СМО программ ОМС по утверждаемым ТФОМС дифференцированным душевым нормативам, осуществляют инвестиционную и иную финансово-кредитную деятельность, формируют финансовые резервы для обеспечения устойчивости функционирования ОМС, осуществляют выравнивание условий финансирования, ОМС по территориям народов и районов, разрабатывают и утверждают правила ОМС граждан на соответствующей территории, организуют банк данных по всем страхователям и осуществляют контроль за порядком начисления и своевременностью уплаты страховых взносов и выполняют другие немаловажные функции.2

 Руководство деятельностью ТФОМС осуществляется так же правлением и исполнительной дирекцией. Председатель правления избирается правлением, а исполнительный директор назначается местной администрацией.

 Для выполнения своих функций ТФОМС могут создавать в городах и районах филиалы. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по сбору страховых взносов и финансированию страховых медицинских организаций. При отсутствии на данной территории страховых медицинских организаций (СМО) филиалам разрешено самим осуществлять обязательное медицинское страхование граждан, т.е. и аккумулировать страховые взносы, и вести расчеты с медицинскими учреждениями.

3-й уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. СМО получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

 По Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, в качестве СМО может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую департаментом страхового надзора.

 СМО вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование граждан, но не вправе осуществлять другие виды страховой деятельности. При этом финансовые средства по обязательному и добровольному страхованию учитываются СМО раздельно. СМО не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

 СМО выступают в качестве посредника между гражданами, лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и финансирующими организациями – территориальными фондами ОМС. Свою страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров:

 Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией, иными словами, со всеми страхователями, обязанными платить страховые взносы в ТФОМС. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной СМО.

 Договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с численностью и категориями застрахованных.

 Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной СМО гражданам.

 Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т.е. полисы ОМС, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

 Все взаимоотношения внутри системы ОМС регулируются на основании территориальных правил ОМС, которые должны соответствовать типовым правилам ОМС от 1.12.93 г., утвержденным Федеральным фондом ОМС и согласованным с Росстрахнадзором.

 Основными функциями СМО являются:

 участие в выборе и аккредитации медицинских учреждений;

 оплата медицинских услуг, предоставляемых застрахованным;

 осуществление контроля за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг, в том числе предъявление регрессных требований и исков медицинским учреждениям по фактам нарушения условий ОМС или причинения ущерба застрахованным;

 формирование страховых резервов: резерва оплаты медицинских услуг, резерва финансирования предупредительных мероприятий и запасного резерва и другое.

 Таким образом, деятельность СМО представляет заключительный этап в реализации положений ОМС. Страховые медицинские организации – важное звено в системе обязательного медицинского страхования. Цель страховой медицинской организации – обеспечить оплату медицинской помощи, следить за полнотой и качеством предоставляемых медицинских услуг и защищать право застрахованных лиц.1

 Общая схема организации и финансирования ОМС представлена на рисунке «Схема организации финансирования ОМС» (приложение № 2). Представленный на схеме механизм функционирования ОМС отражает те принципы организации финансирования системы, которые были заложены законодательством о медицинском страховании граждан.

. Модели внедрения ОМС в Российской Федерации

 Система ОМС очень многолика, многофакторна и сложна, так как ее инфраструктура вбирает огромный спектр политических, социальных и экономических проблем, и каждая их этих моделей может иметь несколько типов реализации, зависящих от вариантов финансового взаимодействия подсистем, входящих в систему ОМС, наличие связей различного характера между ними, влияние подсистем на обеспечение государственной политики в деле внедрения ОМС.

 Первостепенная роль в формировании модели системы ОМС принадлежит месту, занимаемому территориальным фондом в системе ОМС. Иногда фонд теряет свою самостоятельность, уступая бразды правления страховой медицинской организации или органу управления здравоохранением. В таких условиях формирование модели системы ОМС происходит по типу:

 **Фонд**

 Орган управления здравоохранением

 Страховая медицинская организация

 Осуществляется это через прямую сильную вертикальную связь, идущую от органов власти (администрации) территории правления территориального фонда, т.е. органов уполномоченных управлять территориальным фондом.

 В 1997 году на территориях 29 субъектов РФ ОМС полностью соответствовало законодательной модели. Цепочка финансового обеспечения субъектов выстраивалась от территориального фонда ОМС через СМО.2

 Практика внедрения ОМС в субъектах РФ показывает, что в настоящее время добиться полного соответствия функционирующих территориальных систем ОМС требованиям законодательства пока не удается. На сегодняшний день можно назвать четыре варианта организации ОМС в различных субъектах Федерации.3

Первый вариант в основном соответствует законодательной базе и наиболее полно учитывает основные принципы реализации государственной политики в области медицинского страхования. По этому варианту в системе ОМС работают все требующиеся субъекты. Средства от страхователей (предприятий и органов исполнительной власти) поступают на счет ТФОМС. Фонд аккумулирует собранные средства и по заключении договоров со СМО переводит этим организациям причитающиеся им доли на финансирование ОМС. СМО непосредственно работают с медицинскими учреждениями и населением. Наибольшие проблемы при такой организации ОМС возникают при заключении договоров на страхование населения. Законодательством заложены два принципа заключения таких договоров: либо с местной администрацией, либо с работодателями. К сожалению, в настоящее время заключение производственных страховых договоров непосредственно между работодателями и СМО не получило должного распространения. В основном заключением договоров на страхование занимаются представители местном администрации, что выводит основных плательщиков страховых взносов – работодателей из сферы контроля за выполнением ОМС и выбора медицинских учреждений для своих работников. По первому варианту функционируют системы ОМС в 19 субъектах Российской Федерации, охватывающих более 30% населения: города Москву, Санкт-Петербург, Вологодскую, Московскую, Калининградскую, Новосибирскую, Кемеровскую области, Ставропольский край и некоторые другие.

Второй вариант представляет комбинированную систему ОМС. Это означает, что страхованием граждан (выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений) занимаются не только СМО, но и филиалы ТФЮМС. Это наиболее распространенная схема организации ОМС, которая охватывает 36 субъектов РФ, или 44,8% населения.

Третий вариант характерен полным отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организаций. Их функции взяли на себя ТФОМС и их филиалы. Такая организация ОМС сложилась в 17 субъектах РФ и охватывает 15% населения. Выполнение ТФОМС всех функций в рамках ОМС предлагается многими специалистами в качестве основного принципа возможного реформирования ОМС. Однако в настоящее время в этих объектах не наблюдается существенных улучшений в области медицинского обслуживания. Скорее наоборот, такая организация ОМС связывается со слабым социально-экономическим развитием региона.

Четвертый вариант характеризуется отсутствием в регионах ОМС как такового в принципе. В этих субъектах Российской Федерации ОМС выполняется только в части сбора страховых взносов на работающее население. Распоряжаются же собранными средствами местные органы управления здравоохранением, напрямую финансируя медицинские учреждения. Такое положение характеризует 17 регионов и охватывает 9,2% населения страны: республики Северного Кавказа, Восточно-Сибирский район, Смоленскую, Кировскую, Нижегородскую области и др.

 Для стабильного функционирования системы ОМС необходима разработка мер, направленных на усиление влияния Федерального фонда, на соблюдение законодательной базы ОМС при формировании различных моделей системы ОМС в ходе реализации Закона «О медицинском страховании граждан в РФ», а на территориях необходим пересмотр взаимосвязей системы ОМС и реорганизация сформированных моделей в соответствии с законодательной базой.

**Добровольное медицинское страхование (ДМС)**

 Конституция РФ в статье 41 провозглашает право на охрану здоровья и медицинскую помощь, ставя его в один ряд с такими социальными правами, как право на пенсионное и социальное обеспечение, право на жилище, право на охрану материнства и детства. Экономические гарантии сами представляют собой систему, центральное место в которой занимают государственное (бюджетное) финансирование, обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). ДМС должно было бы занять достойное место среди экономических гарантий права на охрану здоровья и стать одной из наиболее действенных среди них.

 Впервые о ДМС заговорили в 90-е годы к исходу горбачевской перестройки, когда окончательно стало ясно, что государство не в состоянии исполнять свои обязательства по финансированию здравоохранения. Надвигалась экономическая катастрофа, которая все более сказывалась на реализации государством социальных функций. В этих условиях было решено обратиться к опыту других стран, где национальные системы здравоохранения имеют различные источники финансирования, дополняющие друг друга. Организаторы здравоохра­нения, экономисты и законодатель одинаково понимали необходимость реформ в отросли, в первую очередь, – пересмотра концепции финансового обеспечения здравоохранения.

 С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая, т.е. страхового случая – (в ДМС) обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезнет необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным.

 Полезную информацию для оценки возможностей развития ДМС предоставляют данные социологических исследований, в частности исследования, проведенного в 2000 г. сотрудниками ОАО «РОСНО. Количество респондентов составило 10 тыс. человек в возрасте от 18 до 80 лет, в том числе 6 тыс. пациентов АПУ Москвы, 3 тыс. пациентов АПУ Санкт-Петербурга и 1 тыс. пациентов АПУ г. Саратова. 70% респондентов составили пациенты государственных медицинских учреждений, 20,8% – ведомственных и 8,2% – самостоятельных. Более половины респондентов были пенсионерами или не работали (68,2%). Опрос проводился методом анкетирования.

 Добровольным медицинским страхованием оказались охвачены только 2% респондентов. Вместе с тем практически все опрошенные (98,2%) отметили, что более или менее регулярно оплачивают медицинское обслуживание. В их числе 81% респондентов платили лично врачу, 36% - в кассу медицинского учреждения (допускалось указание нескольких вариантов ответов, поэтому сумма показателей в процентах превышает 100).

**Объекты и субъекты ДМС**

 Добровольное медицинское страхование – весомое дополнение к системам государственного здравоохранения или ОМС.

 В России ДМС как экономическая и правовая категория и вид страховой деятельности возникло в 1991 г. с принятием Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.1991 г. № 1499-1. Предусмотренная законом страховая модель коренным образом отличалась от существовавших на тот момент разновидностей личного страхования. Речь шла о качественно новом для нашей правовой системы правоотношении. Новизна была в объекте возникающего при ДМС страхового правоотношения. По-новому выглядел и его субъектный состав. Личное страхование, в том числе страхование здоровья, распространенное в советский период, предусматривало при наступлении страхового случая (болезни или другого вреда здоровью) выплаты непосредственно застрахованному. Цель такого страхования – сгладить возможные финансовые потери застрахованного, понесенные им в результате повреждения здоровья. Объектом страхования выступали в данном случае имущественные интересы застрахованного лица. Наиболее распространенной была «простая» структура страхового правоотношения, включающая в качестве субъектов страховщика и страхователя, причем страхователь обычно персонально совпадал с застрахованным. 2

 3акон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в качестве объекта добровольного медицинского страхования определяет риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая». При этом в Законе указывается, что добровольное медицинское страхование «обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг и иных услуг сверх установленных программами обязательного страхования».3 Объектами ДМС выступают две группы страховых рисков: 1) возникновение расходов на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации, уходу; 2) потеря дохода в связи с невозможностью осуществления трудовой деятельности как во время заболевания, так и после – при наступлении инвалидности. Законодательство РФ ограничило объект медицинского страхования только возмещением затрат на медобслуживание.

 Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан.

 Добровольное медицинское страхование предусматривало качественно новый и до того неизвестный отечественной страховой практике вид страхового правоотношения. Объектом его должны были выступать имущественные интересы третьих лиц, а не самого застрахованного. Понятие объекта раскрывалось в законе как «затраты но оказание медицинской помощи». Субъектный состав правоотношения усложнялся, кроме страховщика, страхователя и застрахованного лица в него вводилось медицинское учреждение как лицо, непосредственно оказывающее медицинскую помощь

Новшеством выступал также законодательно закрепленный отказ от государственной монополии в области страхования. Отход от государственного монополизма и первое упоминание частного страхования последовало в «Основах гражданского законодательства Союза ССР и союзных республик» 1991 г. Поэтому частный характер ДМС, подчеркнутый в Законе РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» 1991 года был достаточно нов.

Платными медицинскими услугами являются:

виды медицинской помощи, не включённые в перечень гарантированных государством и субъектом РФ;

медицинские услуги, предоставляемые по желанию граждан, свыше установленных стандартов объемов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

медицинские услуги, предоставляемые в плановом порядке гражданам, не имеющим права на их бесплатное получение.

Медицинское страхование выезжающих за рубеж (путешественников)

Данный вид страхования является добровольным видом страхования, однако наличие полиса страхования медицинских расходов выезжающих за рубеж (ВЗР) является обязательным требованием для получения визы в ряд стран (страны Шенгенского соглашения и др.)

Ведется обсуждение о введении данного вида страхования в число обязательных, при оформлении поездки через туристическую фирму.

Правилами страхования конкретной страховой компании определяется объем услуг, оплачиваемых полисом ВЗР, но, как правило, это:

Медицинские услуги — лечение остро возникших заболеваний или травм

Медико-транспортные услуги — доставка пациента до больницы, перевозка из одной больницы в другую, при необходимости — эвакуация пациента в страну постоянного проживания, с сопровождением.

Репатриация останков

Как правило, по правилам страхования ВЗР не оплачивается лечение:

онкологических заболеваний

состояний, связанных с беременностью и родовспоможением

психиатрических заболеваний и их последствий

травм, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения

системных заболеваний соединительной ткани

солнечной аллергии и солнечных ударов

заболеваний, возникших во время природных катастроф — землетрясений, извержений вулканов, цунами

Для организации медицинской помощи за рубежом страховые компании привлекают компанию-ассистанс.

**Экономическая необходимость ДМС**

 Поскольку теми или иными системами ОМС во многих странах охвачена основная часть населения, то страховщики разработали такие виды страхования, которые позволили бы гражданам, участвующим в ОМС, с помощью частного страхования полностью покрывать расходы на те медицинские услуги, которые оплачиваются программами ОМС частично или улучшить условия своего медицинского обслуживания по ОМС. Дополнительное ДМС предоставляет покрытие расходов на дорогостоящие операции, на привлечение ведущих врачей – специалистов, выбор больницы и врача, создание комфортных условий лечения, обеспечение ухода и некоторое другое.

 Самостоятельно медицинское страхование предполагает медицинские полисы: гражданам, которые не участвуют в ОМС; отдельным группам населения, имеющим особенности лечения (дети, женщины, некоторые другие группы); для лечения в частных клиниках и у частнопрактикующих врачей; для обеспечения медицинской страховки при выезде за рубеж.

 ДМС появляется и успешно развивается там и тогда, где и когда возникает необходимость оплаты (полной или частичной) медицинских услуг. Если медицинская помощь оказывается бесплатно и полностью финансируется государством или системой ОМС, то потребность в дополнительном медицинском страховании отсутствует.

 Периодичность наступления риска заболевания в течение жизненного цикла человека позволяет отнести этот риск к числу страхуемых за счет выравнивания его последствий для больших групп населения. Риск болезни реально затрагивает каждого человека, но при этом выявлена устойчивая статистическая закономерность, позволяющая разделить жизнь человека на четыре периода, характеризующих частоту наступления заболевания:

 с рождения до 15-летия – период детских болезней, характеризующийся достаточно высоким уровнем заболеваемости;

 с 15 до 40 лет – период стабильности, характеризующийся наименьшей заболеваемостью;

 с 40 до 60 лет – период постепенного нарастания риска;

 после 60 лет – период наиболее высокого риска заболеваемости.

 Такая динамика риска позволила осуществлять его равномерное распределение в обществе с помощью страхования с использованием выровненных страховых премий для разных возрастных групп.

 Потребность в ДМС напрямую зависит оттого, в какой части риск заболевания покрывается обязательными системами медицинского страхования. Чем ỳже спектр гарантий по ОМС, тем выше спрос на частное медицинское страхование, и наоборот. Спрос на частное медицинское страхование определяется во многих случаях желанием получить гарантию не только лечения, но и высокого уровня обслуживания в медицинском учреждении (отдельная палата, сиделка, лечение у ведущих специалистов и некоторые другие услуги). Потребность в ДМС становится весьма актуальной при выезде за рубеж, особенно в те страны, где получение визы невозможно без предъявления медицинской страховки на время поездки.

Отличительные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования

 Добровольное страхование аналогично обязательному медицинскому страхованию и проследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицин­ской помощи путем страхового финансирования. Однако эта общая цель достигается двумя системами разными средствами.

 Во-первых, добровольное медицинское страхование, в отличие от обязательного медицинского страхования (ОМС), является отраслью не социального, а коммерческого страхования. ДМС наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев относится к сфере личного страхования.

 Во-вторых, как правило, это дополнение к системе ОМС, обеспечивающее гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах обязательного медицинского страхования или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины.

 В-третьих, несмотря на то, что и та, и другая системы страховые, ОМС использует принцип страховой солидарности, а ДМС – принцип страховой эквивалентности. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

 В-четвертых, участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

 Имеются и другие не менее существенные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования.

 В соответствии со ст. 1 Закона РФ «О медицинском страховании...» обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

 Обязательное медицинское страхование в отличие от добровольного охватывает все страховые риски независимо от их вида.

 ОМС является всеобщим, а добровольное может быть коллективным и индивидуальным.

 Страхователями при обязательном медицинском страховании выступают для работающих граждан – работодатели, а для неработающих государство (органы местной исполнительной власти). При обязательном медицинском страховании страхователь обязан включать договор со страховой медицинской компанией, а при добровольном медицинском страховании договор заключается только на добровольной основе.

 Деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе, а добровольное медицинское страхование представляет собой один из видов финансово-коммерческой деятельности и осуществляется в соответствии не только с Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ», но и другими законами, регламентирующими предпринимательскую деятельность.

 В отличие от добровольного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов, и страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

 Финансовые средства системы ОМС формируются за счет платежей бюджета и взносов предприятий, органов государственного управления соответствующего уровня. Размер взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов устанавливается в процентах к начисленной оплате труда. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.

 Базовая программа обязательного медицинского страхования определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, представляющая перечень медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на данной территории. При, добровольном медицинском страховании перечень услуг, и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.

 Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются на территориальном уровне соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

 Система контроля качества при обязательном медицинском страховании определяется соглашением сторон, при ведущей роли государственных органов управления, а при добро­вольном медицинском страховании устанавливается договором.

Согласно российскому законодательству, обеспечением и защитой прав застрахованных граждан занимаются:

орган законодательной власти субъекта РФ

орган исполнительной власти субъекта РФ

страхователи (работодатель)

Территориальный фонд Обязательного Медицинского Страхования (для соответствующей системы)

страховые медицинские организации и их ассоциации

орган управления здравоохранением

профессиональные медицинские ассоциации

лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы)

лицензионно-аккредитационные комиссии

органы государственного контроля (прокуратура, антимонопольный комитет, Уполномоченный по правам человека, Представитель Президента РФ, росздравнадзор)

субъекты общественного контроля (профсоюзные органы, Общество защиты прав потребителей, СМИ, гражданин)

субъекты досудебного и судебного разрешения споров.

 Перспективы сочетания ОМС и ДМС

 Вопрос о формах дальнейшего существования обязательного медицинского страхования как элемента государственных гарантий связан прежде всего с вопросом о возможных путях покрытия финансового дефицита средств, направляемых на финансирование медицинской помощи. Существуют три основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий.

 Первая стратегия предусматривает рост государственного финансирования здравоохранения в сочетании с ограниченными мероприятиями по реструктуризации системы медицинского обслуживания и повышению ее эффективности. Эта стратегия ориентирует на развитие ДМС как системы, замещающей ОМС, при сохранении неизменными государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

 Вторая стратегия ориентирует на существенное повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, достигаемое за счет глубокой реструктуризации медицинской помощи с переносом максимально возможной ее части на амбулаторный этап с одновременной ликвидацией финансирования из общественных источников высвобождающихся мощностей. Она не порождает новых вариантов сочетания ДМС и ОМС по сравнению с первой стратегией.

 Третья стратегия предполагает сочетание мер по повышению эффективности системы здравоохранения с частичным пересмотром гарантий и сокращением медицинской помощи (по видам, гарантированным объемам и условиям предоставления), полностью оплачиваемой за счет общественных источников. Этот вариант создает принципиально иные условия для развития ДМС, по сравнению с первыми двумя стратегиями. Здесь речь идет о переводе оказания части видов медицинской помощи на платную основу для определенных категорий населения, или введении легального соучастия ряда категорий населения в финансировании медицинской помощи, предоставляемой по программе ОМС (соплатежи в момент получения медицинской помощи или введение дополнительного страхового взноса). Соответственно расширяется предмет добровольного медицинского страхования. Формы сочетания ДМС и ОМС предстают как формы многоуровневой системы медицинского страхования.

 Основное условие успешной реализации любой из этих стратегий – четкое описание программы государственных гарантий – видов, объемов и условий предоставления бесплатной медицинской помощи.

 Создание многоуровневой системы медицинского страхования предполагает принятие следующих ключевых решений:

 четкое определение видов медицинской помощи, предоставляемой любому гражданину бесплатно (оплачивается за счет средств ОМС) при любых условиях;

 определение категорий граждан, имеющих право на получение наиболее широкого пакета медицинских услуг по ОМС, и критериев отнесения граждан к той или иной категории (уровень семейного дохода, социальное положение и др.);

 определение критериев ограничения видов и (или) объемов медицинской помощи, для разных категорий граждан.

 В качестве структур, обеспечивающих реализацию и контроль за выполнением программы ОМС и дифференцированных программ ДМС, должны рассматриваться страховые медицинские компании. Страховые компании должны обеспечивать эффективное управление медицинской помощью, на основе интеграции и анализа финансовой и клинической информации осуществляя управление потоками пациентов и достигая необходимый баланс между затратами, качеством и доступностью медицинской помощи. Одновременно с увеличением полномочий должны возрасти требования к страховым компаниям, участвующим в системе. Это должны быть структуры с высоким кадровым и техническим потенциалом, способные реализовать многообразные дифференцированные программы медицинского страхования, дополняющие и расширяющие гарантированный государственный минимум обеспечения населения РФ бесплатной медицинской помощью.

 В российской действительности процесс сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования происходит в значительной степени стихийно. Недостаточность медицинской помощи, получаемой в общественном секторе здравоохранения, заставляет пациентов искать пути получения недостающих медицинских услуг за счет личных доходов или средств работодателей. При этом подобными возможностями в значительно меньшей степени могут пользоваться граждане, относящиеся к категории социально незащищенных – хронические больные и малообеспеченные. А ведь именно они и нуждаются в большем объеме медицинской помощи. При недостаточности медицинской помощи для этой категории потребность в ней увеличивается. В результате усиливается диспропорция между объемами необходимого и доступного этим гражданам медицинского обслуживания.