

Е.В. Агеева, Э.А. Беженцева

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Учебное пособие

Министерство образования и науки Российской Федерации
Байкальский государственный университет

Е.В. Агеева, Э.А. Беженцева

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Учебное пособие

Иркутск
Издательство БГУ
2018

УДК 368.9.06(075.8)
ББК 65.271.11я7
А23

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Байкальского государственного университета

Рецензенты канд. экон. наук, доц. Е.М. Хитрова
канд. экон. наук, доц. Н.В. Кузнецова

Агеева Е.В.

А23 Медицинское страхование [Электронный ресурс] : учеб. пособие /
Е.В. Агеева, Э.А. Беженцева. – Иркутск : Изд-во БГУ, 2018. – 96 с. – Режим
доступа: lib-catalog@bgu.ru.

Учебное пособие предназначено для студентов очной, заочной, сокра-
щенной форм обучения вузов и колледжей, изучающих курс «Медицинское
страхование», магистрантов, а также всех, кого интересуют вопросы меди-
цинского страхования.

УДК 368.9.06(075.8)
ББК 65.271.11я7

© Агеева Е.В., Беженцева Э.А., 2018
© Издательство БГУ, 2018

О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение	4
Тема 1. Экономическая сущность медицинского страхования	5
1.1. Роль медицинского страхования в финансировании систем здравоохранения	5
1.2. Экономическое содержание медицинского страхования, его функции. Сравнительная характеристика форм медицинского страхования.	19
Тема 2. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации	25
2.1. Сущность обязательного медицинского страхования.....	25
2.2. Формирование средств обязательного медицинского страхования во внебюджетных фондах.....	47
2.3. Распределение финансовых средств и оплата медицинской помощи в рамках ОМС	54
2.3.1. Взаимодействие между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями	55
2.3.2. Взаимодействие СМО и медицинских организаций	59
2.4. Контроль объемов, стоимости, качества и своевременности оказанной медицинской помощи со стороны СМО	64
2.5. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве	68
2.6. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования	68
Тема 3. Добровольное медицинское страхование	71
3.1. Экономическая сущность ДМС. Классификация ДМС	71
3.2. Правовые основы и организация ДМС	74
3.3. Система рисков и андеррайтинг в медицинском страховании.....	80
3.4. Урегулирование страховых случаев в ДМС.....	86
3.5. Медицинское страхование граждан, выезжающих за рубеж (медицинский ассистанс).....	87
Основные понятия, необходимые для изучения темы	92
Список использованной и рекомендуемой литературы	93

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье во все времена было первостепенным условием для стабильного экономического и социального развития общества и имеет первостепенное значение для благополучия человека. «Право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья» требует некоторого набора социальных критериев, способствующих всеобщему здоровью, включая доступность услуг медико-санитарной помощи, безопасные условия труда, надлежащее жилье и полноценную пищу. Для этих целей государство создает систему здравоохранения, которая представляет собой совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья. При этом актуальным вопросом во все времена остается вопрос финансирования этой системы. Обзор существующих моделей финансирования национальных систем здравоохранения показал, что традиционно выделяют три модели: государственную, страховую и частную. Все они имеют свои преимущества и недостатки. Но ни одна до сих пор не решила главную цель – обеспечить всем гражданам страны равный доступ к полноценной медицинской помощи. В ухудшающихся экономических условиях все более актуальным стоит вопрос о дефиците финансирования здравоохранения и поиске дополнительных источников финансовых ресурсов. В Российской Федерации активно обсуждается вопрос о частичном переносе бремени финансирования необходимых медицинских услуг на самих граждан. Ответом на этот вызов может стать поиск новых, нетрадиционных путей финансирования национальной системы здравоохранения.

ТЕМА 1. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1. Роль медицинского страхования в финансировании систем здравоохранения

Каждый человек в этом мире обладает важнейшим социальным правом – «правом на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья». Необходимо отметить, что право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь – общепризнанная норма международного права, закреплённая как во Всеобщей декларации прав человека (ст. 25), так и в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12).

Это право требует некоторого набора социальных критериев, способствующих всеобщему здоровью, включая доступность услуг медико-санитарной помощи, безопасные условия труда, надлежащее жильё и полноценную пищу. Достижение права на здоровье тесно связано с другими правами человека, в том числе с правом на пищу, на жилище, на труд, на образование, на недискриминацию, на доступ к информации и на участие.

Право на здоровье включает в себя и определённые свободы, и права.

- **Свободы** предполагают право контролировать свое здоровье и тело (например, сексуальные и репродуктивные права) и право на невмешательство (например, запрет на применение пыток и запрет подвергать человека медицинскому лечению и опытам без его свободного согласия).

- **Права** включают право на систему здравоохранения, обеспечивающую всем равную возможность обладания наивысшим достижимым уровнем здоровья.

Каждое государство стремится обеспечить всем членам своего общества реализацию это права через создание системы здравоохранения.

Система здравоохранения – это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.

Стратегии и программы в области здравоохранения могут или способствовать соблюдению прав человека, или нарушать права человека, в том числе право на здоровье, в зависимости от того, как они сформулированы и реализуются.

В соответствии с международными нормами, выработанными, в частности, Всемирной организацией здравоохранения, национальная система здравоохранения должна иметь своей целью предоставления качественных медико-санитарных услуг, в соответствии с меняющимися потребностями населения страны, при этом справедливых с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям. Резолюция 58.33 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 года

гласит, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам и не должен испытывать финансовых трудностей в результате обращения за медицинской помощью. Как в одном, так и в другом отношении мир еще очень далек от всеобщего охвата медицинской помощью. К сожалению, несмотря на то, что многие страны в своих Конституциях предусмотрели равные права своих граждан на доступ к медицинским услугам, действительность показывает, что этого не происходит. Возможность воспользоваться медицинскими услугами во многом определяется уровнем жизни. Беднейшие слои населения в итоге не могут в полной мере воспользоваться качественным уровнем предлагаемых медико-санитарных услуг. Как итог, разница в продолжительности жизни людей высшего и низшего класса в экономически развитых странах достигает 5 лет.

Сегодня миллионы людей не могут регулярно или хотя бы по необходимости пользоваться медицинскими услугами в необходимом объеме, потому что им приходится напрямую оплачивать эти услуги в момент их получения. По имеющимся оценкам ВОЗ ежегодно в мире 150 млн человек оказываются на грани банкротства, а еще 100 млн человек попадают за черту бедности вследствие после прямой оплаты полученной медицинской помощи. Это отражает главную проблему поддержания здоровья, а именно отсутствие защиты от финансового риска в случае обращения за медицинской помощью, который характерен в основном для стран с низким доходом, но отнюдь не ограничивающегося ими. В шести странах ОЭСР более 1 % населения (или почти четыре миллиона человек), несут катастрофические расходы, а в пяти других странах распространенность этого явления превышает 5 случаев на 1000 человек.

Таблица 1

Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, дол. США

Страна	2013	2014	2015
США	8634,63	9059,52	9535,95
Германия	5103,49	5293,38	4591,85
Канада	5286,74	5028,98	4507,55
Великобритания	4193,72	4566,65	4355,81
Финляндия	4711,66	4731,91	4005,48
<i>Российская Федерация</i>	<i>811,17</i>	<i>742,28</i>	<i>523,77</i>

Составлена на основании данных, представленных на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> (дата обращения 15.02.2018)).

Лидирующее место по удельным совокупным расходам на здравоохранение в расчете на 1 жителя занимают США (см. табл. 1), причем половина из них финансируется за счет личных средств граждан и предприятий. Однако, столь высокие удельные расходы не дают однозначного преимущества по качеству здоровья граждан. Как видно, из табл. 2, средняя продолжительность жизни в США менее, чем в той же Канаде или Великобритании, где удельные расходы в два раза меньше.

Таблица 2

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
и коэффициент младенческой смертности**

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Коэффициент младенческой смертности
Канада	82	2
Великобритания	81	3
США	79	23
Российская Федерация	69	17
Германия	81	2
Финляндия	81	—

Составлена на основании данных, представленных на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> (дата обращения 15.02.2018)).

Таким образом, актуальным становится вопрос не только о уровне затраченных средств на финансирование медицинской помощи населению, но и об эффективности их использования.

Анализируя структуру расходов по источникам (табл. 3), представленную на сайте ВОЗ, мы видим, что в большинстве стран доля личного участия граждан в оплате медицинских услуг достигает 20–26 %. По оценкам ВОЗ, доведение этой доли до уровня 15 % позволит снизить финансовые риски личного банкротства граждан в связи с оплатой медицинских услуг к минимуму.

Таблица 3

**Удельный вес частных расходов
в текущем финансировании здравоохранения, %**

Страна	2013	2014	2015
Германия	16,21	15,73	15,53
Великобритания	19,81	19,67	19,64
Финляндия	21,97	22,23	22,59
Канада	26,35	26,43	26,45
<i>Российская Федерация</i>	37,62	38,21	38,92
США	51,13	50,02	49,64

Составлена на основании данных, представленных на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> (дата обращения 15.02.2018)).

Только с помощью значительного участия государственных средств (бюджетных или страховых) в финансировании системы здравоохранения можно обеспечить финансовую безопасность граждан в этой сфере. Исходя из данных табл., жители США и Российской Федерации находятся в зоне высокого риска личного банкротства. Статистика показывает, что только в США долги медицинского характера являются основной причиной личных банкротств. В связи с тем,

что уровень как инфекционных заболеваний, так и неинфекционных повсеместно растет, то финансовые затраты на здравоохранение будут лишь продолжаться увеличиваться в ближайшем будущем. Эта тенденция также связана и с появлением более сложных высокотехнологичных медицинских процедур и лекарственных препаратов, которые создаются для борьбы с этими заболеваниями. На сегодняшний день, глобальные ежегодные расходы на здравоохранение составляют приблизительно 5,3 триллиона долл. США.

Удельные расходы на медицинские услуги за счет частных (корпоративных и семейных) источников представлены в табл. 4.

Таблица 4

Частные расходы на здравоохранение на душу населения, дол. США

Страна	2013	2014	2015
США	4414,75	4531,12	4734,01
Канада	1393,02	1329,18	1192,25
Финляндия	1035,00	1051,98	904,70
Великобритания	830,90	898,47	855,41
Германия	827,19	832,71	713,11
<i>Российская Федерация</i>	<i>305,16</i>	<i>283,65</i>	<i>203,86</i>

Составлена на основании данных, представленных на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> (дата обращения 15.02.2018)).

Столь невысокая величина частных расходов на здравоохранение в Российской Федерации ни в коем случае не следует связывать с низкой потребностью в этих услугах. Это скорее связано с низким уровнем жизни большинства россиян. Статистика показывает, что за анализируемый период 50 % россиян имели среднедушевой доход до 20 000 р., а как минимум каждый седьмой житель имел доходы менее прожиточного минимума.

Здравоохранение является не просто жизненной необходимостью, а социальным правом и должно быть доступно для всех граждан. Поэтому общество контролирует ресурсы, выделяемые на здравоохранение, а не оставляет расходы и доступ к медицинской помощи на откуп «невидимой руке рынка». При таком подходе государство призвано играть важную роль в финансировании здравоохранения по всем указанным выше направлениям.

Одна из основных задач финансирования здравоохранительной политики заключается в том, чтобы на всех уровнях системы здравоохранения обеспечить достаточные и устойчивые доходы и на этой основе осуществлять справедливое и эффективное распределение средств для удовлетворения потребностей населения в необходимой медицинской помощи, финансовую защиту от непредсказуемых финансовых потерь, вызванных болезнью или травмой. В вопросах финансирования здравоохранения также отчетливо проявляются общие проблемы современной экономики, прежде всего касающиеся обеспечения связи макро- и микроуровней. На макроуровне речь идет об общем объеме средств, которое общество может выделить на здравоохранение, в то время как на микроуровне – сколько и на что конкретно тратить выделенные на охрану здоровья средства.

Таким образом, при существовании различных источников финансирования здравоохранения необходимо решить главный вопрос – какова будет доля их участия в финансировании? Будет ли это бюджетное финансирование или прямая оплата медицинской помощи гражданами при ее получении?

Исторически в мире возникли и сосуществуют несколько подходов к обеспечению населения услугами здравоохранения¹:

1) рыночный подход. Заключается в приобретении услуги в соответствии с социально-экономическим положением человека. Недостаток данного подхода в том, что не всегда потребности индивида соответствуют его возможностям;

2) подход, основанный на благотворительности. Согласно данному подходу выделяются некоторые группы населения, находящиеся в особенно неблагоприятном положении. Недостаток заключается в том, что всех нуждающихся охватить не удастся;

3) подход, основанный на определении уровня бедности: некоторые люди получают помощь за счет общества после проверки соответствия их средств к установленному «уровню бедности». Недостаток в том, что в основу определения группы положен уровень доходов людей без учета состояния их здоровья, таким образом есть вероятность того, что в неблагоприятном положении останутся люди с уровнем доходов немногим выше уровня бедности и больные люди с доходами несколько ниже этого уровня.

4) подход, основанный на общественных перераспределительных механизмах, обеспечивающих всеобщее право на охрану здоровья с учетом потребностей в помощи. Это социальное обязательное страхование здоровья либо государственная система здравоохранения.

Можно выделить четыре основных источника финансирования здравоохранения: налогообложение, общее или специальное; взносы в фонды социального страхования; добровольная покупка частного страхования; личные средства граждан, то есть платежи из собственного кармана в момент получения услуги (табл. 5). При этом каждый из них имеет свои особенности, проявляющиеся в том, как происходит распределение финансового бремени и получаемых средств, кто получает доступ к услугам, какой уровень финансовой защиты обеспечивается.

Таблица 5

Источники финансирования здравоохранения

	Источник средств	Получатели помощи	Уровень объединения
Частная медицина	Личные средства	Отдельные граждане	Отсутствует объединение, индивидуальная ответственность
Частное медицинское страхование	Личные страховые взносы	Только те граждане, которые вносят средства	Индивидуально или группа застрахованных на добровольной основе

¹ Введение в медицинское страхование : в 2 т / В.З. Кучеренко, В.Н. Денисов, Е.А. Финченко и др. Новосибирск : Наука. Сиб. изд. фирма РАН, 1995. Т. 1. 371 с.

Социальное медицинское страхование	% заработной платы или налоги на фонд заработной платы	Отдельные группы по закону (работающие)	Отдельные группы населения, обычно работающие; специальные фонды, обычно некоммерческие
Бюджетная медицина	Общие налоги	Все или большинство населения	Государство

В настоящее время за рубежом используются все вышеназванные подходы в разных соотношениях, однако в целом наблюдается тенденция к усилению вмешательства государства в свободу рынка здравоохранения с целью контроля и ограничения деятельности профессиональных работников здравоохранения и врачей, уменьшением их независимости при одновременном сохранении частного сектора в здравоохранении.

Существует несколько препятствий для того, чтобы национальная система здравоохранения смогла бы обеспечить доступ к медицинским услугам всем без исключения гражданам страны. Первое – это наличие ресурсов. Какой бы богатой ни была страна, ее система здравоохранения не сможет добиться того, чтобы у каждого жителя был непосредственный доступ к любой медицинской технологии (особенно высокотехнологичной) или медицинскому вмешательству, для улучшения его здоровья. И чем беднее страна, тем ограниченной набор медицинских услуг, которыми могут воспользоваться ее жители.

Второе препятствие на пути достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами – это чрезмерная зависимость возможности получения медицинской помощи от возможности прямой оплаты этой помощи в момент потребности в ней. Это не только оплата услуг врачей, медицинских манипуляций и процедур, но и покупка лекарственных средств. Даже в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования, застрахованные граждане вынуждены участвовать в оплате медицинской помощи вследствие наличия условия франшизы в договоре страхования. И эта необходимость прямой оплаты услуг – независимо от того, осуществляется ли оплата формально или неформально – не позволяет определённым группам лиц (как правило, не имеющим средств в текущий момент времени по различным обстоятельствам) получать медицинские услуги тогда, когда в них возникает необходимость. Можно рассматривать и иные источники финансирования медицинских услуг – это финансирование за счет работодателей. Однако, данные ВОЗ показывают, что объемы финансирования за счет корпоративных источников не столь велики по сравнению со средствами домохозяйств (табл. 6 и 7).

Таблица 6

Расходы предприятий на прямую оплату услуг здравоохранения,
млн дол. США в год

Страна	2013	2014	2015
США	124715,00	128846,00	134936,00
Германия	1743,32	1828,24	1602,60
Великобритания	1341,34	1512,18	1458,71
Канада	1279,52	1259,52	1162,66
Финляндия	588,08	599,03	530,91
Российская Федерация	432,01	355,25	239,90

Составлена на основании данных, представленных на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> (дата обращения 15.02.2018)).

Только в США участие работодателей в финансировании медицинского обслуживания своих работников (посредством добровольного медицинского страхования или прямой оплаты медицинских услуг) превышает 27–28 % от общей суммы частных источников финансирования здравоохранения. В остальных странах представленной выборки доля работодателей в этих расходах не превышает 4–5 %.

Таблица 7

Прямая оплата медицинских расходов домохозяйствами,
млн дол. США в год

Страна	2013	2014	2015
США	325131,00	329653,00	338150,00
Германия	54159,88	54604,36	46993,38
Великобритания	39780,47	43164,77	41806,80
Российская Федерация	40573,20	38230,30	27460,27
Канада	26883,98	25921,77	23634,16
Финляндия	4858,06	4897,20	4365,69

Составлена на основании данных, представленных на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators> (дата обращения 15.02.2018)).

За последние годы мы видим тенденцию к сокращению расходов домохозяйств на оплаты медицинских услуг (за исключением США). Это подчеркивает еще одну особенность частной модели финансирования здравоохранения: поскольку государственных гарантий практически нет, то потребители вынуждены нести все необходимые расходы на оплату медицинских услуг, стоимость которых имеет объективную склонность к росту. В странах с высокими гарантиями в представлении медицинской помощи за счет государственных или страховых источников, расходы домохозяйств сокращаются, что можно связать с ухудшающимися экономическими условиями.

Третьим препятствием является несправедливое и неэффективное использование ресурсов. Даже по консервативным оценкам 20–40 % ресурсов, выделяемых на здравоохранение, используется впустую. Как справедливо отмечают эксперты, в здравоохранении Российской Федерации также остро стоит проблема рационального и эффективного использования ресурсов. Если удастся решить эту проблему, система здравоохранения может увеличить объем предоставляемых услуг как минимум на одну пятую часть.

Четвертой проблемой можно назвать современный рост расходов на медицинскую помощь, определяемый структурными сдвигами в составе и качестве населения. Усиливающаяся тенденция старения населения планет и увеличение продолжительности жизни приводит к росту затрат на обслуживание пожилого населения. Не секрет, что львиная доля текущих расходов на медицинское обслуживание приходится на лиц пожилого возраста. Потребности системы здравоохранения объективно растут, а у правительства не всегда в состоянии увеличивать бюджетные расходы на нее.

Рассмотрим источники финансирования здравоохранения в Российской Федерации (рис. 1). Как видно из рисунка, присутствуют как государственные, так и негосударственные источники.

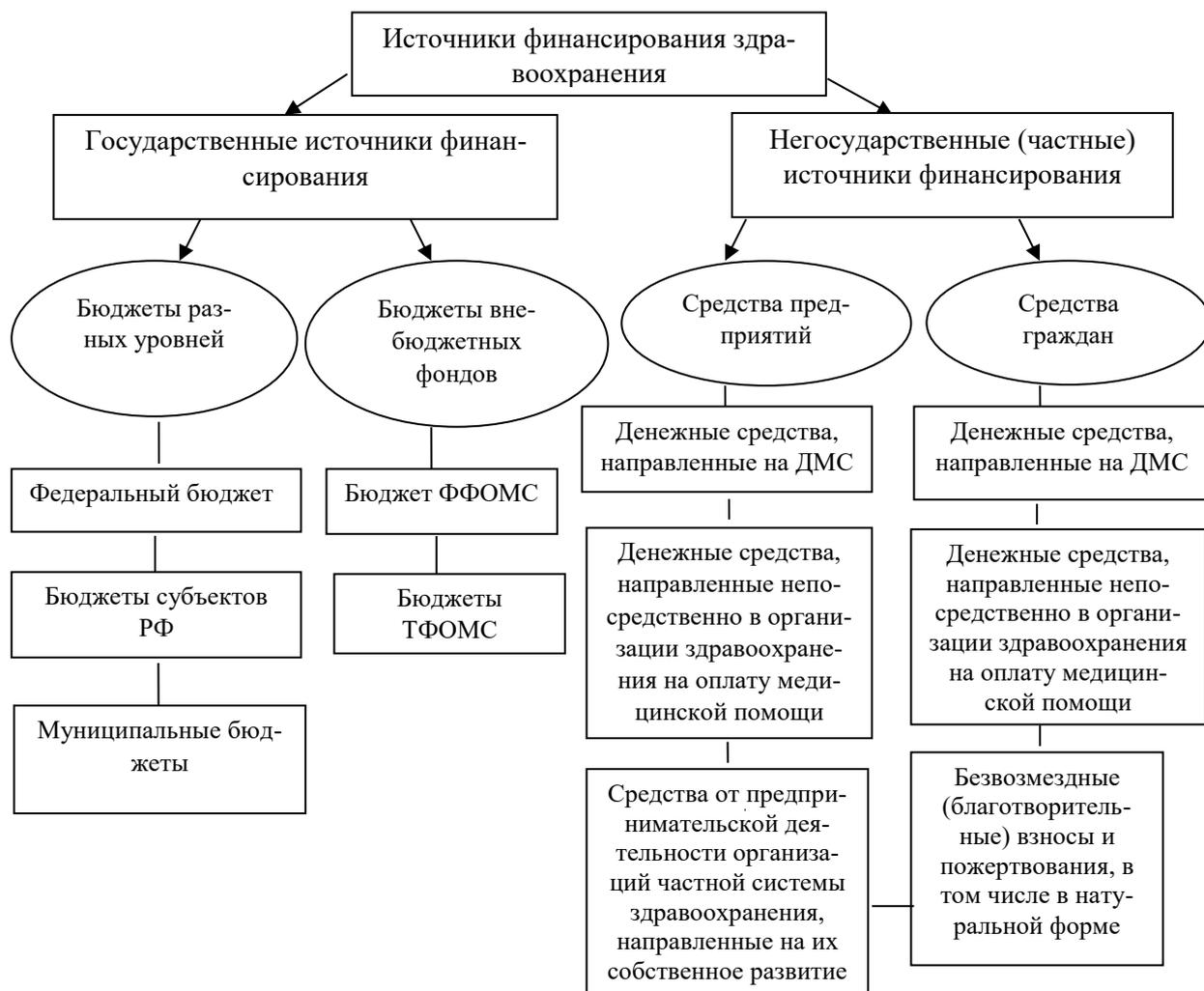


Рис. 1. Классификация источников финансирования здравоохранения в РФ

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации:

1. Каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2. В РФ финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

3. Поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

В Российской Федерации охрана здоровья населения обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

Государственная система здравоохранения включает в себя органы исполнительной власти в области здравоохранения федерального и регионального (субъектов Федерации) уровней и подчиненные им медицинские организации, научно-исследовательские и образовательные учреждения, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, имущество которых находится в государственной собственности.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности медицинские организации, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения и другие.

К частной системе здравоохранения относятся медицинские организации и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Граждане Российской Федерации имеют право на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, обеспечиваемый в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в медицинских организациях *государственной и муниципальной систем здравоохранения.*

Также граждане РФ имеют право на *дополнительные медицинские и иные услуги* на основе программ добровольного медицинского страхования в лечебно-профилактических учреждениях всех вышеуказанных систем здравоохранения.

Рассмотрим подробнее каждый из источников.

Средства государственного и муниципальных бюджетов предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения.

Эти средства формируются из доходной части бюджета и управляются органами исполнительной власти, в том числе органами управления здравоохранением. Согласно Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», финансовые средства бюджетов используются на финансирование специальных программ, научных исследований, медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально-значимых заболеваниях, развития материально-технической базы медицинских учреждений, оплаты особо дорого-

стоящих видов помощи, субсидирования отдельных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию и других целей в области охраны здоровья населения.

Финансовые средства обязательного медицинского страхования, представленные средствами внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования, формируются за счет отчислений страхователей, по законодательно установленному тарифу в составе страхового взноса. Собранные средства аккумулируются и в последующем распределяются на определенные цели фондами ОМС.

Негосударственные источники финансирования поступают в систему здравоохранения путем участия предприятий и граждан в добровольном медицинском страховании или посредством оплаты медицинских услуг сверх установленного базовой программой перечня бесплатной медицинской помощи. Однако, как свидетельствует практика, этот источник финансирования невелик. Мировой опыт свидетельствует, что определенная категория населения с высоким уровнем дохода предпочитает самостоятельно оплачивать необходимую им медицинскую помощь. При наличии спроса со стороны населения необходимо проведение соответствующих мероприятий по становлению и развитию негосударственного сектора медицинских услуг, что позволит влить в отрасль здравоохранения дополнительные ресурсы.

К иным источникам финансирования здравоохранения можно отнести благотворительные взносы, пожертвования, средства других секторов экономики, направленные на конкретные целевые программы и т.д.

Итак, в настоящее время в Российской Федерации сложилась полисубъектная система финансирования здравоохранения. При этом подавляющую часть средств медицине предоставляют бюджетные ассигнования и ОМС.

Итак, мобилизацию средств для финансирования здравоохранения обеспечивают механизмы сбора доходов из различных источников, прежде всего домашних хозяйств и предприятий, и их объединения в интересах накопления и управления собранными финансами. Основная задача состоит в том, чтобы распределить риски между гражданами, тем самым защищая их от крупных непредсказуемых расходов на охрану здоровья. Важным механизмом ее решения является **предоплата как механизм**, который основан на предварительной оплате гражданами средних ожидаемых расходов на медицинские услуги заранее и дает возможность получить компенсацию в случае наступления болезни. Объединение средств заинтересованной группы граждан в сочетании с предоплатой позволяет обеспечить перераспределение расходов на здравоохранение между гражданами с учетом уровня риска и дохода.

Объединение риска позволяет большой группе людей разделить риск того, что они могут заболеть и им может потребоваться дорогостоящее лечение. Это означает, что финансовые средства, предназначенные для медицинской помощи, собираются на основе предоплаты в единый денежный фонд и расходуются таким образом, что риск оплаты за медицинскую помощь лежит на всех участниках объединения, а не на каждом в отдельности.

В любое время здоровые люди, нуждающиеся в медицинской помощи лишь в ограниченных пределах, субсидируют больных людей, которые в значительно большей степени расходуют имеющиеся ресурсы здравоохранения.

Объединение риска на государственном уровне может быть осуществлено двумя способами:

1. Финансирование здравоохранения за счет налогов: правительство использует общий доход от налогов для финансирования здравоохранения. Все люди имеют право на получение медицинской помощи; следовательно, существует всеобщий охват населения.

2. Социальное медицинское страхование: взносы на здравоохранение собираются с трудящихся, самостоятельно занятых лиц, предприятий и правительства. Эти деньги объединяются в фонд или фонды социального медицинского страхования. При такой системе финансирования всеобщий охват населения может быть достигнут только тогда, когда отчисления делаются в интересах каждого члена общества, а при определении размера отчислений учитывается материальное положение людей. По этой причине многие системы социального медицинского страхования комбинируют различные источники финансовых средств, а правительство вносит плату за тех людей, которые сами не в состоянии этого сделать.

В некоторых странах часть населения делает отчисления непосредственно через выплату общих налогов, тогда как другая часть делает взносы в фонд социального медицинского страхования или какой-либо другой тип медицинского страхования, который может быть частным.

Следует отметить, что системы здравоохранения, использующие разнообразные механизмы финансирования, основанные на предоплате и объединении рисков, созданы только в развитых странах. В большинстве государств мира, прежде всего в развивающихся, преобладает частная медицина, основанная на личных средствах пациентов; государственные программы обычно охватывают только отдельные категории граждан, прежде всего государственных служащих. В сельской местности существуют серьезные проблемы с возможностью получить какую-либо медицинскую помощь. В настоящее время в этих странах развиваются различные формы объединения ресурсов, например, медицинское страхование на уровне общины.

В зависимости от применяемого метода и источника финансирования здравоохранения была разработана классификация типов систем здравоохранения, которая была предложена экспертами Всемирной организации здравоохранения – S. Nakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Money, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner. В данной классификации различается три первичных типа систем здравоохранения:

1) государственная, или система Бевеиджа. Названа по имени Лорда Бевеиджа политического деятеля Великобритании, который в 1948 году осуществил реформу системы здравоохранения;

2) система, основанная всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка. Бисмарк – канцлер Германии, в 1883 году ввел законодательным путем обязательное страхование здоровья;

3) негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

Необходимо отметить, что ни в одной из стран данные системы в «чистом виде» не существуют. Они сосуществуют одновременно, причем их соотношение в каждой стране индивидуально. Однако по преобладанию того или иного типа системы условно можно отнести к странам с государственной системой здравоохранения бывший СССР, Великобританию, Грецию, Португалию и др. К странам со страховой системой – Германию, Италию, Нидерланды, Францию и др. Но ни в одной из стран, по мнению экспертов, в настоящее время не имеется чисто рыночной системы здравоохранения.

Представляется интересным рассмотреть подробнее вышеуказанные системы, выявить некоторые достоинства и недостатки, присущие каждой из них (табл. 8).

Таблица 8

Сравнительная характеристика систем здравоохранения

Основные характеристики системы	Государственная система здравоохранения (система Бевериджа)	Система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка)	Негосударственная, частная, или рыночная, система здравоохранения
Планирование	Централизованное	Децентрализованное, осуществляется слабо, особенно долгосрочное, в связи с особенностью организации системы	Недостаточно развитое планирование со стороны государства
Источники финансирования	Государственный бюджет	Взносы на обязательное страхование (внебюджетные средства)	Прямые платежи потребителей медицинских услуг (граждан)
Управление	Профессиональные работники здравоохранения	Осуществляется в большинстве своем страховыми организациями (фондами, кассами)	Профессиональные работники здравоохранения
Контроль	Осуществляется государством, в частности в лице профессиональных работников здравоохранения	Контроль за качеством помощи и расходами осуществляется страховыми организациями	Слабый контроль со стороны государства, в основном контроль осуществляется самим пациентом
Административные расходы на	Достаточно низкие	Высокие	Достаточно низкие

Основные характеристики системы	Государственная система здравоохранения (система Бевериджа)	Система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка)	Негосударственная, частная, или рыночная, система здравоохранения
здравоохранение			
Использование средств на здравоохранение	Экономное, часто недофинансирование, остаточный принцип финансирования	Дорогостоящая система, систематическое удорожание медицинских услуг и, соответственно, увеличение расходов	Недостаточное использование ресурсов здравоохранения, в частности кадрового потенциала, что компенсируется высокой стоимостью медицинских услуг.
Оплата труда медицинских работников	Низкая	Высокая	Высокая
Свобода выбора пациента	Ограничена в части выбора врача и медучреждения, и в части возможности выбора условий госпитализации – «гостиничных услуг»	Свобода выбора страховых организаций, широкий спектр «гостиничных услуг»	Широкий выбор услуг, соответствующий личным предпочтениям пациента во всем
Доступность помощи для пациентов	Разные возможности у разных социальных групп (привилегии), для различных территорий страны, в зависимости от близости территории к столице, крупным городам)	Разные возможности для различных территорий страны, в зависимости от состоятельности территории. 5–10 % населения вообще остаются не охваченными системой	Недоступность для неимущих и малообеспеченных слоев населения
Приоритетные направления финансирования	Вторичная помощь, слабо развитая система оказания первичной помощи и укрепления здоровья	Вторичная помощь, мало внимания уделяется профилактическим мероприятиям, мерам по общей охране здоровья населения	Вторичная помощь, недостаточное внимание оказывается профилактике заболеваний, оказания помощи на дому

Основные характеристики системы	Государственная система здравоохранения (система Бевериджа)	Система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка)	Негосударственная, частная, или рыночная, система здравоохранения
Конкуренция на рынке медицинских услуг	Слабо развита	Широко развита конкуренция между страховыми организациями	Сильно развитая конкуренция

Как видно из представленной таблицы, ни одна из систем не идеальна. При наличии определенных достоинств каждая система характеризуется и недостатками, причем данные положительные и отрицательные характеристики могут плавно перетекать из одного состояния в другое при изменении точки зрения со стороны разных субъектов.

В последнее время исследователи предлагают новые классификации, отражающие изменения в структурах современных систем здравоохранения. Так, известный итальянский специалист Ф. Тот расширил стандартную «тройную» классификацию, дополнив ее двумя видами: остаточными программами и обязательным национальным медицинским страхованием. Остаточные программы можно найти в странах, где преобладает добровольное или социальное медицинское страхование. Они финансируются за счет общего налогообложения и предназначены для конкретных целевых групп населения, как правило, социально уязвимых категорий, наиболее подверженных риску для здоровья: малообеспеченные граждане, пожилые и несовершеннолетние, страдающие тяжелыми заболеваниями, заключенные и беженцы. Национальное медицинское страхование означает, что государство обязывает всех граждан приобретать за собственные средства полис частного медицинского страхования, покрывающий основные медицинские услуги. Объединив предложенные модели с учетом того, насколько системы вертикально интегрированы или разделены, автор выделяет 10 видов систем здравоохранения, которые, по его мнению, позволяют более полно учесть тот факт, что все современные системы гибричны.

Эксперты ВОЗ в своих работах настаивают на том, что наиболее удачной является система здравоохранения, основанная на применении обязательного медицинского страхования.

Сравнительный анализ существующих систем здравоохранения позволяет сделать следующие выводы:

- система обязательного медицинского страхования является далеко не самой совершенной моделью, но она представляет собой наиболее удачную форму взаимодействия государства с негосударственной, в том числе частной, системой здравоохранения;

- в большинстве развитых стран системы медицинского страхования охватывают от 70 до 100 % населения;

– в системах здравоохранения, основанных на налогах (бюджетном финансировании) или на социальном страховании, все люди, нуждающиеся в медицинской помощи, получают ее вовремя, а платежеспособность служит основой для определения личного вклада в повышение (обеспечение высокого) уровня собственного здоровья, в первую очередь, и в финансирование здравоохранения, в конечном итоге, не определяя при этом права на получение медицинской помощи;

– существенным недостатком системы государственного здравоохранения является безадресность поступающих на ее финансирование бюджетных средств (источников), то есть роль государства является определяющей, здравоохранение и его финансирование полностью централизовано, а правительство имеет право направить собираемые средства на решение любых других проблем, обеспечивая некоторый постоянный прирост финансирования здравоохранения по остаточному принципу. При этом пациенты и медицинские работники в такой системе имеют мало прав, а общественность не может влиять на происходящие процессы;

– существенным преимуществом системы медицинского страхования в целом является то, что взносы носят адресный характер и направлены только на страхование здоровья;

– помимо адресности взносы на социальное медицинское страхование носят обязательный характер, что является гарантией стабильности хотя бы в частичном финансировании здравоохранения при сокращении бюджетных ассигнований;

– существенными отличиями системы частного (добровольного) медицинского страхования являются целенаправленность страхового взноса, который может быть использован только в чисто медицинских целях, и определенная ограниченность роли правительства, которое при ОМС определяет перечень основных видов помощи, определяет группы застрахованных и величину страхового взноса, устанавливает правила взаимодействия всех участвующих сторон, контролирует финансовые потоки и т.д., не имея касательства по данным вопросам к ДМС.

Необходимо отметить, что в системах социального медицинского страхования некоторых стран важную роль играют налоговые поступления для оказания помощи неработающему населению и создание одноканальной системы финансирования, предполагающей в странах с преимущественно социальным страхованием здоровья аккумуляцию всех средств в специальных фондах.

1.2. Экономическое содержание медицинского страхования, его функции. Сравнительная характеристика форм медицинского страхования.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения по охране здоровья и в общем виде представляет комплекс мероприятий по формированию (накоплению) финансовых средств за счет денежных

вносов предприятий, организаций, администрации территории соответствующего уровня, личных средств граждан с целью оплаты медицинской помощи застрахованным гражданам.

Объектом медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

В качестве целей медицинского страхования можно назвать:

1. Гарантию гражданам за счет накопленных в страховых фондах средств получения медицинской помощи определенного качества при возникновении страхового случая – заболевания, травмы, несчастного случая, а также финансирование профилактических мероприятий.

Гарантию производителю медицинской помощи оплаты затрат, связанных с оказанием медицинской помощи застрахованным гражданам.

В связи с этим *основополагающим принципом осуществления* медицинского страхования следует считать принцип страхования здоровья.

Таким образом, общественное назначение медицинского страхования, как социального института, реализуется через функции:

– репрессивную, которая проявляется при передаче рисков, связанных с жизнедеятельностью человека и угрожающих его жизни и здоровью, страховым организациям и при обеспечении финансовой компенсации затрат на восстановление и поддержание здоровья;

– предупредительную, которая выражает экономическую заинтересованность всех участников страховых отношений в предупреждении рисков обстоятельств, связанных с причинением вреда здоровью и проявляется в осуществлении профилактических мероприятий по уменьшению вероятности заболеваний.

По общемировым стандартам медицинское страхование покрывает две группы рисков, возникающих в связи с ухудшением здоровья:

– затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу;

– потерю трудового дохода, вызванного невозможностью осуществления профессиональной деятельности, как во время заболевания, так и после него при наступлении инвалидности.

Другим критерием (признаком) разделения страховых отношений в медицинском страховании на отдельные виды страхования служит *«вид медицинских рисков и расходы на поддержание здоровья»*. Перечень видов медицинского страхования следующий:

- страхование на случай болезни;
- страхование медицинских расходов в стационаре;
- страхование на случай хирургических операций;
- страхование стоматологических расходов;

- страхование медицинских расходов при поездке за границу;
- страхование на случай вызова скорой помощи;
- страхование расходов по уходу за больными людьми;
- страхование «Врач офиса»;
- и другие виды.

По срокам действия договора медицинского страхования выделяют:

- краткосрочное (до 1 года);
- долгосрочное (свыше 1 года).

По определению размера выплат:

- с фиксированными выплатами;
- в зависимости от размера ущерба.

Медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной. Каждая из этих двух форм имеет общие черты и свои особенности: порядок проведения, организационно-правовые и экономические принципы, финансовый механизм реализации. Обязательное медицинское страхование (ОМС) является видом обязательного социального страхования, представляющего собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Общие черты, присущие добровольному и обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации, обусловлены их социальным назначением (табл. 9).

Таблица 9

Общие признаки добровольного и обязательного медицинского страхования

Содержание признака	Добровольное медицинское страхование	Обязательное медицинское страхование
Отношение к страхованию	Постоянный страховой интерес к охране и поддержанию здоровья на должном уровне	
Объект страхования	Здоровье, проявляемое в имущественных интересах, связанных с затратами на оказание медицинской помощи и проведение профилактических мероприятий	
Уплата страховой премии	Необходимое условие обеспечения страхового покрытия	

Сравнительный анализ основных положений добровольного и обязательного медицинского страхования выявляет значительное количество их различий, особенностей и специфики.

В соответствии с принципами, отражающими экономическую сущность и содержание добровольного и обязательного страхования, можно выявить различия реализации ОМС и ДМС в практике страхового дела (табл. 10).

Таблица 10

Принципиальные отличия обязательной и добровольной форм страхования

Обязательная форма (ОМС)	Добровольная форма (ДМС)
Публичность страховых отношений	Конфиденциальность страховых отношений
Сплошной охват объектов страхования	Выборочный охват объектов страхования
Бессрочность	Ограничение срока
Унифицированность набора страховых услуг	Разнообразие страховых услуг
Автоматичность действия страхования	–
Тарификация по минимальной ставке	Тарификация в соответствии с рыночным спросом
Обязательность возмещения ущерба	–
Нормирование страховых выплат	Дифференциация страховых выплат

Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования можно представить в общем виде:

➤ Основная цель:

ОМС – обеспечение населения гарантированными объемами и условиями оказания медицинской помощи	ДМС – дополнение медицинской помощи сверх социально гарантированных объемов, предоставляемой в рамках ОМС
---	---

➤ Задачи страхования:

ОМС – социальные	ДМС – социальные и коммерческие
------------------	---------------------------------

➤ Вид страхования (по отраслевой классификации):

ОМС – государственное социальное (некоммерческое)	ДМС – коммерческое, по законодательству РФ – один из видов личного страхования <i>(в большинстве европейских стран – один из видов имущественного страхования, поскольку речь идет о страховании расходов)</i>
---	--

➤ Круг (охват) страхователей (застрахованных):

ОМС – всеобщий или массовый	ДМС – ограниченный (коллективное и индивидуальное страхование)
-----------------------------	--

➤ Страховые организации:

ОМС – государственные или контролируемые государством	ДМС – компании различных форм собственности
---	---

➤ Инструменты правового регулирования:

ОМС – регламентируется специальным законом	ДМС – регулируется действующим гражданским и специальным страховым законодательством
--	--

➤ Правила и условия страхования (полисные условия, тарифы и др.) определяются:

ОМС – государством	ДМС – страховыми компаниями по согласованию с органом по надзору за страховой деятельностью, договором между страховщиком и страхователем
--------------------	---

➤ Страхователи:

ОМС – работодатели, государство	ДМС – юридические (работодатели) и физические лица (граждане)
---------------------------------	---

➤ Источник финансирования:

ОМС – взносы работодателей (в составе страхового взноса), государственные средства – бюджета	ДМС – личные доходы граждан, себестоимость и прибыль работодателей (по природе своей – это добровольные расходы страхователей)
--	--

➤ Система контроля качества медицинских услуг:

ОМС – определяется компетентным органом государственной власти	ДМС – устанавливается договором страхования
--	---

➤ Объем страхового покрытия:

ОМС – гарантирует стандартный минимальный объем услуг, при этом программа утверждается компетентным органом власти (в соответствии с законодательством)	ДМС – программа страхования и объем услуг устанавливаются правилами страхования и договором страхования
---	---

➤ Использование доходов:

ОМС – только для основной деятельности (медицинского страхования)	ДМС – для любой коммерческой и некоммерческой деятельности
---	--

➤ Возможность сочетания с другими видами страхования:

ОМС – с ДМС	ДМС – с ОМС или другими видами страхования
-------------	--

➤ Внешний контроль за медицинскими страховыми организациями:

ОМС – специально уполномоченный государственный орган либо орган страхового надзора	ДМС – орган страхового надзора
---	--------------------------------

➤ Ценообразование:

Затратное – с учетом покрытия отдельных статей расходов медицинских учреждений	ДМС – рыночное
--	----------------

Рассмотрим функционирование каждой формы медицинского страхования на примере Российской Федерации.

ТЕМА 2. СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. Сущность обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на территории РФ в соответствии с Федеральным законом РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.10 г.

Страховым риском признается предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования в Российской Федерации являются:

– обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;

– устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;

– обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

– государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

– создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

– паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов:

1-й этап: с марта 1861 по июнь 1903 года.

В 1861 г. был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с ним при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2-3 % от заработной платы). В августе 1866 г. в преддверии холерной эпидемии было принято Временное положение Комитета министров, которым предусматривалось создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Положению к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, с числом коек в зависимости от количества рабочих на предприятии (1 койка на 100 работающих). Однако принятое Комитетом министров положение выполнялось не всегда и не везде, а открывшиеся в 70–80-е годы XIX в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся медицинской помощью. В целом медицинская помощь, оказываемая рабочим того времени, характеризуется как неудовлетворительная.

2-й этап: с июня 1903 – по июнь 1912 года.

Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 г. Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». По данному Закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, путем выплаты пособий и пенсий потерпевшим или членам их семей.

Большой вклад вносили прогрессивные представители отечественной медицины тех лет. В эту эпоху в стране появились первые медицинские общества, которые занимались изучением медико-санитарного состояния (губерний, уездов, городов), содействием борьбе с эпидемиями, популяризацией гигиенических знаний среди населения. Важную роль в развитии общественной медицины и основ социального строя сыграли Российское общество охранения народного здоровья и Пироговское общество, во главе которого в различное время стояли прогрессивные профессора Ф.Ф. Эрисман, П.И. Дьяконов, А.А. Бобров, С.С. Корсаков, Г.Н. Габричевский и др.

3-й этап: с июня 1912 по июль 1917 года.

23 июня 1912 г. III Государственная Дума приняла четыре страховых закона, разработанных царским правительством:

- «О страховании рабочих от несчастных случаев»;
- «О страховании рабочих на случай болезни»;
- «Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих»;
- «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих».

Организационную основу страховой медицины составляли больничные кассы, которых планировалось создать в стране около 4 тыс.

Система страхования рабочих была далеко не совершенной. Она распространялась только на рабочих, занятых на крупных фабрично-заводских, горных,

судоходных и железнодорожных предприятиях. Страхование не охватывало рабочих, занятых в строительстве, сельском хозяйстве, торговле и в других отраслях производства, а также прислугу и временных рабочих. К тому же закон распространялся только на европейскую часть России, исключая Сибирь и Дальний Восток. В целом социальным страхованием было охвачено только 2 % всего населения европейской части России. Из общего числа (13 млн) рабочих страхованию на случай болезни и от несчастных случаев подлежали только 2 млн чел., т.е. 15 %, всех трудящихся.

Вместе с тем закон о страховании имел ряд позитивных моментов, так он предусматривал возможность получения медицинской помощи не только рабочим – участникам больничных касс, но и членам их семей.

В соответствии с законом для создания самостоятельной больничной кассы на предприятии должно было быть не менее 200 постоянно занятых рабочих. На фабриках и заводах с меньшим числом рабочих предусматривались общие больничные кассы по постоянному признаку. Так, по территориальному признаку создавались местные общегородские и общеобластные (губернские) кассы. В январе 1913 г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С июня-июля 1913 г. были созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи. В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях.

Источниками средств для формирования капитала больничных касс в соответствии с «Положением об обеспечении рабочих на случай болезни» были взносы участников страхования в размере от 1 до 2 %, а при численности участников менее 50 человек – до 3 % от заработной платы.

Законом «О страховании рабочих от несчастных случаев» впервые регламентировалось также страхование материнства. Размер взносов на страхование материнства устанавливается в пределах 1–2 % суммы заработка, причем 40% взноса уплачивался работодателем, а 60 % – самими работницами. Сумма пособия составляла от 50 до 100 % заработной платы и выдавалось не менее чем за 3 месяца до родов. В некоторых кассах предусматривалась выдача пособий женам рабочих, которые были членами кассы.

Помимо взносов рабочих средства больничных касс формировались за счет взносов владельцев предприятий («приплаты») в размере 2/3 от сумм взносов рабочих. Уже в то время в больничных кассах формировался запасной капитал, путем отчислений от суммы взносов и «приплат» в размере 5 % остатка годовых операций кассы и из пожертвований. Запасной капитал выполнял функцию резерва оборотных средств и в случае их расходования направлялся на текущие средства.

Средства многих дореволюционных больничных касс стали существенным вкладом в материально-техническую базу системы организации медицинской помощи рабочим: стационарной, родовспоможения, амбулаторной, помощи на дому. Новые перспективы для развития социального страхования и страховой медицины в России открылись после Февральской революции 1917 г.

4-й этап: с июля 1917 по октябрь 1917 года.

После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования. Первой задачей, поставленной перед здравоохранением, стало вовлечение в круг застрахованных практически всех категорий граждан. Во-вторых, Временным правительством были приняты меры по объединению и укрупнению больничных касс, переводу их на полное самоуправление работающими, без участия работодателей. Временным правительством также были пересмотрены и внесены поправки в Закон, принятый III Государственной Думой в 1912 г.

5-й этап: с октября 1917 по ноябрь 1921 года.

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября 1917 г. о введении в России «полного социального страхования». Основные положения Декларации были следующие:

- распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;
- распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы);
- возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство;
- возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы.

Декретом больничные кассы обязывались организовать рабочим и членам их семей необходимую медицинскую и лекарственную помощь. Больничным кассам бесплатно передавались принадлежащие предпринимателям больницы, амбулатории и другие лечебные заведения. Медицинские учреждения больничных касс составили основу сформировавшейся в первые месяцы советской власти по существу новой системы страховой медицины. Денежные средства больничных касс складывались из взносов работодателей (в размере 10 % от фонда оплаты труда) и расходовались на денежные пособия и медицинскую помощь. Предприниматели также должны были выдавать больничным кассам средства на строительство и оборудование лечебных учреждений.

Больничные кассы имели широкий круг прав в проведении работы по охране жизни и здоровья рабочих, выполнения общесанитарных задач, сочетая лечебную работу с исследованием условий труда и жизни рабочих. В крупных больничных кассах создавались специальные медицинские отделы, которые руководили больницами, амбулаториями, лабораториями и аптеками, а также взяли на себя организацию всей медицинской помощи рабочим и членам их семей.

За срок немногим более года сформировалась сеть учреждений страховой медицины, располагавших квалифицированными кадрами и крепкой материально-технической базой. Н.А. Семашко отмечал: «...на стороне больничных касс была не только хорошая репутация, но и значительный рост их деятельности. Сравнение их с государственными лечебными учреждениями было не в пользу последних».

Фактически в то время в стране сложились две системы охраны здоровья: государственная (советская) медицина и страховая (рабочая) медицина.

Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10.1918 г., которым было утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся». В новом Положении термин «страхование» был заменен на термин «обеспечение». Это соответствовало концепции Советского правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован и Россия стала «социалистической» и, следовательно, капиталистический институт социального страхования должен был уступить свое место социалистическому институту социального обеспечения. 19.02.1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения» и Постановления о ликвидации больничных касс (март 1919 г.) страховая медицина на данном этапе прекратила свое существование.

6-й этап: с ноября 1921 по 1929 год.

С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (НЭП), и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины. Советом Народных Комиссаров и ВЦИК издается Декрет «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности.

В соответствии с КЗОТ размер взносов на социальное страхование определялся в зависимости от опасности и вредности производства для здоровья работающих в процентном отношении к фонду заработной платы. Первоначально максимальный взнос на лечебную помощь составлял от 5,5 до 7 % фонда заработной платы. Ряду предприятий устанавливался пониженный (льготный) тариф, в частности предприятиям транспорта, бюджетным и работающим на экспорт и военную промышленность. Для хорошо оборудованных предприятий, создающих благоприятные условия работающим, устанавливался «поощрительный» тариф, а для плохо оборудованных – «карательный».

Страховые взносы взымались органами социального страхования и передавались органам здравоохранения. Фонды социального страхования разделялись на местные, губернские и всесоюзный. В последний поступало 10 % отчислений от взносов, которые передавались Наркомздраву. Управление фондами осуществляли вновь созданные страховые кассы, в функции которых входило участие в разработке выполнении планов медико-санитарной помощи застрахованным.

В соответствии с Постановлением Совета Народных Комиссаров от 23.03.1926 г. из всех средств социального страхования образовывались следующие операционные фонды:

- фонды, находящиеся в непосредственном распоряжении органов социального страхования.

- фонды медицинской помощи застрахованным (ФМПЗ), находящиеся в распоряжении органов здравоохранения (рис. 2).

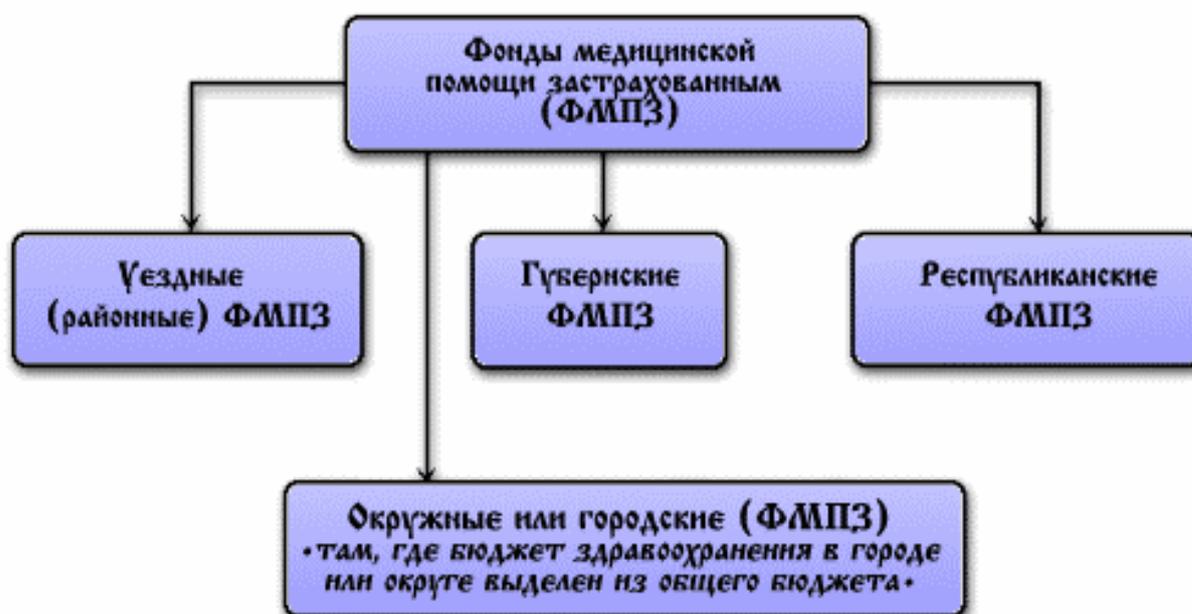


Рис. 2. Структура фондов медицинской помощи застрахованным в период с 1922 по 1929 г.

В 1928 г. введен новый порядок отчислений на медицинскую помощь, устанавливающий зависимость суммы отчислений от расходов по временной нетрудоспособности и инвалидности. Повышалась роль страховых организаций в области регулирования отчислений по отдельным районам в зависимости от состояния медицинской помощи, коэффициента заболеваемости, профвредности и социально-производственного значения. Ассигнования по фонду медицинской помощи застрахованным были включены в общий бюджет здравоохранения.

Таким образом, то, что некоторые понимали в годы НЭПа под страховой медициной, было просто составной частью единой государственной системы здравоохранения, позволившей использовать дополнительные (но по-прежнему недостаточные) источники финансирования – страховые фонды, формирующиеся за счет взносов работодателей.

7-й этап: с 1929 по июнь 1991 года.

В начале 30-х годов социальное страхование в стране было передано профсоюзам, а страховые кассы, система финансирования и все, что связано со страховой медициной, ликвидировано.

Можно заметить, что на определенных этапах советской истории государственное бюджетное здравоохранение было значительно эффективнее разрозненной частной медицины капиталистических стран того времени. Но уже к середине 50-х годов советское здравоохранение все в большей степени входило в кризис. Гигантская государственная монополия, не имея практически конкурентов, защитила себя от внешнего контроля, создала диктатуру производителя над потребителем. В целом по стране ситуацию значительно усугубил остаточный принцип финансирования, а в последние годы – общая экономическая нестабильность и инфляция.

Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья.

8-й этап: с июня 1991 года по настоящее время.

Все системы имеют свои недостатки и преимущества. К примеру, децентрализация ведет к росту расходов, но лучше обеспечивает разнообразие форм обслуживания, новых технологий. И наоборот, государственное регулирование и централизация помогают более экономному расходованию средств, но уменьшают доступность помощи, замедляют внедрение новых технологий. В крайней своей форме централизация превращается в государственную монополию здравоохранения. Возникает ситуация, при которой средства на здравоохранение тратятся менее эффективно, а здоровье населения оказывается все менее защищенным.

К началу 90-х годов крупные города России располагали довольно широкой сетью государственных поликлиник, диспансеров, больниц, системой скорой помощи и другими учреждениями, оказывающими бесплатную медицинскую помощь, а также обладали высококвалифицированными кадрами медицинских работников. Но даже при наличии такого потенциала развитие отрасли стало тормозиться, и не последняя причина тому – недостаточное финансирование и неэффективный механизм использования средств. За эти годы существенно изменилась структура бюджетных расходов. Заработная плата потеряла свой приоритет и ее удельный вес сократился. Напротив, возросла доля расходов на медикаменты, оборудование. Основная причина – резкое подорожание лекарств и медицинской техники и практически полная замена их импортными.

С 1991 года в России – уже фактически в третий раз – началось введение системы медицинского страхования. Основными предпосылками введения ОМС, как одного из направлений реформирования системы здравоохранения явились следующие факторы:

- высокая стоимость содержания экстенсивно развивающейся системы медицинской помощи при уменьшении ее финансирования из государственного бюджета;
- отсутствие стимулов к эффективному труду у медицинских работников, низкая оплата труда и уравнилельный принцип ее применения;
- жесткие рамки централизованного финансирования медицинских учреждений, сковывающие местные инициативы в реорганизации их деятельности;
- иждивенческое отношение граждан к «бесплатным» медицинским услугам, их пассивность в поддержании своего здоровья при отсутствии конкуренции в сохранении и получении рабочего места;
- удовлетворенность государственной власти достигнутым уровнем медицинской помощи, обеспечивающим относительную стабильность настроения граждан в плане их социальной безопасности;

– «размытость» средств на медицинские нужды при формировании государственного бюджета (недифференцированный по назначению налог и остаточный принцип распределения средств).

Таким образом, одной из главных предпосылок реформы явилась необходимость влить в отрасль дополнительные финансовые ресурсы. Не менее важной оказалась и надежда на преодоление отстраненности потребителя медицинских услуг от права выбора. Реформа здравоохранения началась с принятием в июне 1991 года Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон намечалось ввести в действие с 1 января 1993 года, фактически его реализация началась год спустя. Реализация закона затянулась по целому ряду причин. Так, только в конце 1992 года в дополнение к основному Закону был принят Закон о взносах на обязательное медицинское страхование и определен размер отчислений на эти цели – 3,6% от заработной платы, начисленной по всем основаниям. Затем только в апреле следующего 1993 года был опубликован Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Суть его изменений сводится к двум важным моментам:

- введено понятие: «обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования»;
- фонды здравоохранения заменены понятием «государственная, муниципальная система здравоохранения».

Этот момент имеет непосредственное отношение к финансированию отрасли, поскольку в уточненной редакции Закона написано: «Финансовые средства государственной, муниципальной системы здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения. Правительство Российской Федерации, правительства республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления субъектов РФ, в том числе городов Москвы и Санкт-Петербурга определяют размеры финансирования государственной, муниципальной систем здравоохранения». То есть речь идет об участии бюджета в финансировании отрасли. Наконец в статье 12 Закона появилась запись: «Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения».

Принятие программы государственных гарантий явилось первым шагом для создания единой системы здравоохранения страны. Она содержит нормы, которые применяются на всей территории Российской Федерации, перечень бесплатной медицинской помощи обязательен и одинаков для всех регионов. Все эти условия позволяют добиваться всеобщности и доступности бесплатной медицинской помощи независимо от места проживания. Еще одной немаловажной задачей, которую попытались решить с принятием Программы – это восстановление планирования здравоохранения. Не секрет, что с началом проведения реформы полностью отказались от действующей в течение многих лет административно-командной системы управления, основанной на централизованном планировании и нормировании. Это привело в начале 90-х годов к практически полной

потере планирования и существенным различиям в доступности медицинской помощи в разных регионах. Таким образом, Программа призвана восстановить управление отраслью на основе единых принципов планирования, к которым относятся: первичность планирования объемов медицинской помощи, а не сети медицинских организаций, а также планирование финансового обеспечения на основе нормативов объемов медицинской помощи².

Значительной вехой в развитие ОМС в России стало принятие Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.10 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Он определил границы функционирования системы ОМС, его организационную и финансовую структуру. Отныне на всей территории Российской Федерации стала реализовываться единая финансовая модель ОМС. Все средства ОМС стали централизованы.

В настоящее время право гражданина Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи закреплено в Конституции РФ (статья 39). В дальнейшем закрепление и описание реализации этого права закреплено в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Согласно этому закону ежегодно разрабатывается и принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

- 1) перечень форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- 2) перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
- 3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- 4) базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

² Организация обязательного медицинского страхования : учеб. пособие / под. ред. Н.Д. Тэгай, С.В. Шойко. Иркутск, 2002. 160 с.

5) средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

б) требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

Базовая программа обязательного медицинского страхования – это составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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:

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

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

б) болезни крови, кроветворных органов;

- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения;
- 19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

На основе вышеперечисленных документов в каждом субъекте Российской Федерации разрабатывается и утверждается территориальная программа ОМС.

В каждом субъекте РФ на основе данных документов разрабатывается территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

3) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

4) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

7) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

8) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

9) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

И в соответствии данной программой разрабатывается и утверждается территориальная программа обязательного медицинского страхования. **Территориальная программа обязательного медицинского страхования** – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. Территориальная программа ОМС может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой ОМС.

При установлении территориальной программой ОМС перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС, территориальная программа ОМС должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских ор-

ганизаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать в данном случае установленный базовой программой ОМС норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС. Финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в этих случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

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

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд ОМС – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Основные функции ФФОМС:

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) получает из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) вправе начислять и взыскивать в судебном порядке со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени;

5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с полномочиями;

7) осуществляет в установленном им *порядке* контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

8) определяет *общие принципы* построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

9) ведет единый *реестр* страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

10) ведет единый *реестр* медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с *порядком* организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) ведет единый регистр застрахованных лиц;

13) вправе обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;

15) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию *ограниченного доступа*;

16) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;

17) осуществляет иные полномочия.

Страхователями для работающих граждан являются:

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

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими

исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Страхователь имеет право получать информацию, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование, от налоговых органов, Федерального фонда и территориальных фондов в соответствии с их компетенцией.

Страхователь обязан:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

5) неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

д) один из родителей или опекунов, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а» – «е» граждане, *за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.*

Особое внимание необходимо уделить правам и обязанностям застрахованных лиц в связи со спецификой реализации обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования является **полис обязательного медицинского страхования**.

Полис обязательного медицинского страхования обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг». Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Помимо субъектов ОМС, выделяют также участников ОМС, на которых возложены отдельные функции и задачи по повышению эффективности функционирования ОМС в РФ.

Территориальные фонды ОМС – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, а именно – отдельных функций страховщика в части контроля за эффективным использованием средств ОМС и контроля защиты прав застрахованных лиц.

Основные функции ТФОМС:

1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования;

3) получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

5) начисляет недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в судебном порядке;

6) утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

7) предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования;

8) обеспечивает права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав;

9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

10) вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

11) вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;

12) осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;

13) собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

15) ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;

16) ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и другие функции.

Отдельные функции страховщика по ОМС также возложены на страховые медицинские организации.

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – страховая медицинская организация) – это страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее – договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования). В состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления страховой медицинской организации не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, Федерального фонда и территориальных фондов, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию. Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность. В регионе могут осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию неограниченное число страховых медицинских организаций.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее – целевые средства).

Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования, размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.

К **медицинским организациям** в сфере обязательного медицинского страхования (далее – медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – реестр медицинских организаций):

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд ОМС до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями.

Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе

отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации имеют право:

- 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также – тарифы на оплату медицинской помощи);
- 2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

- 1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- 6) размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
- 7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

Таким образом, участники ОМС обеспечивают целевое и эффективное использование средств ОМС для оплаты медицинской помощи застрахованным лицам в рамках Базовой и территориальной программ ОМС. В общем виде движение финансовых средств в системе ОМС происходит следующим образом (рис. 3):

- страхователи перечисляют в ФФОМС через Федеральное Казначейство страховые взносы;
- ФФОМС направляет на выравнивание условий финансирования территориальных программ ОМС субвенции ТФОМС.
- ТФОМС осуществляет финансирование СМО по дифференцированным среднестатистическим нормативам для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- СМО производит оплату медицинских услуг медицинским организациям по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по ОМС на территории субъект РФ.



Рис. 3. Взаимоотношения субъектов и участников ОМС

2.2. Формирование средств обязательного медицинского страхования во внебюджетных фондах

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

1) доходов от уплаты:

а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

б) недоимок по взносам, налоговым платежам;

в) начисленных пеней и штрафов;

2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование – это обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Налоговым кодексом РФ, главой 34.

Плательщиками страховых взносов (далее в настоящей главе – плательщики) признаются следующие лица, являющиеся страхователями в соответствии с федеральным законом об обязательном медицинском страховании:

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

индивидуальные предприниматели;

физические лица, не являющиеся индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, патентные поверенные и иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной.

Объектом обложения страховыми взносами для страхователей-работодателей признаются выплаты и иные вознаграждения, начисляемые плательщиками страховых взносов в пользу физических лиц в рамках трудовых отношений и гражданско-правовых договоров, предметом которых является выполнение ра-

бот, оказание услуг, по договорам авторского заказа, в пользу авторов произведений по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства, в том числе вознаграждения, начисляемые организациями по управлению правами на коллективной основе в пользу авторов произведений по договорам, заключенным с пользователями. Не относятся к объекту обложения страховыми взносами выплаты и иные вознаграждения, производимые в рамках гражданско-правовых договоров, предметом которых является переход права собственности или иных вещных прав на имущество (имущественные права), и договоров, связанных с передачей в пользование имущества (имущественных прав), за исключением договоров авторского заказа, договоров об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательских лицензионных договоров, лицензионных договоров о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства.

Не признаются объектом обложения для плательщиков страховых взносов выплаты и иные вознаграждения, начисленные в пользу физических лиц, являющихся иностранными гражданами и лицами без гражданства, по трудовым договорам, заключенным с российской организацией для работы в ее обособленном подразделении, расположенном за пределами территории Российской Федерации, выплаты и иные вознаграждения, начисленные в пользу физических лиц, являющихся иностранными гражданами и лицами без гражданства, в связи с осуществлением ими деятельности за пределами территории Российской Федерации в рамках заключенных договоров гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг.

База для начисления страховых взносов для страхователей-работодателей определяется как сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных плательщиками страховых взносов за расчетный период в пользу физических лиц, за исключением сумм, указанных в статье 422 главы 34 НК РФ.

Тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование – 5,1 %.

Для определенных категорий страхователей, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, предусмотрены пониженные тарифы страховых взносов в соответствии со статьей 427 НК РФ. Страхователи вправе исчислять взносы по пониженным тарифам, только если соблюдаются условия, установленные в п. п. 4 – 11 ст. 427 НК РФ (п. 3 ст. 427 НК РФ). В табл. 11 приведены примеры категорий страхователей, применяющих такие тарифы.

Таблица 11

Страхователи	Тарифы на ОМС	Условия и основания применения тарифов
Организации (ИП) на УСН, основной вид деятельности которых назван в подп. 5 п. 1 ст. 427 НК РФ	В течение 2017 – 2018 гг.: 0 %	подп. 5 п. 1, подп. 3 п. 2, п. 6 ст. 427 НК РФ

Страхователи	Тарифы на ОМС	Условия и основания применения тарифов
Аптечные организации (ИП, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность) на ЕНВД		подп. 6 п. 1, подп. 3 п. 2 ст. 427 НК РФ
Благотворительные организации на УСН		подп. 8 п. 1, подп. 3 п. 2, п. 8 ст. 427 НК РФ
ИП, применяющие патентную систему налогообложения		подп. 9 п. 1, подп. 3 п. 2 ст. 427 НК РФ
Некоммерческие организации (кроме государственных (муниципальных) учреждений) на УСН, осуществляющие деятельность в области социального обслуживания граждан, научных исследований и разработок, образования, здравоохранения, культуры и искусства, массового спорта (за исключением профессионального)		подп. 7 п. 1, подп. 3 п. 2, п. 7 ст. 427 НК РФ
Хозяйственные общества (хозяйственные партнерства), применяющие или внедряющие результаты интеллектуальной деятельности, исключительные права на которые принадлежат их учредителям (участникам) – бюджетным (автономным) учреждениям	2017 г. – 4,0 %, 2018 г. – 5,1 %, 2019 г. – 5,1 %	подп. 1 п. 1, подп. 1 п. 2, п. 4 ст. 427 НК РФ
Резиденты технико-внедренческих, промышленно-производственных и туристско-рекреационных особых экономических зон		подп. 2 п. 1, подп. 1 п. 2 ст. 427 НК РФ
Организации, осуществляющие деятельность в сфере информационных технологий	В течение 2017 – 2023 гг.: 4,0 %	подп. 3 п. 1, подп. 1.1 п. 2, п. 5 ст. 427 НК РФ
Резиденты территории опережающего социально-экономического развития (ТОСЭР), которые получили указанный статус не позднее трех лет с момента ее создания	В течение первых 10 лет резидентства: – 0,1%	подп. 12 п. 1, подп. 5 п. 2, п. 10 ст. 427 НК РФ, ч. 10, 12 ст. 13 Федерального закона от

Страхователи	Тарифы на ОМС	Условия и основания применения тарифов
		29.12.2014 № 473-ФЗ

Самозанятые граждане уплачивают страховые взносы на обязательное медицинское страхование в фиксированном размере 5 840 р. за расчетный период 2018 года, 6 884 р. за расчетный период 2019 года и 8 426 р. за расчетный период 2020 года.

Если плательщики начинают осуществлять предпринимательскую либо иную профессиональную деятельность в течение расчетного периода, фиксированный размер страховых взносов, подлежащих уплате ими за этот расчетный период, определяется пропорционально количеству календарных месяцев начиная с календарного месяца начала деятельности. За неполный месяц деятельности фиксированный размер страховых взносов определяется пропорционально количеству календарных дней этого месяца.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения исчисляются, исходя из численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения установлен в размере 18 864,6 р.

Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа на коэффициент дифференциации согласно Федеральному закону № 354-ФЗ и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период.

Средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС. Доходы бюджета Федерального фонда формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации, законодательством Российской Федерации о страховых взносах, законодательством Российской Федерации о налогах и сборах и законодательством Российской Федерации об иных обязательных платежах.

К доходам бюджета Федерального фонда относятся:

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;

- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- б) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджета Федерального фонда осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий;

2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) выполнения функций органа управления Федеральным фондом ОМС.

В составе бюджета Федерального фонда ОМС формируется нормированный страховой запас.

Временно свободные средства Федерального фонда (а также и территориального фонда) могут размещаться на банковские депозиты на следующих условиях:

- а) валютой депозита является валюта Российской Федерации;
- б) срок депозита составляет до 6 месяцев;
- в) процентная ставка по депозиту фиксируется на весь срок депозита;
- г) выплата процентного дохода осуществляется ежемесячно, а для депозитов на срок до 1 месяца – в конце срока депозита;
- д) обеспечивается возможность досрочного возврата суммы (части суммы) депозита по требованию Федерального фонда (территориального фонда);
- е) кредитные организации, в которых средства размещаются на банковские депозиты, должны удовлетворять требованиям, указанным в пункте 5 настоящих Правил;
- ж) сумма временно свободных средств Федерального фонда (территориального фонда), размещаемых в одной кредитной организации, не может превышать 25 % совокупного объема размещенных временно свободных средств Федерального фонда (территориального фонда).

Временно свободные средства Федерального фонда (территориального фонда) могут размещаться на банковские депозиты в кредитных организациях, удовлетворяющих следующим требованиям:

- а) наличие у кредитной организации генеральной лицензии Центрального банка Российской Федерации на осуществление банковских операций;
- б) наличие у кредитной организации собственных средств (капитала) в размере не менее 250 млрд. рублей, рассчитываемом по методике Центрального банка Российской Федерации, по состоянию на последнюю отчетную дату;

в) отсутствие у кредитной организации просроченной задолженности по банковским депозитам, ранее размещенным в ней за счет временно свободных средств Федерального фонда (территориального фонда);

г) участие кредитной организации в системе обязательного страхования вкладов физических лиц в банках Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации»;

д) соответствие одному из следующих требований:

– нахождение под прямым или косвенным контролем Центрального банка Российской Федерации или Российской Федерации;

– заключение государственной корпорацией «Агентство по страхованию вкладов» с кредитной организацией договора субординированного займа и предоставление облигаций федерального займа либо заключение договора о приобретении привилегированных акций кредитной организации и оплата таких акций облигациями федерального займа в рамках мер по повышению капитализации, предусмотренных статьями 3 и 3.2 Федерального закона «О внесении изменений в статью 11 Федерального закона «О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации» и статью 46 Федерального закона «О Центральном банке Российской Федерации (Банке России)»;

е) раскрытие кредитной организацией, а также всеми кредитными организациями, входящими в одну с ней банковскую группу, информации о своей деятельности в соответствии со статьей 8 Федерального закона «О банках и банковской деятельности», а также представление кредитной организацией в Центральный банк Российской Федерации отчетности и информации в соответствии со статьей 43 указанного Федерального закона для последующего раскрытия Центральным банком Российской Федерации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информации, содержащейся в отчетности кредитных организаций, в соответствии со статьей 57 Федерального закона «О Центральном банке Российской Федерации (Банке России)».

Для реализации прав застрахованных лиц в сфере ОМС согласно Базовой программы ОМС и Территориальной программы ОМС на территории каждого субъекта РФ созданы **территориальные фонды ОМС**. Это региональные внебюджетные фонды. Доходы бюджетов территориальных фондов формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

К доходам бюджетов территориальных фондов относятся:

1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;

2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) платежи субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с настоящим Федеральным законом;

5) доходы от размещения временно свободных средств;

6) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, в случаях, установленных законами субъекта Российской Федерации;

7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;

4) ведения дела по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

Субвенции из Федерального Фонда ОМС в пользу территориального Фонда ОМС конкретного субъекта Федерации

Распределение субвенций на очередной финансовый год утверждается федеральным законом о бюджете Фонда на очередной финансовый год и плановый период.

1. Распределение субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется в целях реализации переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее – субвенции).

2. Размер субвенции определяется по формуле:

$$S_i = \frac{Ч_i \times Н \times K_i}{\sum_i Ч_i \times Н \times K_i} \times S_{\text{общ}}$$

где S_i – размер субвенции, предоставляемой из бюджета Фонда бюджету i -го территориального фонда обязательного медицинского страхования;

$Ч_i$ – численность застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения i -го субъекта Российской Федерации или г. Байконура на 1 апреля года, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям Фонда;

H – норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на год, на который рассчитывается субвенция;

K_i – коэффициент дифференциации для i -го субъекта Российской Федерации или г. Байконура;

$S_{общ}$ – общий размер субвенций, установленный в бюджете Фонда на соответствующий финансовый год.

Размер субвенции рассчитывается в тысячах рублей с округлением до одного знака после запятой.

В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, включающий средства:

1) для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

3) для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования. Нормированный страховой запас территориального фонда в части средств, направляемых на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, формируется за счет средств от применения в соответствии со статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи,

2.3. Распределение финансовых средств и оплата медицинской помощи в рамках ОМС

Для осуществления оплаты медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС финансовые ресурсы распределяются по территории субъекта Федерации посредством страховых медицинских организаций (СМО – далее). Взаимодействие территориального фонда со страховыми медицинскими организациями и страховых медицинских организаций с медицинскими организациями

осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования: договором о финансовом обеспечении ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи.

2.3.1. Взаимодействие между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями

По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования СМО обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств, полученных из ТФ ОМС.

В соответствии с данным договором СМО несет следующие *обязанности*:

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;

2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением

полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

15) выполнение иных предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования обязанностей.

Права СМО:

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи;

6) осуществление иных предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования прав.

В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности ТФОМС:

1) предоставление страховой медицинской организации по поступившей от нее заявке целевых средств в пределах объема средств, определяемого исходя

из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в порядке и на цели, которые предусмотрены Федеральным законом об ОМС;

2) предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, в пределах установленного норматива, и средств, являющихся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

3) предоставление страховой медицинской организации целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС;

4) осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации;

5) выполнение иных предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования обязанностей.

С финансовой точки зрения, по данному договору территориальный фонд ОМС субъекта Федерации осуществляет распределение целевых средств между СМО, внесенными в территориальный реестр СМО в системе ОМС. Получение страховой медицинской организацией средств ОМС не влечет за собой перехода этих средств в собственность страховой медицинской организации, за исключением ряда случаев.

Для определения размера финансовых средств, выделяемых страховым медицинским организациям, фондом определяются дифференцированные подушевые нормативы в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста. Порядок расчета этих нормативов определен Правилами ОМС, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

Объем целевых средств, предоставляемых по договору о финансовом обеспечении, определяется путем умножения дифференцированного подушевого норматива на численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной СМО.

В случае наличия по истечении календарного года экономии целевых средств, образовавшейся в результате превышения суммы ежемесячных объемов средств для оплаты медицинской помощи, рассчитанных для страховой медицинской организации исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, над объемом целевых средств, фактически направленных страховой медицинской организацией на оплату медицинской помощи, с учетом средств, полученных из нормированного страхового запаса территориального фонда, 10 % экономии целевых средств предоставляются страховой медицинской организации в сроки, установленные договором о финансовом обеспечении.

В случае превышения установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту территориальный фонд принимает решение о предоставлении или об отказе в

предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда.

За использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере 10 % от суммы средств, использованных не по целевому назначению.

Кроме того, Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере не менее 1 % и не более 2 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию устанавливается законом о бюджете территориального фонда в едином размере для всех страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

Таким образом, СМО формирует целевые и собственные средства. Страховые резервы по ОМС не формируются.

Целевые средства страховой медицинской организации образуются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 70 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 70 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 50 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Собственными средствами страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

2) 30 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) 30 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

4) 50 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5) 10 % средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов;

6) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Распределение целевых средств, полученных СМО, осуществляется путем непосредственной оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

2.3.2. Взаимодействие СМО и медицинских организаций

СМО направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с **договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию** (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи), заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, *которые участвуют в реализации территориальной программы.*

Каждая медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций в системе ОМС, должна заключить договор со СМО, действующими на территории соответствующего субъекта Федерации.

Решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС данным медицинским организациям установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, а также средства для выплаты вознаграждения медицинской организации за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой ОМС, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, учитывающий:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями;

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

6) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;

7) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

9) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

10) возможность достижения социально значимых показателей деятельности здравоохранения, ориентированных на результат.

Оплата оказанной медицинской помощи застрахованным лицам производится исходя из утвержденных тарифов на оплату медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального

закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в отдельных случаях – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу. Также включаются расходы, определенные территориальной программой ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям

Тарифы могут устанавливаться медицинским организациям на срок до трех лет и индексироваться при условии участия таких медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования в указанном периоде.

Для установления тарифов могут использоваться следующие методы определения затрат:

- 1) нормативный;
- 2) структурный;
- 3) экспертный.

В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), указанные нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, используются при определении тарифов.

При применении структурного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию, в том числе, затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Экспертный метод предполагает привлечение экспертов для определения величины тарифов.

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденными ФФОМС и Министерством здравоохранения РФ 21.11.2017 г., территориальным фондам ОМС рекомендованы следующие способы оплаты медицинской помощи:

при амбулаторно-поликлинической помощи:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации;
- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС и др.)

при стационарной помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи (в случае смерти пациента, переводе в другую медицинскую организацию, досрочной выписке и т.п.);

при скорой медицинской помощи:

– по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Тариф за законченный случай рассчитывается исходя из затрат на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости; стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения; перечня препаратов крови с указанием количества, частоты предоставления и стоимости; перечня диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости.

При расчете стоимости по законченному случаю с применением способа оплаты по клинико-статистическим группам учитываются затратно-клинико-статистическим группам, количество профильных госпитализаций и применение современных эффективных технологий, стимулирование медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации и иных, разработанных в субъекте Российской Федерации на основе показателей здоровья населения.

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

Расходы, осуществленные страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу *вследствие причинения вреда его здоровью* (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица. Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом. Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется страховой медицинской организацией на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.

Страховая медицинская организация в дополнение вправе предъявить лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, требование о возмещении своих расходов на проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица, оформление необходимой документации, а также о возмещении судебных издержек. Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и связанных с ними расходов страховой медицинской организации предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.

2.4. Контроль объемов, стоимости, качества и своевременности оказанной медицинской помощи со стороны СМО

Экспертная деятельность СМО – это инструмент защиты прав пациента на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи путем минимизации возможного причиняемого в процессе оказания помощи вреда его жизни и здоровью. Очная экспертная деятельность СМО выявляет несоответствие этапа оказания медицинской помощи заболеванию пациента и указывает на необходимость соблюдения порядка оказания медицинской помощи, предписывающего оказывать помощь пациенту с данной нозологией на более высоком этапе медицинской помощи, тем самым спасая его жизнь.

Экспертная деятельность страховых медицинских организаций (СМО) в системе ОМС для медицинских организаций (МО) представляет собой безвозмездный независимый системный профессиональный аудит медицинской помощи, оказываемой пациентам, и реализует принцип «обратной связи» для принятия управленческих решений по совершенствованию качества медицинской помощи. Для надлежаще работающих в системе ОМС МО это инструмент, позволяющий по итогам отчетного периода аргументированно и доказательно требовать увеличения объемов от тарифных комиссий, так как это требование подтверждено актами экспертизы СМО, свидетельствующими о возможностях МО реализовать увеличенные объемы при надлежащем качестве медицинской по-

мощи. СМО заинтересованы в том, чтобы их застрахованные получали медицинскую помощь исключительно в тех МО, которые по результатам экспертизы качества демонстрируют высокую степень доступности при надлежащем качестве медуслуг.

Экспертная деятельность СМО – это инструмент защиты прав рядовых медицинских работников при ненадлежащем менеджменте в медицинской организации, допускающем отсутствие в распоряжении рядового лечащего врача необходимых ресурсов. В этом случае СМО авторитетно и профессионально перекладывает ответственность с невиновного необеспеченного ресурсами рядового врача на плечи руководства, допустившего ресурсную недостаточность в медицинской организации.

Экспертная деятельность СМО – это инструмент гражданского общества. Она способствует формированию в сфере здравоохранения между всеми субъектами адекватных гражданских правоотношений. Профессионал-эксперт СМО предъявляет профессионалу-врачу допущенные им дефекты в профессиональном споре, а результатом является профессиональный консенсус, на основе которого МО вправе выплатить в досудебном порядке пострадавшему пациенту возмещение вреда. В этом суть гражданских правоотношений. Альтернативой таким гражданским правоотношениям СМО и МО является уголовный процесс, отличающийся отсутствием возможности профессионального консенсуса.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» СМО осуществляют следующие виды контроля:

Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС с учетом представленных реестров счетов в соответствии с Приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона № 326-ФЗ удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Общий размер санкций (C), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{шт},$$

где H – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{шт}$ – размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$$H = PT + K_{но},$$

где PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = PP \cdot K_{шт},$$

где PP – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований, установленных правилами ОМС.

За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет ТФОМС штраф в размере 10 % от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансиро-

ния Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение десяти рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Надо отметить, что система ОМС самостоятельно не решает главной проблемы пациента – получения возмещения материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи. Решение данной проблемы возложено на судебные инстанции, досудебное возмещение материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи, в системе ОМС не предусмотрено. Пациенты (застрахованные лица) в районных центрах, малых городах, в сельской местности предпочитают не обращаться в суд с исками к МО о компенсации материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи, так как опасаются негатива со стороны администрации и медицинского персонала этих МО. По этим основаниям пациенты считают недостаточной защиту их прав исключительно экспертной деятельностью СМО и представительством их интересов в суде. Застрахованные лица указывают на необходимость развития досудебных институтов защиты их прав на возмещение материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи.

Пациенты (застрахованные лица) не обращаются в СМО с жалобами на нарушение их прав на выбор медицинской организации для госпитализации, так как СМО не обладает правом непосредственного прямого восстановления этого нарушенного права пациента. СМО при получении жалобы на нарушение права на выбор пациентом МО предписывает нарушающей право пациента организации восстановить его, вместо того, чтобы самостоятельно восстановить нарушенное право непосредственно выдачей направления на госпитализацию в выбранную пациентом МО.

Пациенты считают бессмысленными обращения в СМО с жалобами на отказ в оказании медицинской помощи, так как СМО не обладает реально (существенно) значимыми экономическими рычагами профилактики этого нарушения и наказания МО за отказ в оказании медпомощи. В настоящее время финансовая санкция со стороны СМО в системе ОМС к медицинской организации за отказ застрахованному лицу (пациенту) в оказании медицинской помощи составляет размер подушевого норматива, то есть в среднем около 8–9 тысяч рублей. Застрахованные лица, понимая ничтожность наказания МО за отказ в оказании помощи в таком мизерном размере, не обращаются в СМО.

2.5. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а при его оплате до получения соответствующих сведений от территориального фонда – о неполной оплате расходов медицинской организации при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения медико-экономического контроля или медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

2.6. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования (далее – персонифицированный учет) – это организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Целями персонифицированного учета являются:

- 1) создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;
- 3) определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования.

Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами, Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами,

страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан. Для целей персонифицированного учета Федеральный фонд и территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, с Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями.

В сфере обязательного медицинского страхования ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

При ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений о застрахованных лицах:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 12) данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;
- 13) дата регистрации в качестве застрахованного лица;
- 14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, содержащих сведения о застрахованных лицах.

При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;

- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономических стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ТЕМА 3. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

3.1. Экономическая сущность ДМС. Классификация ДМС

Добровольное медицинское страхование существует в большинстве экономически развитых стран мира, обеспечивая дополнительные сервисные медицинские услуги населению и расширяя финансовые возможности системы здравоохранения.

В мире существует несколько основных способов реализации ДМС:

1. «Замещающие» системы – позволяют определенным категориям людей (как правило, с высоким доходом) покинуть системы государственного социального страхования и страховаться частным образом. Но качество частного страхования строго контролируется государством для уверенности в том, что все расходы застрахованных граждан возмещаются в необходимом размере. Так устроена система ДМС, в частности, в Германии.

2. «Дополнительные» системы необходимы, когда государство не покрывает всю стоимость лечения и/или обязательным страхованием охвачены не все слои населения. Так, во Франции государство оплачивает 80 % медицинских расходов, а население вынуждено «покупать» страховку для возмещения остальных расходов.

3. «Дублирующие» системы – являются реакцией рыночной среды на обязательное государственное страхование, которое не удовлетворяет требованиям некоторых групп населения. Хотя все население застраховано государством, часть людей желает заплатить личные средства, чтобы обеспечить себе какие-то особые условия, которые не предоставляются государственной системой.

Появление этой услуги на российском рынке связано, в основном, со следующими обстоятельствами:

- изменение порядка финансирования системы здравоохранения;
- ограниченностью базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования, определяющих объем и условия оказания медицинской помощи гражданам РФ;
- снижением качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями.

В Российской Федерации ДМС появилось в связи с принятием в июне 1991 года Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ».

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – вид страхования, возникающий на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком, в соответствии с требованиями действующего законодательства. ДМС является важным видом финансово – коммерческой деятельности, относится к видам личного страхования и регулируется, в основном, Законом «Об организации страхового дела в РФ».

Социально-экономическое значение добровольного медицинского страхования заключается в том, что оно «дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально-возможных в современных условиях стандартов. Это касается, в первую очередь,

проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения; осуществления тех видов лечения, которые включены в сферу медицинской помощи по жизненным показаниям».

ДМС выполняет ряд функций, среди которых наиболее важными, с макроэкономической точки зрения, являются: охрана здоровья и обеспечение воспроизводства населения, развитие сфер медицинского обслуживания, улучшение материальной базы лечебно-профилактических учреждений.

С экономической точки зрения добровольное медицинское страхование представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с осуществлением медицинских затрат при наступлении страхового случая – обращении застрахованного лица в течение срока действия договора ДМС в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью, предусмотренной договором (полисом) страхования. Число страховых случаев по Правилам ДМС может быть неограниченным. Страховой случай в ДМС считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезает необходимость дальнейшего лечения.

Объектом ДМС следует считать здоровье граждан, материализуемое в финансовых затратах на медицинское обслуживание и помощь.

Главным принципом управления процессом предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования является экономическая выгода для всех его участников, а именно:

– экономический интерес работодателя в предоставлении страховой защиты работникам предприятий, организаций, учреждений посредством перераспределения страховых рисков между застрахованными по классической схеме: «здоровые финансируют больных»;

– личная заинтересованность потребителя медицинских услуг в сохранении и поддержании собственного здоровья (при отсутствии первого условия страховая защита обеспечивается на индивидуальной основе).

Основополагающими принципами проведения ДМС являются добровольность и доступность.

Потребность в ДМС напрямую зависит от того, в какой части риск заболевания покрывается обязательным медицинским страхованием. Чем уже спектр гарантий по ОМС, тем выше спрос на добровольное медицинское страхование, и наоборот. Кроме того, спрос на ДМС определяется во многих случаях желанием получить более качественную и специализированную медицинскую помощь и высокий уровень обслуживания в медицинском учреждении (отдельная палата, сиделка, лечение у ведущих специалистов и др. услуги).

Классификация видов ДМС проводится исходя из последствий наступления болезни, как экономического, так и медико-реабилитационного характера; объема страхового покрытия (страховой ответственности); степени дополнения системы ОМС; типа применяемого страхового тарифа.

Так, *по экономическим последствиям для человека (характеру страхового покрытия)* выделяют два вида страховой защиты: 1) страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья, реабилитацией и уходом; 2)

страхование потери дохода, вызванной невозможностью осуществления профессиональной деятельности в результате наступления заболевания.

По медико-реабилитационным последствиям в зависимости от типа и методов необходимого лечения различают страхование расходов на:

- амбулаторное лечение и домашнего (семейного) врача;
- стационарное лечение;
- стоматологическое обслуживание;
- специализированную диагностику заболеваний;
- приобретение лекарств;
- посещение врачей – специалистов;
- протезирование;
- приобретение очков, контактных линз;
- затраты, связанные с беременностью и родами;
- сервисные расходы;
- затраты, по уходу за больными.

При этом выделяют основные виды медицинского страхования и дополнительные опционы. К первым относят страхование расходов на амбулаторное и стационарное обслуживание, предполагающее компенсацию затрат на основное лечение, необходимое по жизненным показаниям. Ко вторым – виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь (стоматология, протезирование и некоторые другие).

По типам применяемых страховых тарифов медицинское страхование классифицирует следующим образом:

- страхование по полному (комбинированному тарифу), предполагающее оплату страхователем премии за гарантию покрытия всех расходов по амбулаторному и стационарному лечению с включением дополнительной оплаты за выбранные опционы;

- страхование по тарифу с собственным участием страхователя, предполагающее наличие франшизы, в зависимости от которой медицинские расходы покрываются либо начиная с оговоренной в договоре суммы, либо при каждом страховом случае страхователь самостоятельно оплачивает согласованную со страховщиком часть произведенных затрат на лечение;

- страхование по тарифу с лимитом по ответственности страховщика, позволяющее страховщику ограничить свое участие в покрытии медицинских расходов страхователя в пределах суммы, для которой страхователь в состоянии заплатить премии и которая соответствует его потребностям. *Другими словами, лимит ответственности страховщика соотносится с потребностями и финансовыми возможностями страхователя, например договором могут быть установлены лимиты ответственности на год, на вид медицинской помощи, на один страховой случай.*

В зависимости от объема страхового покрытия различают: 1) полное страхование медицинских расходов на стационарное и амбулаторное лечение; 2)

частичное страхование медицинских расходов – покрываются затраты на отдельные медицинские услуги по выбору страхователя либо специализированное лечение; 3) страхование расходов только по одному риску.

В зависимости от характера направленности затрат существует принципиальная классификация ДМС:

1. Страхование здоровья, при котором компенсируются затраты, связанные с поддержанием и сохранением здоровья, что ориентировано не на увеличение объемов ДМС как такового в результате роста заболеваемости, а на достижение высокого уровня здоровья населения.

2. Страхование затрат на медицинскую помощь, при котором компенсируются затраты, связанные с лечением и восстановлением здоровья. Этот подход направлен на лечение уже фактически наступивших заболеваний, хотя в определенной степени и он предусматривает проведение профилактических мероприятий.

3.2. Правовые основы и организация ДМС

Правовой характер отношений в ДМС имеет договорную и деликтную основы. В рамках деликтного права ДМС в России регулируется федеральным законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и главой 48 Гражданского кодекса.

Организация добровольного медицинского страхования основана на предоставлении медицинских услуг медицинским учреждением по требованию работодателя или гражданина (застрахованные) согласно договора со страховой медицинской организацией.

Остановимся подробнее на субъектах добровольного медицинского страхования и системе взаимоотношений, складывающихся между ними.

В качестве субъектов ДМС выступают:

– *застрахованные граждане* – физические лица, не имеющие заболеваний, ограничивающих принятие их на страхование в соответствии с правилами ДМС (обычно на страхование не принимаются состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, а также ВИЧ-инфицированные, инвалиды I группы);

– *страхователи* – дееспособные физические лица и юридические лица, заключающие договоры ДМС и являющиеся плательщиками страховых взносов. Страхователи – физические лица имеют право заключать договор в свою пользу и в пользу третьего лица (застрахованного). Страхователи – юридические лица заключают договоры только в пользу застрахованных (обычно застрахованными по договору, оплаченному страхователем – юридическим лицом, являются его сотрудники);

– *страховщики* – юридические лица любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, получившие лицензию на осуществление данного вида страховой деятельности. Стоит

отметить, что лицензию на ДМС в настоящее время могут получить как универсальные страховые компании, так и специализированные страховые медицинские организации, деятельность которых ограничена только обязательным и добровольным медицинским страхованием;

– *медицинские организации* – это имеющие право на осуществление медицинской деятельности:

– организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы;

– индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Отношения между субъектами добровольного медицинского страхования регулируются с помощью договоров двух типов:

– **договора ДМС** – стандартного «страховщик – страхователь», заключаемого между страховщиком и страхователем;

– **договора на оказание медицинской помощи** по ДМС – специального «страховщик – медицинская организация», заключаемого между страховщиком и медицинской организацией. На основании этого договора предоставляется медицинская помощь страхователям, застрахованным лицам конкретными медицинскими, социальными и оздоровительными организациями, учреждениями с установлением оплаты за конкретные медицинские услуги. Объем программы предоставления медицинских услуг, возможность выбора условий получения медицинской помощи определяются условиями договора.

Взаимодействие участников ДМС представлено на рис. 4.

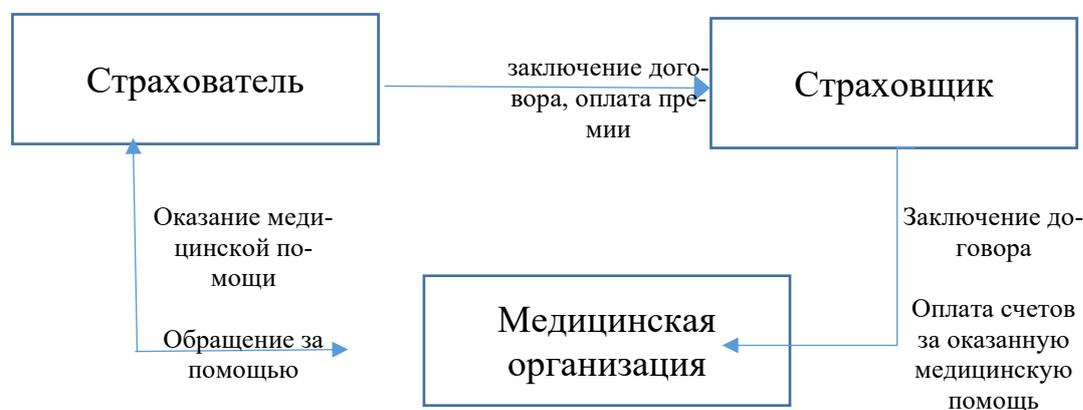


Рис. 4. Взаимодействие участников ДМС

1. Страхователь и страховщик заключают договор ДМС, согласно которого страхователь гарантирует уплату страховых взносов в обмен на предоставление страховщиком гарантии организации оказания медицинской организацией застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая.

2. Медицинская организация и страховщик заключают договор на оказание медицинской помощи страхователю или застрахованному.

3. Страхователь обращается по страховому полису (документу, подтверждающему право на получение медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) в медицинскую организацию.

4. Медицинская организация оказывает застрахованному медицинскую помощь.

5. Медицинская организация выписывает и выставляет счет за оказанные услуги страховщику.

6. Страховщик оплачивает предъявленный к акцепту счет. В этом случае является задействованным способ оплаты медицинских услуг без участия страхователя, когда медицинская организация направляет счет на оплату предоставленных услуг непосредственно страховой компании (он же является наиболее распространенным).

Вместе с тем, существует и иной, более простой, метод оплаты медицинской помощи в ДМС. Суть его состоит в том, что застрахованное лицо получает от медицинской организации счет на оплату услуг, оплата которого в последующем сопровождается компенсацией соответствующих сумм страховой компанией.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, обязательным приложением к которому являются правила страхования или выдержки из них, содержащие существенные условия, не вошедшие в полис.

Договор добровольного медицинского страхования должен содержать такие условия как:

- контингент страхователей и застрахованных (наименование сторон и численность застрахованных);
- объект страхования (застрахованные);
- объем страховой ответственности (включая перечень медицинских услуг, соответствующих программе добровольного медицинского страхования);
- страховая сумма;
- тарифные ставки;
- порядок выплат страхового обеспечения;
- срок действия договора страхования.

Помимо этого, договором определяются:

- размер страховых платежей и порядок их уплаты;
- условия и сроки вступления договора в силу, а также его прекращения;
- возможность и порядок изменения отдельных первоначальных условий договора;
- права и обязанности сторон;
- порядок разрешения споров и другие условия.

Договоры могут заключаться как с предварительным медицинским освидетельствованием, так и без него.

Договоры ДМС могут быть:

- индивидуальные, заключаемые гражданами;

– коллективные, заключаемые работодателями в пользу своих сотрудников (застрахованных лиц). Они заключаются следующими способами:

1) путем подписания страхователем и страховщиком непосредственно договора страхования;

2) выдачей страховщиком страхового медицинского полиса (свидетельства, сертификата, квитанции) страхователю на основе его устного или письменного заявления.

Договоры ДМС по срокам страхования оформляются на:

– неопределенный срок, т.е. пока у страхователя есть заинтересованность в действии договора (страховой защите) при условии регулярной уплаты страховой премии;

– определенный срок в пределах от трех месяцев до одного года или один год – 10 лет;

– конкретный срок, т.е. на кратковременный период времени, связанный с конкретным путешествием, поездкой или другим событием продолжительностью от нескольких дней до трех месяцев.

Страховым событием, предусмотренным договором, является обращение застрахованного в лечебно-профилактическое учреждение по поводу внезапно возникшего заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления, требующего оказания консультативной и лечебно-диагностической помощи согласно договору страхования. При этом предполагаются организация и оплата медицинских услуг определенного объема и качества в соответствии со страховой программой.

Как правило, не признаются страховыми событиями и не покрываются страховым договором следующие случаи:

– получение травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

– получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

– получение травм при покушении на самоубийство;

– умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство);

– заболевание явилось результатом несчастного случая вследствие военных действий или военной службы;

– лечение производилось методами, не признанными официальной медициной или в медицинских учреждениях, не имеющих официальной аккредитации или лицензии.

Объем ответственности не распространяется также на:

– выявление онкологических, кожно-венерических, специфических заболеваний (включая СПИД);

– оказание наркологической помощи;

– выявление заболеваний, связанных с радиоактивным облучением и его последствиями;

– выполнение операций трансплантации органов и тканей, кардиохирургических операций, корректирующих операций на магистральных сосудах.

К группе нестрахуемых рисков относятся, как правило, социально значимые заболевания: СПИД, онкологические, психические, ряд инфекционных заболеваний и т.п.

Размер страховой премии зависит от:

- вида страховой программы;
- перечня услуг;
- возраста застрахованного лица;
- лимита страховой ответственности;
- тарифа;
- срока страхования;
- действующих цен на медицинские услуги;
- количества застрахованных лиц.

При индивидуальном страховании тарифная ставка дифференцируется в зависимости от пола, возраста, профессии, состояния здоровья страхуемого лица и других факторов риска заболеваний. В зависимости от этих факторов риска устанавливается индивидуальный страховой тариф, который в ряде случаев существенно отличается от средней (базовой) величины тарифа.

При коллективном страховании страховщиками учитываются факторы риска и определяется страховой тариф по отдельным группам страхуемых лиц.

Страховая сумма, как предельный уровень страхового обеспечения, устанавливается по согласованию сторон исходя из перечня и стоимости медицинских услуг по договору (стоимости лечения, предусмотренного программой страхования) с включением надбавки страховой организации.

При увеличении стоимости медицинских услуг, по соглашению сторон, производится перерасчет страховой суммы и страхового взноса. Перерасчет страхового взноса осуществляется исходя из срока, оставшегося до прекращения срока действия договора страхования.

Страховое покрытие (страховая выплата) по ДМС определяется по одному из вариантов:

- 1) твердо установленной страховой суммой, в пределах которой определяется годовой объем конкретных медицинских расходов застрахованного;
- 2) перечнем страховых случаев, при наступлении которых гарантируется полная оплата лечения (в пределах страховой суммы);
- 3) перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду.

Договор ДМС – публичный договор. Страховщик не имеет права отказаться от страхования объекта, если волеизъявление страхователя не противоречит условиям страхования. Данный принцип гарантирует заключение договора страхования по первому требованию страхователя. Важнейшим условием предоставления страховой защиты по договору страхования является вероятностный характер события, на случай наступления которого производится страхование.

Перед заключением договора ДМС страховщики, как правило, проводят андеррайтинговую оценку страхуемого лица: состояние его здоровья, финансовой платежеспособности и др. Андеррайтинг в ДМС имеет важное значение для оценки принимаемых на страхование рисков, так как велика вероятность покупки полиса страхования лицом либо предрасположенным к заболеваниям, входящим в страховое покрытие, либо уже болеющим соответствующим заболеванием. В связи с условием публичности договора ДМС страховщики должны учитывать это обстоятельство и, по мере возможностей, максимально корректировать условия страхования отдельного страхового контракта. В этом случае договор может быть заключен либо после предварительного медицинского осмотра страхуемого лица, либо с заполнением декларации о здоровье.

При этом страховщик должен соблюдать тайну страхования. Тайна страхования по договору ДМС обеспечивается тем, что страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения, составляющие служебную и/или коммерческую тайну страхователей, выгодоприобретателей и застрахованных лиц, а также личную и/или семейную тайну этих лиц и, кроме того, сведения о здоровье и имущественном положении этих лиц. Наряду с вышеперечисленным, страховщики также обязаны сохранять врачебную тайну, которую составляют прежде всего факт обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные данные, полученные при обследовании и лечении, включая содержащиеся в медицинских документах.

Договор ДМС может предусматривать преддоговорной период, так называемый «период ожидания» – период после оформления договора и уплаты первого взноса (страховой премии) до начала страховой защиты (конкретная дата в договоре, после которой наступает полная ответственность страховщика по принятым обязательствам). Цель введения этого периода – исключить случаи преднамеренного заключения договоров с лицами, ожидающими наступления болезни или уже имеющими страхуемое заболевание. Дополнительно он обеспечивает страховщику накопление средств для осуществления последующих выплат.

«Период ожидания» назначается для многих заболеваний, кроме последствий несчастного случая и продолжительность его может быть от одного месяца до одного года. Наиболее длительные периоды устанавливаются для родов, стоматологии и ортопедии, хронических заболеваний и патологий. При условии уплаты более высокой премии он может быть отменен при предъявлении документа о медицинском освидетельствовании.

Организация и оплата медицинских услуг определенного объема и качества осуществляется в соответствии со **страховой программой**.

Договор заключается в соответствии с Правилами ДМС, определяющими основные экономико-правовые аспекты предлагаемого страховщиком медицинского страхования и **программы ДМС**, которые содержат:

- перечень гарантированных медицинских услуг, их описание;
- перечень медицинских учреждений, в которые может обратиться застрахованный;

- перечень, описание и стоимость основных и дополнительных медицинских услуг;
- характеристики технологии, методов лечения;
- страховые суммы, в пределах которых заключаются страховые договоры;
- срок страхования.

Стоит отметить, что основой для формируемых страховой компанией программ ДМС является Программа государственных гарантий, разрабатываемая на субфедеральном уровне. Как правило, в перечень услуг, предлагаемых в рамках ДМС, входят те виды медицинской помощи, которые согласно программе государственных гарантий, могут предоставляться населению исключительно на коммерческой основе.

Программы ДМС, как правило, охватывают мероприятия расширяющие возможности и улучшающие условия оказания медицинской помощи страхователям (застрахованным). Это достигается за счет:

- предоставления права пациенту на выбор лучших специалистов и учреждений для получения необходимой помощи, включая ведущие клиники, а также и направление в клиники других областей и городов, медицинские центры, к частнопрактикующим врачам;
- более высокого уровня сервисного обслуживания в стационарах, лечебно-восстановительных и санаторных учреждениях;
- организации спортивно-оздоровительных услуг, различных превентивных мероприятий и средств профилактики;
- увеличения по срокам послебольничного патронажа, ухода и реабилитационных мероприятий на дому.

Кроме того, программы ДМС предусматривают участие страхователей в целевом финансировании капитальных вложений на техническое перевооружение и новое строительство лечебно-профилактических учреждений, предприятий по производству медицинского оборудования и лекарственных препаратов с предоставлением права первоочередного получения услуг или продукции (протезов, лекарств, медицинской техники, оборудования и т.п.) этих учреждений и предприятий.

3.3. Система рисков и андеррайтинг в медицинском страховании

Основу любого вида страхования составляет категория риска, находящегося в непосредственной взаимосвязи с определенным объектом. Здоровье – один из ключевых аспектов жизни людей, подвержено воздействию рисков различного характера. Поэтому в страховании здоровье рассматривается как объект, подлежащий защите. Природа рисков, покрываемых полисами медицинского страхования, имеет ряд принципиальных отличий, которые делают медицинское страхование особой организационной формой страховой деятельности. При раз-

работке страховыми организациями страховых продуктов и условий страхования применяется **классификация рисков**, в которой выделено несколько уровней (компонентов) риска, связанного со здоровьем.

1. *Риск возникновения болезни или физического дефекта*, т.е. риск физиологических нарушений, угрожающих нормальному функционированию организма. Сам по себе этот риск имеет биологическую и социальную природу, однако его последствия представляют собой экономический ущерб.

2. *Риск необходимости восстановления здоровья*, – лечения, требующего затрат различного рода ресурсов. Эти затраты могут принимать экономическую (денежную) форму.

3. *Риск временных или постоянных нарушений социально-экономической стороны жизни человека в связи с утратой здоровья*. Примерами могут быть потеря дохода вследствие утраты трудоспособности и сложности в передвижении при некоторых формах инвалидности. Ущерб может иметь как социальную, так и экономическую составляющую.

4. *Риск необходимости поддержания приемлемых условий жизни в случае невозможности полного восстановления здоровья (инвалидности)*, т.е. необходимости организации ухода за инвалидами и поддержания их полноценной общественной жизни. Эти мероприятия также требуют затрат ресурсов, имеющих социальную значимость и выраженных в экономической форме.

Для всех типов риска применяется система страхования (защиты), призванная покрывать финансовые расходы, возникающие вследствие проявления рисков, связанных со здоровьем. Данная система представляет собой совокупность видов медицинского страхования, в рамках каждого из которых предлагаются программы страхования, различающиеся объемом покрываемых обязательств и направленностью расходов (на лечение, реабилитацию, уход и т.д.). В связи с этим, **риски и соответствующие им виды медицинского страхования**, можно классифицировать следующим образом.

Первое направление – страхование расходов, которые могут возникнуть вследствие заболевания. Страховым случаем является факт обращения застрахованного лица в медицинское учреждение за медицинской помощью. Страховая выплата может иметь следующие формы:

- компенсация расходов на лечение в амбулаторных медицинских учреждениях и / или в стационаре;
- выплата по дням нетрудоспособности;
- возмещение дохода, потерянного застрахованным лицом по причине его нетрудоспособности;
- возмещение расходов по приобретению лекарственных препаратов, предметов ухода за больным, инвентаря и т.п.

В договоре страхования могут быть указаны конкретные страховые события, которые повлекли за собой соответствующие расходы застрахованного лица (заболевание, травма, отравление, обострение заболевания и т.д.)

Второе направление – страхование на случай заболевания. Страховым случаем считается установление диагноза заболевания или группы заболеваний,

указанных в договоре страхования. К данной группе рисков относится, например, страхование от смертельно – опасных заболеваний. Страховая выплата может приобретать следующие формы:

- разовая выплата при подтверждении диагноза заболевания;
- возмещение расходов, связанных с лечением заболевания;
- выплаты по нетрудоспособности, смерти и др.

Помимо вышеназванных направлений в медицинском страховании можно выделить следующие риски:

- нанесение ущерба здоровью вследствие неэффективного лечения или неправильного применения медицинских технологий, неквалифицированных действий медперсонала;

- расходы, связанные с уходом на дому, и др.

Условия страхования могут предусматривать полную или частичную компенсацию понесенных расходов.

Факторы риска заболеваемости и смертности, влияющие на использование страхования и выбор страховых программ.

Жизнеспособность человека, т.е. его способность противостоять риску заболеваемости и смертности, зависит от множества факторов, среди которых можно назвать:

- *пол.* Смертность мужчин, как правило, выше смертности женщин. Различия заболеваемости по полу также четко выражены: женщины болеют чаще. Поэтому мужчин и женщин обычно рассматривают в страховании как отдельные группы;

- *возраст.* Вероятность заболеваемости и смертности увеличивается с возрастом в связи с уменьшением способности организма противостоять функциональным нарушениям. Указанные риски крайне высоки для пожилых людей, что может сделать страхование их жизни и здоровья экономически малоэффективным;

- *состояние здоровья.* Лица со слабым здоровьем, как правило, подвержены более высокому риску смерти. Очевидно, что и выплаты для них по договорам страхования здоровья также будут выше. Однако зависимость между состоянием здоровья и риском повышенных страховых выплат нередко более сложна, и ее анализ требует специальных медицинских знаний и знаний по оценке риска (андеррайтинговых);

- *наследственность.* Также определяет некоторые особенности функционирования организма, которые имеют существенное влияние на риск заболеть или умереть;

- *экологическая обстановка.* Задаёт интенсивность давления окружающей среды на биологическое функционирование организмов людей, что учитывается при принятии решения о страховании;

- *социально-экономическое положение.* Лица, имеющие различный социальный статус, будут демонстрировать специфическую заболеваемость и смертность. Это, в свою очередь, отразится на выборе страховых программ и статистике выплат;

– *особенности индивидуального поведения*. Данный фактор включает все аспекты влияния поведения на здоровье: образ жизни, опасные хобби и увлечения, вредные привычки, выполнение профессиональных обязанностей, связанных с повышенной опасностью, и т.п. Особая сложность состоит в том, что застрахованные могут влиять на эти обстоятельства, что приводит к таким эффектам, как неблагоприятный отбор и оппортунистическое поведение.

Все без исключения рассмотренные факторы используются для анализа индивидуальных рисков с целью исключения «плохих» рисков из страхового портфеля и получения дополнительной информации при проведении андеррайтинга.

Целью андеррайтинга является более адекватная оценка рисков, принимаемых на страхование. *Андеррайтинг* призван уменьшить неблагоприятный отбор страхователями рисков для страховой компании (антиселекцию) и, по возможности, обеспечить благоприятный отбор рисков (селекцию) для страховщика. Андеррайтинг предполагает получение информации из разных источников:

- *Анкета в заявлении о приеме на страхование*. Она предоставляет общую информацию о личности заявителя (имя, адрес, пол, возраст), об индивидуальной специфике риска (наличие вредных привычек, занятия спортом, профессия, рост, вес, наличие хронических болезней, характер обращений к врачу в предшествующем страхованию периоде и др.), о характере страхового покрытия (основные условия договора страхования, размер премии и страхового обеспечения). При андеррайтинге личного страхования подобное анкетирование проводится практически всегда. Оно предоставляет андеррайтеру общую и медицинскую информацию, необходимую для оценки рисков, принимаемых на страхование. Содержание и формулировки вопросов могут различаться в зависимости от вида покрытия и политики страховой компании в области андеррайтинга и продаж.

- *Медицинские отчеты*. Этот источник используется в случае необходимости уточнения медицинской информации, если возникли вопросы при обработке анкет в заявлении на страхование или если это изначально предусмотрено, например, при высоких значениях страховых сумм. Это может быть отчет лечащего врача, результаты проведенных обследований, анкета по определенному заболеванию и т.п. Подобная информация предоставляется страховой компании при согласии пациента, а на ее хранение и использование распространяются требования сохранения медицинской тайны.

- *Специальные анкеты*. Их назначение заключается в получении специфической информации по определенным типам рисков, которые вызывают дополнительные вопросы у андеррайтера. Например, это может быть анкета об образе жизни, которая поможет получить более полную информацию о риске заболевания СПИДом, анкета о профессиональном риске и др.

- *Финансовая анкета*. Она предоставляет андеррайтеру информацию по причинам возможного заключения договора страхования, а также о финансовом

положении страхователя. Это позволяет андеррайтеру оценить характер финансовых стимулов и риск оппортунистического поведения, а в конечном итоге размер требуемого страхового покрытия и другие параметры договора страхования.

В зависимости от того, риск какой природы оценивается и соответственно какая информация используется, различают медицинский, профессиональный и финансовый андеррайтинг. Их соотношение и значимость зависят от программы страхования.

Все перечисленное выше предъявляет высокие требования к квалификации андеррайтеров. Кроме того, особое внимание следует уделить определенной формализации действий при принятии решений на основе специальных руководств, что позволит снизить риск принятия неправильного решения.

Ценообразование

Особенность определения тарифных ставок в добровольном медицинском страховании состоит в том, что оно, с одной стороны, предполагает выплату страховой суммы аналогично выплатам по страхованию жизни, с другой – для ДМС характерен рисковый характер выплат, что предполагает выплаты на принципе возмещения ущерба. В связи с этим актуарные расчеты в ДМС базируются на основных принципах расчета тарифных ставок по иным видам страхования, чем страхование жизни, но с учетом особенностей страхования жизни.

При заключении договоров ДМС сроком на один год тарифы рассчитываются дискретно и дифференцированно в зависимости от принадлежности застрахованного к определенной группе риска для каждого возраста. Текущие страховые выплаты при этом осуществляются за счет страховых взносов, поступающих в данный финансовый год.

При расчете тарифа по программам ДМС страховая компания, как правило, использует статистическую базу по программам для медицинских учреждений, с которыми она работала более чем один год. С помощью статистической базы по конкретной программе ДМС страховщик имеет возможность произвести оценку и анализ таких страховых показателей как: средний размер выплат на одного застрахованного, вероятность обращения, дисперсия выплат. Такие показатели впоследствии используются для оценки тарифа с учетом тенденции и закономерности выплат, а также уровня инфляции и ее влияния на цены медицинских услуг за год.

Для формирования тарифа по программам ДМС для медицинских учреждений по впервые заключаемым договорам (при отсутствии статистической базы), используется метод экспертных оценок с последующей корректировкой тарифа (после формирования статистической базы). Для оценивания тарифа может быть также использована статистическая база других медицинских учреждений с аналогичной программой ДМС и контингентом страхователей при условии, что выплаты будут иметь одинаковый закон распределения.

Тарификация, как правило, проводится по половозрастным группам и основным факторам риска, выделяемых при процедуре андеррайтинга. Использование указанных критериев выделения тарифных групп зависит от андеррайтинговой политики страховой компании, что вызывает некоторые несовпадения в структуре тарифных классов у разных страховщиков.

Ценообразование на современном рынке ДМС имеет ряд особенностей. Прежде всего, следует обратить внимание на то обстоятельство, что высокая цена не всегда является реальным показателем полезности и качества медицинской услуги. На удорожание полиса влияют и такие факторы, как:

- репутация и престижность поликлиники, количество пациентов, – так называемый эффект экономии на масштабах – чем больше пациентов, тем дешевле обслуживание каждого, и, напротив, сугубо индивидуальный подход приводит к повышению цены;

- организация производственного процесса в медицинском учреждении, – большие объемы площадей и мощностей, нерациональная загрузка персонала ведут к удорожанию полиса;

- наличие оборудования и сроки его приобретения, количество и квалификационные особенности персонала и пр.

Расширенное покрытие также не всегда является положительным моментом при ценообразовании, поскольку не все включенные в программу услуги бывают действительно необходимы клиенту. Быстрота и гарантированность излечения пациента не находится в прямой зависимости от того, сколько заплачено за его медицинский полис. В связи с необходимостью представлять более узкое, а значит, и более дешевое покрытие, соответствующее потребностям конкретного клиента, начал активно развиваться сектор специальных медико-страховых услуг.

Сейчас главное – эффективность работы медицинского учреждения. В связи с этим возникает проблема для страховых компаний – это удешевление стоимости медицинского страхования для клиента.

Возможны два пути: снижение себестоимости традиционного полиса и создание принципиально новых удешевленных продуктов. К последней группе относятся полисы типа «Семейный врач», «Офисный врач» и т.п. Экономия происходит за счет того, что услуги на первом этапе осуществляет так называемый врач общей практики, совмещающий функции терапевта, отоларинголога, офтальмолога и др. и имеющий современное портативное медицинское оборудование, и только при обнаружении серьезной патологии пациент направляется к специалистам для углубленного обследования и лечения. Такой полис позволяет экономить до 30 % затрат на медицинское обслуживание.

ДМС в силу большого разнообразия предлагаемых программ медицинского обслуживания можно назвать самым демократичным видом страхования. Каждый клиент может выбрать наиболее подходящий для себя продукт в зависимости от его финансовых возможностей и индивидуальных потребностей в страховой защите: «элитные» и общедоступные услуги, разные условия по объему предоставляемых услуг, сроку страхования, порядку оплаты и т.п. Таким образом, различные категории пациентов получают доступ к дополнительным медицинским услугам, которые не покрываются полисом обязательного государственного медицинского страхования.

Рынок ДМС, в теории считающийся вторичным по отношению к рынку медицинских услуг, на практике выполняет сегодня роль одного из основных источников экономических изменений в сфере платной медицины и организатора движения финансовых потоков.

3.4. Урегулирование страховых случаев в ДМС

Урегулирование страховых случаев в ДМС от других видов страхования отличаются следующие особенности:

- страховой случай по ДМС растянут во времени, которое совпадает с периодом нетрудоспособности застрахованного;
- длительность страхового случая определяется методикой лечения и устанавливается медицинским учреждением или врачом;
- медицинские услуги должны быть предоставлены лечебными учреждениями или врачами, аккредитованными страховщиком, а лекарства и другие медикаменты – выписаны по рецепту.

Организационно урегулирование страховых случаев осуществляется чаще всего путем:

- прикрепления застрахованных к определенным медицинским учреждениям (полисы прикрепления), когда клиенты страховщика могут получать помощь только в тех медицинских учреждениях, которые указаны в полисе. Более дорогие программы ДМС предусматривают целые перечни ЛПУ, причем ведущих в своей области медицины. Более дешевые обязывают застрахованного обращаться непосредственно только в одно выбранное страховщиком или принадлежащее ему медицинское учреждение, которое в случае невозможности самостоятельно оказать помощь может направить застрахованного в другое ЛПУ или к врачам специалистам по медицинским показаниям;
- свободного выбора любых медицинских учреждений из предлагаемого страховщиком списка, указанного в полисе;
- направления в медицинское учреждение по решению (выбору) семейного (домашнего) врача или дежурного врача страховщика (колл-центр);
- обслуживания в собственном медицинском центре страховщика.

Методы оплаты медицинских услуг.

Оплата медицинской помощи в ДМС может осуществляться разными способами. Поскольку отечественным законодательством в сфере ДМС не предусмотрено выплат в пользу застрахованного лица, то обычно страховой выплатой по договору ДМС является оплата страховщиком услуг медицинского учреждения, оказавшего медицинскую помощь застрахованному лицу.

При традиционном способе оплаты медицинское учреждение выставляет счет клиенту. Клиент оплачивает счет и представляет его в страховую компанию, которая компенсирует ему расходы на проведенное лечение. Возможен вариант, когда клиент, получив счет, направляет его страховщику для оплаты.

За рубежом страховщики стали применять *отложенные расчеты* с клиентами по данной схеме оплаты медицинских услуг. Суть их заключается в том,

что страховщик начинает принимать к оплате счета только при достижении определенной в страховом договоре суммы. Например, страховая компания не осуществляет страховые выплаты до тех пор, пока клиент не израсходует определенную часть средств на медицинское обслуживание с начала календарного года, а потом возмещает всю эту сумму. Такое условие позволяет страховщику экономить расходы на ведение дела и не отвлекать суммы резервов из процесса капитализации.

В последнее время в связи с наметившейся тенденцией неуклонного удорожания медицинских услуг и наблюдающимся ростом убыточности в медицинском страховании по прямым страховым операциям стали появляться новые системы оплаты медицинских услуг. Лидером в этом направлении выступили США, где ДМС составляет основную часть всего национального медицинского страхования. В США все чаще стало встречаться медицинское страхование с контролем за использованием страховых средств, т.е. прямое финансирование страховщиками собственных медицинских центров, в которых лечатся застрахованные.

В России в последнее время в связи с активным развитием рынка ДМС крупные страховые медицинские компании тоже стали предоставлять медицинскую помощь самостоятельно: либо приглашая специалистов, либо организуя собственные медицинские учреждения.

Медицинские учреждения по законодательству и условиям договора страхования ДМС несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в предоставлении медицинской помощи. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора, заключенного со страховой организацией на оказание медицинской помощи застрахованным лицам, страховщик вправе частично или полностью не возмещать затраты за оказанные медицинские услуги.

При неоказании или неправильном оказании медицинской помощи страховщик вправе требовать от медицинского учреждения возмещения расходов в пределах сумм, затраченных на оказание соответствующих медицинских услуг.

3.5. Медицинское страхование граждан, выезжающих за рубеж (медицинский ассистанс)

Страхование граждан, выезжающих за рубеж – специфический комплексный вид страхования, объектом которого является незамедлительное оказание помощи в определенных чрезвычайных ситуациях – *assistance insurance* – страхование неотложной помощи. Главная цель ассистанса – немедленное реагирование по оказанию медицинской, технической, моральной и др. помощи. *Следует отметить, что если в классическом страховании речь идет о возмещении ущерба, то в страховании неотложной помощи – об оказании услуги в форме немедленной помощи, то есть страховая компания часто выступает только как организатор оказания услуги (как посредник между организацией, непосред-*

ственно оказывающей услугу, и застрахованным). Тем не менее, данная деятельность, несомненно, относится к страховой, так как основывается на передаче риска возникновения необходимости в неотложной помощи в обмен на предварительную уплату страховой премии.

Страховые компании предоставляют защиту как в отношении имущества и ответственности туристов, так и в отношении их жизни и здоровья. При этом основу страховых отношений составляет защита имущественных интересов, связанных со здоровьем, а базу страхового обеспечения (в соответствии с направленностью современного ассистанса) – оплата (компенсация) медицинских расходов, что позволяет отнести его к добровольному медицинскому страхованию.

Под страхованием граждан, выезжающих за рубеж обычно подразумевается добровольное медицинское страхование на случай внезапного заболевания или телесных повреждений, полученных застрахованным лицом в результате несчастного случая или смерти, наступившей во время его пребывания за границей.

Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж, уже получило широкое распространение в России, поскольку количество российских граждан, отправляющихся за границу в командировку, на отдых и т.д., увеличивается с каждым годом, а также потому, что ряд стран (Германия, США, Франция) не выдает визы туристам, не имеющим страхового полиса, оплачивающего услуги неотложной медицинской помощи – ассистанса.

Страховая защита граждан, выезжающих за рубеж, осуществляется, как правило, в двух формах: компенсационной и сервисной.

При наступлении болезни основной проблемой путешественника может стать не столько оплата медицинских расходов как таковая, сколько получение соответствующей медицинской помощи. Поэтому преимущественное развитие получило страхование граждан, выезжающих за рубеж, в сервисной форме. В случае чрезвычайной ситуации застрахованный обязан связаться с одним из сервисных центров, указанных в страховом полисе. В дальнейшем, все обязанности по оказанию и оплате медицинских и иных услуг ложатся на сервисный центр. *Неотложная помощь оказывается застрахованным в любой географической точке, на которую распространяется страховое покрытие, в течение 24 часов в сутки.*

Основой страхового покрытия данного страхования является оплата расходов на необходимое с медицинской точки зрения лечение застрахованного лица от внезапного заболевания или последствий несчастного случая. Страховщик гарантирует возмещение расходов, связанных с:

1. Оказанием необходимой по медицинским показаниям медицинской помощи:

- по амбулаторному лечению;
- лечению и проведению хирургических операций в стационаре, официально признанном в стране пребывания и использующем научно признанные и клинически апробированные методы лечения;
- использованию лекарственных препаратов и перевязочного материала при амбулаторном и стационарном лечении;

- по диагностике и анализам;
- экстренной стоматологической помощи (в пределах части страхового обеспечения, предусмотренного на медицинские расходы).

2. Специализированной транспортировкой заболевших граждан:

- транспортировка к ближайшему от места происшествия медицинскому учреждению или врачу посредством официально признанной скорой помощи;
- перевод в специализированное лечебное учреждение по медицинским показаниям;

- возвращение застрахованного на родину в связи с переводом в лечебное учреждение вблизи его места жительства по рекомендации лечащего врача. *При необходимости обеспечивается сопровождение пациента во время переезда врачом или санитаром.*

3. Репатриацией тела в случае смерти застрахованного. *Страховщик оплачивает репатриацию останков до места захоронения после оформления всей необходимой документации.*

Кроме вышеперечисленных расходов, страховщик может также оплатить:

- доставку лекарств, предписанных лечащим врачом и отсутствующих в месте лечения застрахованного;

- услуги переводчика (при острой необходимости, определяемой лечащим врачом);

- проезд родственника застрахованного в оба конца, если в результате страхового случая застрахованный госпитализирован и ситуация требует присутствия родственника.

Если по медицинским показаниям больному необходимо медицинское обслуживание после выписки из госпиталя, больницы и он не может быть транспортирован на родину, оплачиваются расходы на проживание (аренду квартиры).

В качестве факультативных гарантий в страховое покрытие страхования граждан, выезжающих за рубеж, могут быть включены:

- возвращение детей, оставшихся без присмотра;
- возвращение и отправка багажа по другому адресу;
- передача срочных сообщений;
- юридическая помощь и др.

Не подлежат возмещению расходы, связанные с оказанием застрахованному медицинской помощи, если:

- путешествие было предпринято с целью получения лечения;
- расходы связаны с заболеваниями, которые требовали лечения до наступления страхового случая. *Данное исключение не применяется, если медицинская помощь связана с ситуацией спасения жизни, снятия острой боли или обязательного медицинского вмешательства для предотвращения длительной нетрудоспособности;*

- если поездка была совершена застрахованным лицом, несмотря на существование медицинских противопоказаний для путешествия;

- расходы связаны с беременностью на поздних сроках и родами;

- расходы связаны с нервными, психическими, хроническими заболеваниями и их обострениями, а также состояниями для которых существует реальный риск быстрого ухудшения;
- страховой случай произошел в результате самоубийства, умышленных действий страхователя;
- расходы связаны с интоксикацией после употребления алкоголя или наркотиков;
- расходы связаны с венерическими заболеваниями, СПИДом или любым подобным синдромом;
- расходы связаны с протезированием, включая зубное и глазное;
- расходы связаны с косметической или пластической хирургией, если это не связано с травмой, полученной от несчастного случая в период страхования;
- расходы не являются обязательными для диагностики и лечения и др.

Страховая защита ограничивается временем пребывания застрахованного в зарубежной поездке и определяется сроками действия договора страхования. Договор вступает в силу с момента пересечения застрахованным границы территории, определенной в страховом полисе, соответственно страховая защита действует в течение времени, определенного в полисе, и заканчивается в момент наступления одного из следующих событий:

- истечения срока действия договора страхования;
- окончания поездки (пересечение границы государств, не указанных в страховом полисе);
- возвращения застрахованного на родину.

Если в результате страхового случая во время поездки застрахованному требуется лечение, по продолжительности превышающее сроки действия договора страхования, то срок действия договора автоматически продляется до наступления первым одного из следующих событий:

- момента, когда медицинские показания сделают возможным его возвращение на родину;
- момента, когда расходы достигнут лимита ответственности страховщика по договору.

Страховой тариф при страховании выезжающих за рубеж выражается в абсолютной сумме страховой премии в расчете на один день поездки. На величину тарифа влияют такие факторы, как: возраст застрахованного лица, страна поездки, продолжительность и цель поездки, лимит ответственности страховщика, применение франшиз, способ продаж, величина страховой суммы.

Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон. При этом необходимо учитывать страну пребывания, поскольку установлены минимальные страховые суммы по странам. Для стран Западной Европы это 30 тыс. дол. США, для США, Канады, Австралии, Японии – 50 тыс. дол. Это связано с удаленностью страны, с уровнем медицинского обслуживания и стоимостью услуг в стране пребывания.

Полис, предоставляющий услуги медицинского ассистанса, является наиболее распространенным среди множества полисов, оплачивающих разнообразные услуги. Поэтому закономерной представляется тенденция развития современного ассистанса, согласно которой страховые компании и в России и за рубежом предлагают комбинированный полис, по которому предоставляются услуги так называемого «суперассистанса». В него входят не только медицинские услуги, например:

– *полис, предоставляющий услуги специального горнолыжного ассистанса* – поиск и оказание медицинской помощи пострадавшим в горах, возмещение расходов на техническое обслуживание и проведение лыжных курсов, компенсационные выплаты за дни неиспользованного отпуска;

– *полис, оплачивающий услуги автомобильного ассистанса*, – помимо медицинских расходов компенсирует расходы по ремонту и доставке автомобиля на ближайшую станцию техобслуживания, гарантирует обеспечение транспортом при невозможности дальнейшего передвижения самостоятельно и др.;

– *полис типа «бизнес-кард»*, – оплачивает не только медицинские расходы, но и юридическую помощь, срочные сообщения, а также оказывает помощь в поиске багажа. Страхователь может выезжать несколько раз в течение года под защитой страхового полиса, однако срок каждой поездки не должен превышать 3 месяцев;

– *«семейный полис»*, – который может быть выписан на семью от 3 до 5 человек. Страховое покрытие помимо оплаты медицинских расходов включает также оплату стоматологической помощи на лимит до 200 дол. США, оплату обратного билета родственникам, организацию отправки детей домой.

Отдельным видом страхования, предоставляемым страховыми компаниями, является страхование владельцев пластиковых карт при поездке за рубеж. Держатели любых пластиковых карт могут оформить страховые полисы, обеспечивающие медицинскую защиту при выезде за рубеж. При этом страховое покрытие, как правило, предоставляется по расширенной программе и включает большинство услуг, предоставляемых при страховании медицинских и иных непредвиденных расходов граждан в зарубежных поездках.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ

Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Охрана здоровья граждан (далее – охрана здоровья) – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Положения Федерального закона № 326-ФЗ, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Архипов А.П. Страхование. Современный курс : учебник / А.П. Архипов, В.Б. Гоммеля, Д.С. Туленты; под ред. Е.В. Коломина. М. : Финансы и статистика, 2006. 416 с.

Банин С.А. Здравоохранение России: вопросы финансирования и пути решения [Электронный ресурс] / С.А. Банин // Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2012. № 3 (19). Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-rossii-voprosy-finansirovaniya-i-puti-resheniya>.

Васкес Абанто Х.Э. Здравоохранение и вопросы его финансирования / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто // Медицина неотложных состояний. 2014. № 3 (58). С. 174–179.

Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData>.

Герасимов П.А. К вопросу об экономических аспектах предоставления медицинских услуг за рубежом [Электронный ресурс] / П.А. Герасимов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 6. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-ekonomicheskikh-aspektah-predostavleniya-meditsinskih-uslug-za-rubezhom>.

Журналы: «Экономика здравоохранения», «Вестник ОМС», «Страховое дело», «Страховое ревю», «Финансы» (раздел «Страхование»), «Эксперт» (раздел «Панорама страхования»).

Кудрявцев А.А. Страхование здоровья (опыт Великобритании) / А.А. Кудрявцев, Р.Г. Плам, Г.В. Чернова. М., Анкил, 2003. 216 с.

Мамедова С.К. Механизмы инновационного финансирования сферы здравоохранения / С.К. Мамедова // Финансы и кредит. 2012. № 34 (514). С. 70–73.

Публичное управление и территориальное развитие: новые тенденции и перспективы : материалы ежегод. междунар. науч.-практ. конф., г. Иркутск, 26–27 мая 2016 г. Иркутск, 2016. С. 51–62.

Роик В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика : учеб. пособие / В.Д. Роик. М. : Дело и сервис, 2013. 208 с.

Роик В.Д. Основы социального страхования : Учебник / В.Д. Роик. М. : Изд-во РАГС, 2007. 456 с.

Русакова О.И. Медицинское страхование : учеб. пособие / О.И. Русакова, С.В. Шойко, Н.Н. Абашин, М.Н. Евсеева, Ю.Б. Махтина. Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2003. 162 с.

Русакова О.И. Медицинское страхование : учеб. пособие / О.И. Русакова, Э.А. Беженцева. Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2014. 132 с.

Сахирова Н.П. Страхование : учеб. пособие. М. : ТК Велби : Проспект, 2006. 744 с.

Синичкин В.С. Проблемы финансирования здравоохранения и качества оказания медицинской помощи / В.С. Синичкин, Н.А. Водопьянова // Экономика, социология и право. 2016. № 12. С. 57–60

Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением : учеб. пособие / Т.М. Скляр. СПб. : Изд. дом С.-Петербур. гос. ун-та, 2004. 184 с.

Соколова Л.Г. Здравоохранение как социально-экономическая система / Л.Г. Соколова, М.В. Макаровичина.

Сорокина Т.В. Актуальные проблемы финансирования, учета и контроля в системе обязательного медицинского страхования / Т.В. Сорокина, А.В. Распутина, А.А. Арстамбек // *Baikal Research Journal*. 2015. Т. 6. № 3.

Страхование : учебник / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. М. : Юрайт, 2010. 828 с.

Страхование : учебник / под ред. Т.А. Федоровой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Экономистъ, 2006. 875 с.

Товмач Л.Н. Проблемы и перспективы развития и финансирования здравоохранения в Российской Федерации [Электронный ресурс] / Л.Н. Товмач, И.В. Михина // *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2015. № 4. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemy-i-perspektivy-razvitiya-i-finansirovaniya-zdravoohraneniya-v-rossiyskoy-federatsii>.

Туренко Т.А. Платные медицинские услуги: состояние, проблемы, перспективы / Т.А. Туренко // *Активизация интеллектуального и ресурсного потенциала регионов: новые вызовы для менеджмента компаний : материалы 2-й Всерос. конф., Иркутск, 19–20 мая 2016 г. : в 2 ч. – Иркутск, 2016. С. 220–224.*

Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/4/9789244564028_rus.pdf.

Чубарова Т.В. Финансирование здравоохранения: методологические подходы и российская практика / Т.В. Чубарова // *Вестник Института экономики Российской академии наук*. 2017. № 6. С. 49–60.

Шарабчиев Ю.Т. Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения / Ю.Т. Шарабчиев // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*. 2014. № 3 (9). С. 26–61.

Дополнительная литература

Гражданский Кодекс Российской Федерации. Ч. 2. Гл. 48 «Страхование».

О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования : постановление правительства РФ от 31.12.10 г. № 1225.

О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования : федер. закон от 24.07.09 г. № 212-ФЗ (с последними изменениями и дополнениями).

Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : закон РФ от 24.11.2010 г. № 326-ФЗ (с последними изменениями и дополнениями).

Об организации страхового дела в Российской Федерации : закон РФ от 27.11.92 г. № 4015-1 (с последними изменениями и дополнениями) (ст. 3, 4, 32.9).

Об основах обязательного социального страхования : закон РФ от 16.07.99 г. № 165 (с последними изменениями и дополнениями).

Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.11 г. № 158н.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья населения : закон РФ от 18.08.93 г. № 5487-1 (с последними изменениями и дополнениями).

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Иркутской области на 2011 г. от 7.02.11 г. № 27-пп.

Интернет-ресурсы

Медстрах : информ. портал. Режим доступа: <http://www.medstrah.ru>.

РосМедСтрах: медицинское страхование в России: информ. портал. Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru>.

Страхование в России: информ. портал. Режим доступа: www.allinsurance.ru.

Федеральный фонд ОМС: информ. портал. Режим доступа: www.ffoms.ru.

Insinfo. Ru.: страхование в России: информ. портал. Режим доступа: www.insinfo.ru/medical.html.

Учебное издание

Агеева Евгения Валерьевна
Беженцева Эллина Александровна

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Учебное пособие

Издается в авторской редакции

ИД № 06318 от 26.11.01.
Подписано в пользование 17.04.18.

Издательство Байкальского государственного университета.
664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11.

<http://bgu.ru>.