Медицинское страхование

Страхование – система экономических отношений, включающих образование специальных фондов, используемых для возмещения имущественного ущерба, а также для оказания помощи гражданам при наступлении различных событий в их жизни

Основные понятия страхования

- Страховой случай – факт возникновения у застрахованного лица определенного события, являющегося объектом страхования и подлежащего оплате из страховых фондов страховщика согласно договору страхования

Основные понятия страхования

- Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со страховщиком или являющееся страхователем в силу закона

Основные понятия страхования

- Страховщик – юридическое лицо организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством, имеющее право (лицензию) на проведение страховой деятельности

Основные понятия страхования

- Застрахованный – лицо, в пользу которого страхователем заключен договор страхования со страховщиком

Виды страхования

- Имущественное
- Страхование ответственности
- Личное (социальное, медицинское…)

- Обязательное
- Добровольное

Социальное страхование

Обязательное социальное страхование – система социальных, правовых и организационных мер, направленных на компенсацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан вследствие признании их безработными, инвалидами, больными, вследствие трудового увечья, травмы, наступления старости, потери кормильца и др.

Фонд социального страхования

Фонд социального страхования РФ (ФСС) – является специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ и управляет средствами государственного социального страхования.

Фонд социального страхования

Средства ФСС образуются из:

- ✓ взносов работодателей;
- ✓ страховых взносов граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью;
- ✓ добровольных взносов граждан, юридических лиц;
- ✓ иных поступлений.

Средства ФСС направляются на выплату:

- ✓ пособий по временной нетрудоспособности;
- ✓ пособий по беременности и родам;
- ✓ пособий при рождении ребенка;
- ✓ пособий по уходу за ребенком;
- ✓ оплату дополнительных выходных дней по уходу за ребенком-инвалидом;
- ✓ оплату путевок на санаторно-курортное лечение работников и их детей и др.

Определение медицинского страхования

- Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья
- Медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

История возникновения и развития медицинского страхования

- Древняя Греция, Древний Рим – организации взаимопомощи, занимающиеся сбором и выплатой средств при длительной утрате трудоспособности или в случае увечья
- 1883 г. – в Германии издан первый государственный закон об обязательном медицинском страховании

6 этапов развития медицинского страхования в России

- до 1912 г. – период добровольного медицинского страхования в России
- 1912-1917 гг. – введение обязательного медицинского страхования в царской России

  (Закон «О введении обязательного медицинского страхования работающих граждан»)
- 1917-1919 гг. – период «рабочей страховой медицины»
- 1921-1929 гг. – возрождение медицинского страхования в системе социального страхования в условиях НЭПа
- 1930-1991 гг. – сохранение отдельных элементов в системе советского социального страхования под эгидой профсоюзов
- 1991 г. – возрождение медицинского страхования в системе общественного здоровья на основе Закона «О медицинском страховании граждан в РФ»

Законодательные основы медицинского страхования в России

- Конституция Российской Федерации
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ
- Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ

Медицинское страхование

- Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия

Обязательное медицинское страхование

- Обязательное медицинское страхование –

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

- Объект обязательного медицинского страхования – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.
- Страховой риск – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.
- Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

- **Страховое обеспечение по ОМС –**

  исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

- **Страховые взносы на ОМС –**

  обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Общие организационно-экономические и правовые принципы ОМС

- Всеобщий и обязательный характер

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

- Государственный характер гарантий бесплатной медицинской помощи

  Средства ОМС находятся в государственной собственности. Для реализации государственной политики в области ОМС созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения

- Общественная солидарность и социальная справедливость

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

Основные принципы осуществления ОМС

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС;
- устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС;
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- паритетность представительства субъектов ОМС и участников ОМС в органах управления ОМС.

Субъекты ОМС

Застрахованные лица

Граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Страхователи

Для неработающего населения – органы исполнительной власти субъектов РФ, иные организации, определенные Правительством РФ.

Для работающих граждан – предприятия, учреждения и организации, независимо от форм собственности и хозяйственно-правового статуса, индивидуальные предприниматели, нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

Федеральный фонд ОМС

некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Участники ОМС

Территориальные фонды ОМС

некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации.

Страховая медицинская организация

страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством РФ порядке. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.

Медицинские организации

имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в соответствии с настоящим Федеральным законом:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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.

Формирование средств обязательного медицинского страхования

Размер страховых взносов страхователя за работающее население – 5,1% от фонда оплаты труда.

(В ПФ РФ – 22%, в ФСС – 2,9%).

С 2013-2014 гг. эти деньги поступают в распоряжение ФФОМС.

Доходы бюджета ФФОМС

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;
6) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджета ФФОМС

1) предоставления субвенций бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации;

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

3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

Доходы бюджета ТФОМС

1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;
2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда;
3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
4) доходы от размещения временно свободных средств;
5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации;
7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов;
8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджета ТФОМС

1) выполнения территориальных программ ОМС;

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 ОМС страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

Базовая программа ОМС

Определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

В базовой программе ОМС 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 ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС.

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь

Структура тарифа на оплату медпомощи

1. расходы на заработную плату,
2. начисления на оплату труда,
3. прочие выплаты,
4. приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов,
5. расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, организации питания,
6. расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества,
7. расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг,
8. социальное обеспечение работников медицинских организаций,
9. прочие расходы,
10. расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу

Территориальная программа ОМС

Включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, а также в случае установления дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания мед. помощи.

Дополнительное финансовое обеспечение территориальной программы ОМС 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 РФ.

Застрахованное лицо имеет право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;
2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС;
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 ОМС;
4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;
5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
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 ОМС;
8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
10) защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Застрахованное лицо обязано:

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, данных документа, удостоверяющего личность, 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.

Страхователь имеет право на:

- получение информации от Федерального фонда и территориальных фондов, связанной с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование

Страхователь обязан:

- регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;
- своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Медицинские учреждения 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 и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

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 ОМС;

2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом 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 ОМС в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

5) использовать средства ОМС, 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, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе ОМС.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
2) аккумулирует средства ОМС и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС;
2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы ОМС;
3) получает из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на ОМС, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;
4) вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на ОМС неработающего населения, штрафы и пени;
5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по ОМС;
6) издает нормативные правовые акты и методические указания, утверждает формы заявлений, реестров счетов, актов, иных документов;
7) осуществляет контроль за соблюдением субъектами и участниками ОМС законодательства об ОМС и за использованием ими средств ОМС;

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС)

8) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС;

9) ведет единый реестр страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

10) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи;

11) ведет единый регистр застрахованных лиц;

12) вправе обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

14) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами и участниками ОМС, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления;

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

16) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;

17) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования, в том числе в целях реализации установленных настоящей частью полномочий;

Территориальный фонд ОМС

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 ОМС и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в субъектах РФ, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС;

3) получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты страховых взносов на ОМС, необходимую информацию для осуществления ОМС;

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 ОМС неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан;

Территориальный фонд ОМС

6) утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы;

7) предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке;

8) обеспечивает права граждан в сфере ОМС, 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;

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;

Территориальный фонд ОМС

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;

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

Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

1. договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (ТФОМС – СМО)

Предмет договора: страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств

2. договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (МО – СМО)

Предмет договора: медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС

Полис ОМС

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

Полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство выдаются в день подачи заявления о выборе страховой медицинской организации застрахованному лицу или его представителю.

Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

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 ОМС, территориальной программе ОМС, 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.

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.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование (ДМС) - обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг и иных услуг сверх установленных программами обязательного страхования

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

Объекты и субъекты ДМС

- Объектами могут выступать две группы страховых рисков:

1) возникновение расходов на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации, уходу;
2) потеря дохода в связи с невозможностью осуществления трудовой деятельности как во время заболевания, так и после – при наступлении инвалидности.

Законодательство в РФ ограничило объект медицинского страхования только возмещением затрат на медобслуживание.

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

Отличительные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования

- ДМС является отраслью не социального, а коммерческого страхования. ДМС наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев относится к сфере личного страхования.
- ДМС, как правило, является дополнением к системе ОМС, обеспечивающим гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины.
- ОМС использует принцип страховой солидарности, а ДМС – принцип страховой эквивалентности. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.
- Участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

Отличительные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования

- Финансовые средства системы ОМС формируются за счет платежей бюджета и взносов предприятий, органов государственного управления соответствующего уровня. Размер взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов устанавливается в процентах к начисленной оплате труда. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.
- Базовая программа обязательного медицинского страхования определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, представляющая перечень медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на данной территории. При, добровольном медицинском страховании перечень услуг, и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.
- Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются на территориальном уровне соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.
- Система контроля качества при обязательном медицинском страховании определяется соглашением сторон, при ведущей роли государственных органов управления, а при добровольном медицинском страховании устанавливается договором.

Отличительные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования

- Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.
- Обязательное медицинское страхование в отличие от добровольного охватывает все страховые риски независимо от их вида.
- ОМС является всеобщим, а добровольное может быть коллективным и индивидуальным.
- Страхователями при обязательном медицинском страховании выступают для работающих граждан – работодатели, а для неработающих государство (органы местной исполнительной власти). При обязательном медицинском страховании страхователь обязан заключать договор со страховой медицинской компанией, а при добровольном медицинском страховании договор заключается только на добровольной основе.
- Деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе, а добровольное медицинское страхование представляет собой один из видов финансово-коммерческой деятельности и осуществляется в соответствии не только с Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ», но и другими законами, регламентирующими предпринимательскую деятельность.
- В отличие от добровольного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов, и страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!