СМУЗ

ТЕМА: МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ.

Гражданам СССР было гарантировано бесплатное и общедоступное медицинское обслуживание. Преимущественным источником финансирования здравоохранения в доперестроечный период являлось бюджетное финансирование. Государственный бюджет - это финансирование. Государственный бюджет - это финансовый план государства. Размер государственного бюджета составляется из нескольких частей, но подавляющую часть составляют налоги от предприятий, организаций, учреждений и других хозяйствующих форм. Строго бюджетное или монопольное финансирование здравоохранения рано или поздно приводит к краху этой системы. Поэтому когда начался кризис в системе здравоохранения в нашей стране (1989-90 гг.), то стали задумываться о других источниках финансирования системы здравоохранения. Суммы, выделяемые на здравоохранение, были столь малы, что оно постепенно стало переходить на платную основу. Доля совокупных расходов отрасли в национальном продукте США на здравоохранение составляет 14% , в Японии - 6.5%, в Великобритании 5.7%, в бывшем СССР никогда не превышала 3%. При этом в вышеперечисленных странах не государственная система финансирования, а частная. Современная система медицинского страхования в нашей стране имеет свои исторические основы. История медицинского страхования начинается с 1861 ода, когда стали развиваться 2 организационных структуры медицины: земская и элементы страховой медицины в виде добровольного медицинского страхования. С этого периода вплоть до 1912 года медицинское страхование начинало развиваться. С 1913 по 1918 год страховая медицина начинает получать экономическую основу и начинают развиваться зачатки обязательного медицинского страхования. В 1918 году создаются Райздравотделы. они просуществовали до 1988 года. Наряду с Р существовали так называемые больничные кассы, где собирались отчисления на социальное и медицинское пособие рабочим. Период с 1918 по 1925 года (НЭП) можно рассматривать как медицинское страхование через социальное. В последующие годы социальное страхование выделилось в самостоятельное министерство. С 1960 года появились первые признаки кризиса в здравоохранении. Поэтому с 1987 года был проведен широкомасштабный эксперимент в организации здравоохранения (до 1991 года). Адекватной оценки эксперимент не получил. С 1990 года пошел стихийный переход к платному здравоохранению. В настоящее время существуют 3 организационных структуры здравоохранения в мире:

1. Структура в государствах с преимущественно медицинским страхованием. Имеет место в странах Западной Европы, Скандинавских странах, Австралии, Новой Зеландии, Канаде, Израиле. Финансирование медицинских структур происходит преимущественно из фондов медицинского страхования.
2. Государственная структура. Выражена в Великобритании, Ирландии, Италии, Португалии.
3. Частная система в США.

В некоторых странах медицинское страхование является частью социального страхования (Япония, Франция, Швейцария).

Проанализировав опыт всех стран в нашей стране была выбрана модель медицинского страхования в большей степени похожая на таковую в Скандинавских странах.

Предпосылки к принятию закона о медицинском страховании:

1. Недостаточность финансирования здравоохранения
2. Бесплатная бюджетная медицина автоматически увеличила обращаемость за медицинской помощью (на 60%).
3. Параллельно с увеличением обращаемость увеличилось количество врачей, объем проводимых исследований и росло число медицинских услуг. Одновременно с ростом количественных показателей падали качественные показатели.
4. Бюджетная система здравоохранения, вводя новый метод вынуждена была отказываться от чего-то в рамках жесткого финансирования.

В 1991 года 28 июня вышел “Закон о медицинском страховании граждан РФ”. Основной целью медицинского страхования является гарантия гражданам при возникновении страхового риска получить медицинскую помощь за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование - это вид личного страхования, при котором объектом являются ценности связанные со здоровьем человека.

Основные понятие страхования:

Страхователи - это юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договор о страховании, либо являющиеся страхователями, силой закона.

Страховщики - это юридические лица организационно-правовой формы созданные для осуществления страховой деятельности.

Застрахованный - это лицо, в пользу которого осуществляется договор страхования. Страховой риск - это предполагаемый ущерб, по поводу которого проводится страховая операция.

Страховой взнос - это плата за страхование которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором страхования или законом.

Форма страхования - это порядок осуществления страхования обуславливающий взаимные права и обязанности страховщика и страхователя.

В РФ установлены законом две формы страхования - обязательно и добровольное медицинское страхование. Эти формы отличаются числом и качественными характеристиками сторон, а также некоторыми экономические и правовыми принципами. Обязательное добровольное страхование проводится на основе закона и при этом участвует все население страны. Добровольное страхование проводится на основе контракта или договора, который может быть составлен на оказание всех видом медицинской помощи или отдельных видов, например родовспоможение, стоматологическая помощь и т.д.

ОБЯЗАТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС).

В системе основных организационных принципов ОМС лежат следующие:

1. Всеобщность - все граждане независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг включенных в программу ОМС. Нормы ОМС распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними договора.
2. Государственность - средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Государство является непосредственным страхователем для неработающей части населения (учащиеся, студенты, пенсионеры). Государство осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств ОМС. Государство обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными.
3. Некоммерческий характер - средства ОМС не могут стать доходом или прибылью юридических и физических лиц, являющихся учредителями страховых медицинских компаний. ОМС нерентабельно и не одна страховая компания не занимается только медицинским страхованием. Как правило, страховые компании занимаются добровольным медицинским страхованием, могут заниматься и немедицинским страхованием.
4. Общественная солидарность и социальная справедливость - все граждане имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. Страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью. Срабатывает принцип - здоровый платит за больного. Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от размера платежа по ОМС и граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение медицинских услуг. Срабатывает принцип - богатый платит за бедного.

Источники финансирования здравоохранения в рамках ОМС:

1. Отчисления от государственных организаций, предприятий и других хозяйствующих субъектов.
2. Отчисления от учреждений и предприятий любой формы собственности.
3. Средства государственного бюджета
4. Средства территориальных бюджетов
5. Благотворительные взносы и пожертвования
6. кредиты банков и других кредиторов
7. Доходы от ценных бумаг.
8. Другие источники, не запрещенные законом.

ЭТАПЫ ВВЕДЕНИЯ В ПРАКТИКУ ОМС.

1. Подготовительные (1990-93 годы)
2. был издан закон об ОМС
3. были созданы территориальные медицинские программы с суммарной сметой.
4. Было проведено начальное лицензирование лечебно-профилактических учреждений.
5. Была создана инфраструктура страховых медицинских компаний.
6. Был создан институт (служба) независимой медицинской экспертизы.
7. Были организованы территориальные фонды ОМС.
8. был создан медицинский банк.
9. Введение (1993-1994 годы). В 1993 году вышел приказ дополняющий закон о введении в практику медицинского страхования то есть о реализации закона. С января 1993 года медицинские учреждения стали реально работать в условиях медицинского страхования. На втором этапе проводилось дальнейшее лицензирование медицинских учреждений, совершенствование лицензионной службы, медицинский банк издал (ценные бумаги).
10. Совершенствование (с 1995 года) - рассчитан на 15020 лет. Поиск критериев персонификации ответственности медицинских работников.

СТРУКТУРА ОМС.

Во главе всей службы ОМС стоит федеральный фон ОМС (ФФОМС). Финансирование за счет предприятий, организаций и других хозяйствующих объектов и за счет государственного бюджета. От хозяйствующих объектов в фонд поступают деньги в количестве 0.2% от фонда заработной платы, от государственного бюджета.

Территориальный фон ОМС (ТФОМС) - это фонд, куда стекаются деньги на финансирование лечебно-профилактических учреждений. Деньги от предприятия и государственного бюджета. От предприятий поступает 3.6% от фонда заработной платы (сумма 3.8%). Эти отчисления идут на работающую часть населения. За неработающую часть населения платит государственный бюджет (сейчас эта сумма составляет менее 1% на все здравоохранение, а не только на территориальный фонд).

Страховщики - это страховые компании. Компании обслуживающие население Санкт-Петербурга: Медэкспресс, АСКО, ВИТА, Гармоник, Интерполис, Руссмед, СТЭК и др. Одни страховщик обслуживает более 10.000 населения. В Санкт-Петербурге около 500 страховщиков. Страховщики должны четко разделять деньги по медицинским учреждениям в соответствии с договором об ОМС.

Ниже по цепочке от страховщиков стоят учреждения амбулаторно-поликлинического типа и учреждения стационарного типа. Амбулаторно-поликлинические учреждения создают амбулаторный фонд (АФ) и финансируются по нормативу на одного жителя (цифра меняется каждый месяц, весною 1996 года 8400 руб. в месяц.). Стационарные учреждения создают госпитальный фонд (ГФ). Финансирование проводится на одного пролеченного больного.

ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОМС.

1. Обеспечение первичной медицинской помощи включающей: скорую помощь при внезапных заболеваниях угрожающих жизни, травмах, отравления, родах.
2. Лечение в амбулаторных условиях острых и обострений хронических заболевания, травм и несчастных случаев.
3. Лечение на дому лиц не могущих посетить поликлинику.
4. Профилактические мероприятия, осуществляемые детям, подросткам, инвалидам и участникам ВОВ, беременным женщинам и родильницам, а также больным с туберкулезом, онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами и после инфарктов и инсультов.
5. Стоматологическая помощь в полном объеме лицам до 18 лет, а также учащимся, студентам, участникам ВОВ, беременным, и женщинам, имеющим детей в возрасте до 3 лет.
6. Лекарственная помощь в соответствии с перечнем заболеваний с льготным обслуживанием.

Стационарная помощь: больным с острыми заболеваниями, травмами, инфекционными заболеваниями, онкологическим больным, при беременности и родах, абортах и по медицинским показаниям.

Введение в практику ОМС возможно при наличии трех условий:

1. Наличие лицензированных медицинских учреждений прошедших аккредитацию, наличие сертификатов у врачей.
2. Наличие страховых компаний с институтом независимой экспертизы.
3. Наличие платежеспособных предприятий, организаций, учреждений отчисляющих 3.8% на медицинскую помощь.