# Медицинское страхование

Реферат

Выполнил Степанов В. С.

Первый профессиональный институт управления

Москва 2013

Введение

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющее своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от 28 июня 1991 г. "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"). При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это дополнительный источник финансирования медицинских затрат. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе соответствующих государственных программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Оно может быть коллективным и индивидуальным.

Обязательное медицинское страхование (ОМС)

Медицинское страхование — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных страховщиком средств.1

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 случаях, установленных Федеральным законом, в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.1

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на ОМС. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС. Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставления за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. ОМС является частью системы государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. Также благодаря системе ОМС осуществляется дополнительное к бюджетным ассигнованиям финансирование здравоохранения и оплаты медицинских услуг. Необходимо отметить, что возмещение заработка, потерянного за время болезни осуществляется уже в рамках другой государственной системы – социального страхования и не является предметом ОМС. Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относится амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет средств федерального бюджета (дорогостоящие виды медицинской помощи и лечение в федеральных медицинских учреждениях) или бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований (лечение в специализированных диспансерах и больницах, льготное лекарственное обеспечение, профилактика, скорая медицинская помощь и др.). Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет обязательных целевых платежей различных категорий страхователей. Управление собранными средствами осуществляют специально созданные для этих целей самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения – федеральные и территориальные (по субъектам РФ) фонды ОМС. Непосредственно предоставлением страховых услуг в рамках ОМС занимаются страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ОМС и заключившие соответствующие договоры с территориальными фондами ОМС. Они призваны осуществлять оплату предоставляемых гражданам медицинских услуг за счет средств, выделяемых им на эти цели территориальными фондами, и контролировать правильность и размеры оказываемой медицинской помощи.

Базовая программа ОМС.

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

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

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

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

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

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

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

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

вакцинопрофилактика декретированного контингента и населения по эпидемиологическим показаниям;

проведение профилактических флюорографических обследований в целях раннего выявления заболевания туберкулезом;

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

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

Добровольное медицинское страхование (ДМС)

Добровольное медицинское страхование — вид личного страхования. Оно позволяет получать помощь в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), не работающих по программе ОМС.1

ДМС аналогично обязательному и преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. ДМС является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. По договору ДМС 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. С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая. По обще мировым стандартам МС покрывает две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием: 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. При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности к труду. Таким образом, страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и защищает состояние клиента от внезапно возникающих расходов. При страховом покрытии потери дохода страховщик выплачивает застрахованному денежное возмещение за день болезни. Размер возмещения и дата начала его выплаты согласуются в договоре и зависят от получаемого застрахованным трудового дохода и дня, установленного трудовым законодательством или действующей системой социального страхования, до которого потеря трудового дохода в результате заболевания покрывается либо работодателем, либо обязательны медицинским страхованием. В законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» основная цель медицинского страхования сформулирована следующим образом: «..гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия». Социально-экономическое значение ДМС 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; осуществление тех видов лечения, которые включены в сферу «медицинской помощи по жизненным показаниям».

Прекращение действия договора страхования

Страховой договор ДМС может быть расторгнут аналогично другим страховым договорам по инициативе, как клиента, так и страховщика. Страхователь может расторгнуть договор страхования в случае нарушения страховщиком принятых на себя обязательств – повышения размера страховых премий. Страховщик может расторгнуть договор в случае неуплаты страховых взносов в установленные сроки, при нарушении страхователем обязанности предоставить в заявлении полную и добросовестную информацию о себе, при нарушении медицинских предписаний, использовании медицинского полиса другими лицами. Кроме того, договор прекращает действие: при истечении срока действия договора; по согласованию сторон, в случае смерти застрахованного; по решению суда; при ликвидации страховщика. Наступление же страхового случая не является поводом для прекращения действия договора до конца установленного в договоре срока. При досрочном расторжении договора страховщик возвращает страхователю часть страховых взносов, пропорционально не истекшему сроку действия договора, за вычетом произведенных страховщиком расходов.

Содержание договорных взаимоотношений субъектов ОМС

Страхователями по ОМС, т.е. теми субъектами, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всех граждан медицинским страхованием, выступают работодатели и местные органы исполнительной власти. Работодатели обязаны платить страховые взносы за работающее население. Тариф страховых взносов устанавливается федеральным законом и в настоящее время составляет 3, 6% к фонду оплаты труда. В соответствии с Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов на ОМС страховые взносы в фонды ОМС обязаны платить все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности. Освобождаются от уплаты страховых взносов на ОМС общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия и учреждения, созданные для осуществления уставных целей этих организаций. Страховые взносы начисляются по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям в денежной и натуральной форме, в том числе по договорам гражданско-правового характера. Не надо платить взносы с выплат компенсационного характера, социальных пособий, единовременных поощрительных выплат, призовых наград, дивидендов и некоторых других. Суммы начисленных взносов уплачиваются в фонды ОМС ежемесячно, не позднее 15- го числа следующего месяца. Сумма взносов в размере 3, 4% фонда оплаты труда перечисляется на счет территориального ФОМС, а 0, 2% - на счет Федерального ФОМС. Ежеквартально страхователи обязаны предоставлять в территориальный ФОМС (по месту регистрации) отчетные ведомости о начислении и уплате страховых взносов в срок не позднее 30-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом. Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За нарушение порядка уплаты страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции:

1) за отказ от регистрации в качестве страхователя штраф в размере10% причитающихся к уплате страховых взносов;

2) за непредставление в указанные сроки расчетной ведомости по страховым взносам – штраф в том же размере с суммы начисленных за квартал взносов;

3) в случае сокрытия или занижения сумм, на которые должны начисляться страховые взносы, - штраф в размере страхового взноса с заниженной или сокрытой суммы, взимаемый сверх причитающегося платежа взносов с учетом пеней;

4) за просрочку уплаты страховых взносов – пени за каждый день просрочки.

За неработающее население страховые взносы на ОМС обязаны платить органы исполнительной власти с учетом объемов территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. К неработающему населению относят: детей, учащихся, инвалидов, пенсионеров, безработных. Органы исполнительной власти обязаны перечислять средства на ОМС неработающего населения ежемесячно, не позднее 25-го числа, в размере 1/3 квартальной суммы средств предусмотренных на указанные цели. Перечисление средств в территориальные фонды ОМС должно осуществляться по нормативу, который устанавливается исходя из стоимости территориальной программы ОМС. Однако на сегодняшний день обязательства местных администраций по уплате страховых платежей весьма неопределенны. Если для страхователей – хозяйствующих субъектов тариф устанавливается федеральным законом, то для органов исполнительной власти используются только методические рекомендации, подготовленные самим Фондом ОМС.

Медицинское страхование выезжающих за рубеж

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

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

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

Медицинские услуги — лечение остро возникших заболеваний или травм

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

Репатриация останков

Как правило, по правилам страхования ВЗР не оплачивается лечение:

онкологических заболеваний

состояний, связанных с беременностью и родовспоможением

психиатрических заболеваний и их последствий

травм, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения

системных заболеваний соединительной ткани

солнечной аллергии и солнечных ударов

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

Заключение

Несмотря на то, что медицинское страхование как впрочем и все другие виды страхования в России за последние 10 лет сделало огромный шаг вперед, мы все еще отстаем от развитых стран по этому показателю. И поэтому, как и для многих других сфер экономики, пришедших к нам после перестройки, для страхования в России открываются огромные возможности для развития. Медицинское страхование имеет также очень важное значение для развития отечественной системы здравоохранения и медицины. Кроме обязательного (социального) медицинского страхования законом вводится добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования. Вся система медицинского страхования создается ради основной цели - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страховых системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остается на ответственности государственной системы здравоохранения. Ограничение финансовых возможностей государства, вызванное общим замедлением темпов роста производства, при нарастании бюджетного дефицита сделало невозможным обеспечение необходимых расходов на здравоохранение только за счет государственных фондов.

Список литературы

Сплетухов Ю.А., Дюжиков Е.Ф. Страхование: Учеб. пособие. - М.: ИНФРА-М, 2006. - 312 с.

Яковлева Т.А., Шевченко О.Ю. Страхование: Учеб. пособие / Яковлева Т.А., Шевченко О.Ю. - М: Экономистъ, 2004. - 217 с.

Архипов А.П., Адонин А.С. Страховое дело: Учебно–методический комплекс.− М.: Изд. центр ЕАОИ, 2008. − 424 с.

Кабанцева Н.Г. Страховое дело учебное пособие. - М.: Форум, 2008.- 147с.

http://www.rg.ru/

http://base.consultant.ru/

http://ru.wikipedia.org/

Приложение

Словарь страховых терминов

Агент страховой физическое или юридическое лицо, имеющее агентское соглашение со страховщиком и ведущее страховую деятельность от имени и в интересах страховщика.

Аджастер - лицо, рассматривающее претензию и организующее ее урегулирование.

Аннуитет - соглашение или контракт со страховой компанией, по которому физическое лицо приобретает право на регулярно поступающие суммы, начиная с определенного времени, например, выхода на пенсию.

Брокер страховой - посредник между страхователем и страховщиком, действует от имени своих клиентов (страхователей) и заключает договоры страхования от их имени.

Взаимное страхование - форма страхования, при которой страхователь одновременно является страховщиком.

Декларация страховая - заявление страхователя об объекте страхования и о характере риска. Включает сведения о местонахождении, стоимости, состоянии, порядке хранения или использования, технической готовности, пожарной или иной аварийной сигнализации, а также качественные характеристики (марка, модель, сорт, структура, состав и др.).

Добровольное медицинское страхование - форма медицинского страхования, которая предполагала оплату медицинских услуг, появилась на российском страховом рынке в 1991 г.

Добровольное страхование - форма страхования, осуществляемая на основе договора. В отличие от обязательного страхования, при котором страхователь обязан по закону заключить договор о страховании своего имущества или ответственности перед третьими лицами, договор страхования заключается добровольно.

Договор страхования - соглашение между страхователем и страховщиком, по которому одна сторона (страховщик) принимает на себя за обусловленное вознаграждение (страховая премия) обязательство возместить убытки другой стороны (страхователя), произошедшие вследствие предусмотренных в договоре страхования неблагоприятных событий, которым подвергается застрахованное имущество, а также жизнь или здоровье страхователя.

Застрахованный - Физическое лицо, жизнь, здоровье и трудоспособность которого является объектом страховой защиты по личному страхованию.

Заявление страхователя - письменный документ о желании заключить договор страхования или информация о наступлении страхового случая.

Заявленный убыток - денежное выражение ущерба (вреда), нанесенного имущественным интересам страхователя (застрахованного) в результате наступления страхового случая, о факте которого в порядке, установленном законом или договором страхования, заявлено страховщику.

Коллективное страхование - форма страхования, применяемая для страхования нескольких лиц, которые выступают как единое целое для удобства решения административных вопросов. Обычно так поступают работодатели, страхующие своих работников. Групповой полис выписывается на работодателя или другого представителя группы застрахованных, а члены группы получают сертификаты как подтверждение того, что они застрахованы.

Личное страхование - отрасль страхования, в которой объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением человека.

Обязательное страхование - форма страхования, при которой отношения между страхователем и страховщиком возникают в силу действующего законодательства и не требуют, как это имеет место в добровольном страховании, предварительного соглашения сторон.