

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Медицинское страхование»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск, 2020

Методические материалы дисциплины «Медицинское страхование», относящейся к вариативной части учебного плана, составленного на основании ФГОС ВО по направлению подготовки 38.03.02 Менеджмент, квалификация выпускника «Бакалавр», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 7.

Составители методических материалов:

Канд. экон. наук, доцент кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


_____ Д.Г. Багдасарян

Старший преподаватель кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


_____ М.В. Шкуратова

Методические материалы переработаны, рассмотрены и одобрены на заседании кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации протокол № 1 от «27» августа 2020 г.

И.о. заведующий кафедрой экономики
и организации здравоохранения
и фармации, канд. социол. наук


_____ О.В. Котовская

Методические материалы одобрены учебно-методической комиссией по циклу гуманитарных дисциплин


протокол № 1 от 31 августа 2020 г.

Председатель УМК


_____ Е.В. Говердовская

Методические материалы утверждены на заседании Центральной методической комиссии

Председатель ЦМК


_____ М.В. Черников

Содержание

1. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для преподавателей по дисциплине «Медицинское страхование» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....
2. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для студентов по дисциплине «Медицинское страхование» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....
3. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для самостоятельной работы студентов по дисциплине «Медицинское страхование» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....
4. Методическое обеспечение занятий лекционного типа
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, обучающихся по дисциплине «Медицинское страхование» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Ю.В. Золотарева

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для преподавателей
по дисциплине «Медицинское страхование»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент»
(уровень бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: Экономическая сущность медицинского страхования и его значение в рыночной экономике. Роль органов государственного и муниципального управления в поддержке страхового дела в сфере предоставления медицинских услуг.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков в понимании сущности страхования и предпосылках появления медицинского страхования.

Место проведения: учебная аудитория.

Время проведения: 2 часа

Перечень практических навыков:

- владения методами оценки воздействия макроэкономической среды на функционирование медицинских организаций и органов государственного и муниципального управления, координирующих работу медицинских организаций;

- выявления и анализа рыночных и специфических рисков на рынке медицинского страхования.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Сущность страхования и предпосылки появления медицинского страхования.

- Основы медицинского страхования как вида социального страхования, уметь дать четкое определение и знать цели.

- Формы и виды медицинского страхования.

- Место медицинского страхования в системе социального страхования и его значение.

- Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время.

- Становление ОМС в 90-е годы 20 века.

- Анализ воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявление и анализ рыночных и специфических рисков.

- Прогнозирование поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли.

Формируемые компетенции: ПК-9; ПК-15

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30

6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15
---	---	----

Краткое содержание темы:

Сущность страхования. Предпосылки появления медицинского страхования. Медицинское страхование как вид социального страхования, определение, цели. Формы и виды медицинского страхования. Место медицинского страхования в системе социального страхования и его значение. Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время. Принципы функционирования больничных касс в дореволюционной России. Становление ОМС в 90-е годы 20 века. Воздействие макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявлять и анализировать рыночные и специфические риски. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: Организация ОМС. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков в организации ОМС и анализе рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- проведения анализа рынка медицинского страхования и др.;
- анализа расчета в страховании;
- проводить анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Знать принципы организации ОМС. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС.
- Дифференцировать федеральный и территориальные фонды ОМС.

- Знать программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
- Знать порядок взаимодействия государственных и муниципальных органов власти, ЛПУ, страховщиков, страхователей.
- Определять субъекты ОМС, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Участники ОМС.
- Знать права и обязанности застрахованных лиц по ОМС.
- Уметь осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Формируемые компетенции: ПК-9; ПК-15

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Принципы организации ОМС. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС. Федеральный и территориальные фонды ОМС. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Порядок взаимодействия государственных и муниципальных органов власти, ЛПУ, страховщиков, страхователей. Субъекты ОМС, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Участники ОМС. Права и обязанности застрахованных лиц по ОМС. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: Финансовое обеспечение ОМС. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков в формировании финансового обеспечения страховой медицинской организации.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

- Источники средств ОМС, страховые взносы на ОМС работающего населения.
- Источники платежей за неработающее население.
- Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов.
- Основы формирования средств страховой медицинской организации и их расходование.
- Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
- Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования.

Формируемые компетенции: ПК-9; ПК-15

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Источники средств ОМС. Страховые взносы на ОМС работающего населения. Платежи за неработающее население. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля

3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол- во
Л.1.1	Сафуанов, Р.М	Сафуанов, Р.М. Страхование / Р.М. Сафуанов, З.Ф. Шарифьянова; Финансовый университет при Правительстве РФ. – Москва: Прометей, 2018. – 144 с.: табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Москва: Прометей, 2018	
Л.1.2	Сплетухов Ю.А	Сплетухов Ю.А. Страхование. [Текст] : учеб. пособие /Е. Ф. Дюжиков ; 2-е изд., перераб. и доп. М.: ИНФРА-М, 2015.- 357 с.	М.: ИНФРА-М, 2015	8
Л.1.3	Цыганова О.А	Цыганова О.А. Медицинское страхование. [Текст]: учеб. пособие /И. В. Ившин ; М.: ИНФРА-М, 2015.- 176 с	М.: ИНФРА-М, 2015	
Л.1.4	И.П. Хоминич, Е.В. Дик	Страхование. [Текст]: учеб. и практикум для прикладного бакалавриата под ред. И.П. Хоминич, Е.В. Дик. - М.: Юрайт, 2016.- 437 с.	М.: Юрайт, 2016	5
7.1.2. Дополнительная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол- во
Л.2.1	Земцова, Л.В.	Земцова, Л.В. Страхование [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л.В. Земцова; Министерство образования и науки Российской Федерации, Томский Государственный Университет Систем Управления и Радиоэлектроники (ТУСУР), Факультет дистанционного обучения. – 2-е изд., доп. – Томск: ТУСУР, 2015. – 144 с. – Режим доступа; http://biblioclub.ru	Томск: ТУСУР, 2015	
Л.2.2	Г.В. Чернова	Страхование и управление рисками. [Текст]: учеб. под ред. Г.В. Черновой. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2014.- 768 с.	М.: Юрайт, 2014	5
Л.2.3	Ермасов С.В.	Ермасов С.В. Страхование. [Текст]: учеб. для бакалавров /Н. Б. Ермасова ; Саратовский гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского. Экономич. фак. - 5-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2016.- 791 с.	М.: Юрайт, 2016	2
Л.2.4	Козлова, О.Н.	Козлова, О.Н. Теория и история страхования [Электронный ресурс]: учебное пособие / О.Н. Козлова, М.В. Соколовский. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011. – 220 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Кемерово: Кемеровский государствен ный университет, 2011	

Л.2.5	А. Медик, В. К. Юрьев.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru .	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
	Страхование [Электронный ресурс]: учебник / Ю.Т. Ахвледиани, Н.Д. Эриашвили, Н.Н. Никулина и др.; ред. Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахов. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: Юнити-Дана, 2015. - 519 с. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 19134440484722632430010009002639 9000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. 2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий. 3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. 4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018. 6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019. 7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. 8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС» 9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017 10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС» 11. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно) <p>Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>				

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Ю.В. Золотарева

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для студентов
по дисциплине «Медицинское страхование»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: Экономическая сущность медицинского страхования и его значение в рыночной экономике. Роль органов государственного и муниципального управления в поддержке страхового дела в сфере предоставления медицинских услуг.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков в понимании сущности страхования и предпосылках появления медицинского страхования.

Перечень практических навыков:

- владения методами оценки воздействия макроэкономической среды на функционирование медицинских организаций и органов государственного и муниципального управления, координирующих работу медицинских организаций;
- выявления и анализа рыночных и специфических рисков на рынке медицинского страхования.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Сущность страхования и предпосылки появления медицинского страхования.
- Основы медицинского страхования как вида социального страхования, уметь дать четкое определение и знать цели.
- Формы и виды медицинского страхования.
- Место медицинского страхования в системе социального страхования и его значение.
- Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время.
- Становление ОМС в 90-е годы 20 века.
- Анализ воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявление и анализ рыночных и специфических рисков.
- Прогнозирование поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли.

Краткое содержание темы:

Сущность страхования. Предпосылки появления медицинского страхования. Медицинское страхование как вид социального страхования, определение, цели. Формы и виды медицинского страхования. Место медицинского страхования в системе социального страхования и его значение. Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время. Принципы функционирования больничных касс в дореволюционной России. Становление ОМС в 90-е годы 20 века. Воздействие макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявлять и анализировать рыночные и специфические риски. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических

основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: Организация ОМС. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков в организации ОМС и анализе рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования.

Перечень практических навыков:

- проведения анализа рынка медицинского страхования и др.;
- анализа расчета в страховании;
- проводить анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Знать принципы организации ОМС. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС.
- Дифференцировать федеральный и территориальные фонды ОМС.
- Знать программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
- Знать порядок взаимодействия государственных и муниципальных органов власти, ЛПУ, страховщиков, страхователей.
- Определять субъекты ОМС, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Участники ОМС.
- Знать права и обязанности застрахованных лиц по ОМС.
- Уметь осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Краткое содержание темы:

Принципы организации ОМС. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС. Федеральный и территориальные фонды ОМС. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Порядок взаимодействия государственных и муниципальных органов власти, ЛПУ, страховщиков, страхователей. Субъекты ОМС, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Участники ОМС. Права и обязанности

застрахованных лиц по ОМС. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: Финансовое обеспечение ОМС. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков в формировании финансового обеспечения страховой медицинской организации.

Перечень практических навыков:

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

- Источники средств ОМС, страховые взносы на ОМС работающего населения.
- Источники платежей за неработающее население.
- Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов.
- Основы формирования средств страховой медицинской организации и их расходование.
- Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
- Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования.

Краткое содержание темы:

Источники средств ОМС. Страховые взносы на ОМС работающего населения. Платежи за неработающее население. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок

4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол- во
Л.1.1	Сафуанов, Р.М	Сафуанов, Р.М. Страхование / Р.М. Сафуанов, З.Ф. Шарифьянова; Финансовый университет при Правительстве РФ. – Москва: Прометей, 2018. – 144 с.: табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Москва: Прометей, 2018	
Л.1.2	Сплетухов Ю.А	Сплетухов Ю.А. Страхование. [Текст] : учеб. пособие /Е. Ф. Дюжиков ; 2-е изд., перераб. и доп. М.: ИНФРА-М, 2015.- 357 с.	М.: ИНФРА- М, 2015	8
Л.1.3	Цыганова О.А	Цыганова О.А. Медицинское страхование. [Текст]: учеб. пособие /И. В. Ившин ; М.: ИНФРА-М, 2015.- 176 с	М.: ИНФРА- М, 2015	
Л.1.4	И.П. Хоминич, Е.В. Дик	Страхование. [Текст]: учеб. и практикум для прикладного бакалавриата под ред. И.П. Хоминич, Е.В. Дик. - М.: Юрайт, 2016.- 437 с.	М.: Юрайт, 2016	5
7.1.2. Дополнительная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол- во
Л.2.1	Земцова, Л.В.	Земцова, Л.В. Страхование [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л.В. Земцова; Министерство образования и науки Российской Федерации, Томский Государственный Университет Систем Управления и Радиоэлектроники (ТУСУР), Факультет дистанционного обучения. – 2-е изд., доп. – Томск: ТУСУР, 2015. – 144 с. – Режим доступа; http://biblioclub.ru	Томск: ТУСУР, 2015	
Л.2.2	Г.В. Чернова	Страхование и управление рисками. [Текст]: учеб. под ред. Г.В. Черновой. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2014.- 768 с.	М.: Юрайт, 2014	5
Л.2.3	Ермасов С.В.	Ермасов С.В. Страхование. [Текст]: учеб. для бакалавров /Н. Б. Ермасова ; Саратовский гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского. Экономич. фак. - 5-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2016.- 791 с.	М.: Юрайт, 2016	2
Л.2.4	Козлова, О.Н.	Козлова, О.Н. Теория и история страхования [Электронный ресурс]: учебное пособие / О.Н. Козлова, М.В. Соколовский. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011. – 220 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Кемерово: Кемеровский государствен ный университет, 2011	

Л.2.5	А. Медик, В. К. Юрьев.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru .	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
7.2. Электронные образовательные ресурсы			
	Страхование [Электронный ресурс]: учебник / Ю.Т. Ахвледиани, Н.Д. Эриашвили, Н.Н. Никулина и др.; ред. Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахов. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: Юнити-Дана, 2015. - 519 с. - Режим доступа: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.	
	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 19134440484722632430010009002639 9000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.	
7.3. Программное обеспечение			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. 2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий. 3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. 4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018. 6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019. 7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. 8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС» 9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017 10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС» 11. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно) <p>Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>			

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –

**филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Ю.В. Золотарева

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для самостоятельной работы студентов
по дисциплине «Медицинское страхование»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Тема 1: Экономическая сущность медицинского страхования и его значение в рыночной экономике. Роль органов государственного и муниципального управления в поддержке страхового дела в сфере предоставления медицинских услуг

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Сущность страхования. Предпосылки появления медицинского страхования.
2. Медицинское страхование как вид социального страхования, определение, цели.
3. Формы и виды медицинского страхования.
4. Место медицинского страхования в системе социального страхования и его значение.
5. Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время.
6. Принципы функционирования больничных касс в дореволюционной России.
7. Становление ОМС в 90-е годы 20 века.
8. Воздействие макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявлять и анализировать рыночные и специфические риски.
9. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли.

Вопросы для самоконтроля:

1. Понятие страхования, причины его возникновения. Принципы и виды страхования.
2. Истоки развития страхования. В каких странах раньше всего зародилось страхование?
3. Как соотносятся понятия «страховая защита» и «страхование»?
4. Общие и отличительные признаки финансовых и страховых организаций.
5. Содержание функций страхования и приведите примеры их реализации.
6. Неблагоприятные события, для защиты от которых целесообразно использовать: а) самострахование; б) страхование.
7. Уровень развития страхования в отдельных странах и сделайте вывод о его роли.
8. Оцените уровень развития страхования в России и проанализируйте факторы, обуславливающие его.
9. Деятельность отдельных страховых компаний. Какие виды страхования наиболее привлекательны на Ваш взгляд?

10. Неблагоприятные события в жизни людей и деятельности организаций, для защиты от которых целесообразно использовать метод: а) передачи риска; б) снижения риска; в) удержания риска.

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задача №1

1. Дайте определение понятиям:

1. Обязательное медицинское страхование –

2. Добровольное медицинское страхование –

3. Страховой случай –

Задание №2

Заключен договор страхования автомобиля на случай аварии на сумму 80 тыс. руб. и на случай угона на сумму 60 тыс. руб. Стоимость автомобиля в новом состоянии – 160 тыс. руб. Автомобиль выпущен 8 лет назад. Норма амортизационных отчислений составляет 5% в год. В период действия договора автомобиль был поврежден в результате аварии и ему нанесен ущерб в сумме 20 тыс. руб. Определите сумму страхового возмещения.

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Современная рисковая среда:

а) не меняется, т.е. риски, угрожающие факторам производства всегда одни и те же

б) усложняется, т.к. появляются новые риски и увеличивается тяжесть воздействия рисков на факторы производства

в) упрощается, т.к. уменьшается количество рисков и наносимый ими ущерб не имеет особенностей

2. Страхование – это:

а) отношения по защите имущественных интересов при наступлении определенных случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками

- б) компенсация из бюджета убытков юридических лицам
- в) экономические отношения между субъектами предпринимательской деятельности по урегулированию полученных убытков
- г) компенсация из бюджета уровней убытков физических лиц

3. Понятия «страховой случай» и «неблагоприятное событие»:

- а) тождественны
- б) «страховой случай» - более широкое понятие, чем «неблагоприятное событие»
- в) «неблагоприятное событие» - более широкое понятие, чем «страховой случай»
- г) несопоставимы

4. Один из обязательных признаков риска, принимаемого на страхование - это:

- а) высокая вероятность наступления риска
- б) социальное значение риска
- в) случайный характер риска
- г) значительная величина ущерба от риска

5. Страховой риск - это:

- а) достоверное событие, при наступлении которого возможен ущерб имущественным интересам страхователя
- б) вероятное и случайное событие, при наступлении которого может быть нанесен ущерб имущественным интересам выгодоприобретателя
- в) вероятное и случайное событие, при наступлении которого может быть нанесен ущерб застрахованным имущественным интересам страхователя
- г) достоверное событие, при наступлении которого возможен ущерб имущественным интересам страховщика

6. Исключаются из числа рисков, принимаемых на страхование, следующие события:

- а) достоверные
- б) связанные с катастрофическим ущербом
- в) вероятность наступления которых мала
- г) независимые случайные

7. Основанием для признания неблагоприятного события страховым случаем является:

- а) заявление страхователя
- б) соответствие происшедшего события условиям, изложенным в договоре страхования
- в) нанесение застрахованному имуществу ущерба
- г) заявление выгодоприобретателя

8. Признаки экономической категории страхования:

- а) неизбежность наступления разрушительного события
- б) раскладка ущерба на неограниченное число лиц
- в) перераспределение ущерба в пространстве, во времени, в рамках определенного круга лиц

- г) использование страхового фонда выходит за рамки совокупности плательщиков взносов
9. Основанием для классификации по отраслям страхования являются:
- а) категории страхователей
 - б) объем страховой ответственности
 - в) сроки страхования
 - г) объекты страхования
10. Страхование может осуществляться:
- а) только в обязательной форме
 - б) только в добровольной форме
 - в) как в обязательной, так и в добровольной форме
 - г) форма определяется решением страхователя

Тема 2: История развития медицинского страхования в РФ и за рубежом

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время.
2. Принципы функционирования больничных касс в дореволюционной России. Становление ОМС в 90-е годы 20 века.
3. Зарубежные модели организации медицинского страхования.
4. Обзор зарубежного опыта организации ОМС.

Вопросы для самоконтроля:

1. Этапы развития медицинского страхования в России. Критерии периодизации медицинского страхования.
2. С принятием какого документа связано зарождение медицинского страхования в России?
3. За счет каких средств финансировалась деятельность первых больничных касс?
4. По каким причинам с 1991 года началось восстановление страховых принципов обеспечения медицинской помощью населения?
5. Какие недостатки имела первоначальная редакция закона об ОМС?
6. В чем заключались основные проблемы организации финансирования здравоохранения посредством ОМС, потребовавшие проведение его реформирования?
7. Критерии классификации систем медицинского страхования разных стран.
8. В каких странах преобладает обязательное медицинское страхование?
9. В каких странах существует всеобщее обязательное медицинское страхование?

10. В каких странах ДМС носит дополнительный характер?
11. Назовите принципиальные отличия зарубежных моделей организации ДМС от российской модели.

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задача №1

1. Дайте определение понятиям:

1. Страховой риск – _____

2. Страховая сумма – _____

3. Страховая выплата – _____

4. Страховая премия – _____

5. Страховой тариф, или тарифная ставка – _____

Задание №2

Действительная сумма автомобиля 400 тыс. руб. Автомобиль застрахован на сумму 320 тыс. руб. с применением безусловной франшизы, равной 1,5% от страховой суммы на каждый страховой случай. В результате первой аварии автомобилю нанесен ущерб 120 тыс. руб.; при второй аварии ущерб составил 80 тыс. руб. Определите страховую выплату по каждому страховому случаю и общую сумму выплаты.

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

Принципы добровольного страхования (из предлагаемого перечня):

- а) выборочность принятия объектов на страхование в соответствии с условиями договора страхования
- б) указание в соответствующем законе срока страхования

- в) действие страхования независимо от уплаты страховых взносов
 - г) указание в соответствующем законе сторон договора страхования
2. Принципы обязательного страхования (из предлагаемого перечня):
- а) обязательный охват страхованием всех объектов, указанных в соответствующем федеральном законе
 - б) наличие страхового посредника при заключении договора
 - в) заключение договора только с государственной страховой компанией
 - г) уплата страховой премии в бюджет
3. Страховщиком по договору страхования может быть:
- а) только юридическое лицо, имеющее лицензию
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) объединение юридических и физических лиц
4. Страхователем по договору страхования может быть:
- а) только юридическое лицо
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) только государственный орган
5. Сторонами основного договора страхования являются:
- а) страхователь и выгодоприобретатель
 - б) страхователь и страховщик
 - в) страховщик и перестраховщик
 - г) перестраховщик и перестраховочный брокер
6. Страховая компания может быть создана:
- а) как государственное предприятие
 - б) в любой организационно-правовой форме
 - в) в форме акционерного общества
 - г) в форме предприятия без образования юридического лица
7. Выгодоприобретатель – это указанное в договоре страхования, в пользу которого заключен договор:
- а) юридическое лицо
 - б) физическое лицо
 - в) юридическое или физическое лицо
 - г) государственное учреждение
8. Застрахованное лицо – это:
- а) физическое лицо, застраховавшее свою жизнь
 - б) физическое лицо, в пользу которого составлен договор страхования
 - в) физическое лицо, застраховавшее свою жизнь или в пользу которого составлен договор страхования
 - г) государственный орган, в пользу которого заключен договор
9. Страховая деятельность в РФ в настоящее время:
- а) не лицензируется
 - б) лицензируется государством
 - в) лицензируется на уровне саморегулирования

- г) регулируется межгосударственными соглашениями
- 10. Органы страхового надзора России:
 - а) финансируют страховой рынок
 - б) предоставляют услуги на страховом рынке
 - в) осуществляют государственное регулирование страхового рынка
 - г) осуществляют посредническую деятельность

Тема 3: Правовая основа организации ОМС и ДМС в России

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Характеристика общих положений ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Анализ нововведений в законодательство об ОМС.
3. Правовая основа организации ДМС.
4. Положения гл. 48 ГК РФ и ФЗ «Об организации страхового дела в РФ».
5. Содержание договора медицинского страхования и порядок его действия во времени.
6. Законодательные требования к учреждению и функционированию страховой медицинской организации.

Вопросы для самоконтроля:

1. Система медицинского страхования в России.
2. Обязательное и добровольное медицинское страхование в России
3. Отличительные особенности ОМС и ДМС.
4. Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж.
5. Дайте определение понятия «медицинское страхование».
6. Что является объектом страхования при ОМС, что такое страховой риск?
7. Кто является субъектами медицинского страхования?
8. Кто является страховщиками при ОМС, каковы их задачи?
9. Перечислите права граждан в системе ОМС
10. Каковы функции территориальных и Федерального фондов ОМС?
11. Какие варианты оплаты медицинских услуг действуют при ОМС?
12. Какие организации ОМС действуют в России?
13. Раскройте основные принципы ОМС.
14. Какова роль добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения?
15. Каковы основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования?

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задача №1

Задание 1.

В договоре страхования предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. д.е. В результате ДТП нанесен вред пешеходам:

первому на сумму 45 тыс. д.е.,

второму на сумму – 55 тыс. д.е.

Определить: размер выплат каждому потерпевшему.

Задание 2.

Имущество стоимостью 240 тыс. руб. застраховано от огня и стихийных бедствий на 20% от его действительной стоимости. В результате урагана застрахованному имуществу был причинен ущерб в размере 18 тыс. руб. Адекватные меры, направленные на сокращение убытка, обошлись страхователю в 9 тыс. руб. Определите страховое возмещение, если условиями договора страхования установлена условная франшиза в размере 2,5 тыс. руб.

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

Один из обязательных признаков риска, принимаемого на страхование - это:

- а) высокая вероятность наступления риска
- б) объективный характер риска
- в) социальное значение риска
- г) значительная величина ущерба от риска

2. Основанием для признания неблагоприятного события страховым случаем является:

- а) заявление страхователя
- б) соответствие происшедшего события условиям, изложенным в договоре страхования
- в) нанесение застрахованному имуществу ущерба
- г) заявление выгодоприобретателя

3. Признаки экономической категории страхования:

- а) неизбежность наступления разрушительного события
- б) раскладка ущерба на неограниченное число лиц
- в) перераспределение ущерба в пространстве, во времени, в рамках определенного круга лиц
- г) использование страхового фонда выходит за рамки совокупности плательщиков взносов

4. Отрасли страхования в соответствии с ГК РФ:

- а) имущественное, личное, ответственности
- б) имущественное, личное
- в) имущественное, личное, предпринимательских рисков
- г) личное, ответственности

5. Страхование может осуществляться:
- а) только в обязательной форме
 - б) только в добровольной форме
 - в) как в обязательной, так и в добровольной форме
 - г) форма определяется решением страхователя
6. Страховая сумма при добровольной форме страхования - это денежная оценка:
- а) минимального имущественного ущерба страхователя при наступлении страхового случая
 - б) максимального размера обязательства страховщика по страховой выплате страхователю
 - в) имущественного ущерба с учетом обоснованных и документально подтвержденных затрат страхователя в связи с наступлением страхового случая
 - г) величины выплаты после страхового случая
7. Страховой тариф по видам обязательного страхования устанавливается:
- а) соответствующим федеральным законом или подзаконным актом
 - б) страховой организацией на основе актуарных расчетов
 - в) договором страхования по соглашению сторон
 - г) органом страхового надзора
8. Страховой тариф по договору добровольного страхования устанавливается:
- а) соответствующим федеральным законом или подзаконным актом
 - б) страховой организацией на основе актуарных расчетов
 - в) договором страхования по соглашению сторон
 - г) органом страхового надзора
9. Страховщиком по договору страхования может быть:
- а) только юридическое лицо, имеющее лицензию
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) объединение юридических и физических лиц
10. Страхователем по договору страхования может быть:
- а) только юридическое лицо
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) только государственный орган

Тема 4: Организация ОМС. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Принципы организации ОМС. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС.
2. Федеральный и территориальные фонды ОМС.
3. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
4. Порядок взаимодействия государственных и муниципальных органов власти, ЛПУ, страховщиков, страхователей.
5. Субъекты ОМС, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Участники ОМС.
6. Права и обязанности застрахованных лиц по ОМС.
7. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Вопросы для самоконтроля:

1. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования
2. Организация системы обязательного медицинского страхования
3. Защита прав застрахованных в системе ОМС
4. Научно-исследовательские работы в сфере ОМС
5. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы ОМС
6. Пути развития и проблемы системы ОМС в России
7. Основные положения закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Перечислите субъектов ОМС и участников ОМС.
9. Какая структура имеет статус страховщика по ОМС?
10. Какие организационные и финансовые требования установлены к медицинским страховым организациям?
11. Порядок лицензирования страховой организации
12. Существенные условия и порядок действия во времени договора ДМС
13. Принципы организации ОМС в России
14. Функции Федерального и территориальных фондов ОМС
15. Что такое базовая программа медицинского страхования граждан Российской Федерации?
16. В чем отличия территориальных программ ОМС?
17. Что такое лицензирование и аккредитация медицинских учреждений?

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задача №1

Задание №1

Объект стоимостью $SS=6$ млн. д.е. застрахован по одному договору тремя страховщиками: первым на сумму $S1=2,5$ млн. д.е., вторым – на сумму $S2=2,0$ млн. д.е., третьим – на сумму $S3=1,5$ млн. д.е. Страховым случаем – пожаром – нанесен ущерб объекту в сумме $Y=1,8$ млн. д.е.

Определить размер выплаты страхователю каждым страховщиком $W1, W2, W3$.

Задание №2

Имущество застраховано на 250 тыс. руб. (полное страховое покрытие) с условием выплаты за ущерб по системе пропорциональной ответственности. Безусловная франшиза установлена в размере 2% страховой суммы на каждый страховой случай. В результате пожара имуществу причинен ущерб на сумму 130 тыс. руб., а через месяц в результате урагана ущерб на сумму 50 тыс. руб. Определите страховое возмещение по каждому страховому случаю.

Фонд тестовых заданий по теме № 4:

1. Общества взаимного страхования представляют собой:

- а) объединения юридических лиц
- б) объединения физических лиц
- в) объединения как физических, так и юридических лиц
- г) объединения государственных органов

2. Деятельность обществ взаимного страхования:

- а) лицензируется
- б) не лицензируется
- в) порядок лицензирования зависит от видов страхования, которыми собирается заниматься общество
- г) порядок лицензирования зависит от организационно-правовой формы участников общества

3. Субъекты страхового дела в целях координации своей деятельности, представления и защиты общих интересов в соответствии с действующим законодательством:

- а) могут образовывать союзы, ассоциации и иные объединения
- б) обязаны образовывать союзы, ассоциации и иные объединения
- в) не имеют права образовывать союзы, ассоциации и иные объединения
- г) этот вопрос не оговаривается законодательством

4. Специализация страховщиков в соответствии с законодательством РФ:

- а) страхование жизни; виды страхования иные, чем страхование жизни
- б) страхование средств транспорта, прочие виды страхования
- в) страхование юридических лиц, страхование физических лиц
- г) страхование имущества, страхование ответственности

5. Деятельность иностранных страховщиков на страховом рынке РФ:
- а) имеет законодательные ограничения
 - б) не имеет законодательных ограничений
 - в) зависит от наличия дипломатических отношений между РФ и страной, в которой зарегистрирована иностранная страховая компания
 - г) определяется директивами ЕС
6. Страховая компания может быть создана:
- а) как государственное предприятие
 - б) в любой организационно-правовой форме
 - в) в форме акционерного общества
 - г) в форме предприятия без образования юридического лица
7. Выгодоприобретатель – это указанное в договоре страхования, в пользу которого заключен договор:
- а) юридическое лицо
 - б) физическое лицо
 - в) юридическое или физическое лицо
 - г) государственное учреждение
8. Страховые посредники - это:
- а) страховые агенты и брокеры
 - б) аварийные комиссары
 - в) перестраховщики
 - г) сюрвейеры
9. Страховые агенты работают от имени и по поручению:
- а) страховщика
 - б) страхователя
 - в) страхового посредника
 - г) органа страхового надзора
10. Традиционный страховой посредник - это:
- а) страховой брокер
 - б) банк
 - в) туристическая фирма
 - г) орган страхового надзора

Тема 5: Финансовое обеспечение ОМС. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Источники средств ОМС. Страховые взносы на ОМС работающего населения.
2. Платежи за неработающее население.

3. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов.
4. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование.
5. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
6. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования

Вопросы для самоконтроля:

1. Финансовое обеспечение ОМС
2. Финансирование страховых медицинских организаций
3. Тарифная политика в системе ОМС
4. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования
5. Организация системы обязательного медицинского страхования
6. Защита прав застрахованных в системе ОМС
7. Научно-исследовательские работы в сфере ОМС
8. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы ОМС
9. Пути развития и проблемы системы ОМС в России
10. Основные положения закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
11. Перечислите субъектов ОМС и участников ОМС.
12. Какая структура имеет статус страховщика по ОМС?
13. Какие организационные и финансовые требования установлены к медицинским страховым организациям?
14. Порядок лицензирования страховой организации
15. Существенные условия и порядок действия во времени договора ДМС
16. Принципы организации ОМС в России
17. Функции Федерального и территориальных фондов ОМС
18. Что такое базовая программа медицинского страхования граждан Российской Федерации?
19. В чем отличия территориальных программ ОМС?
20. Что такое лицензирование и аккредитация медицинских учреждений?

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задача №1

Рассчитать размер страхового платежа и страхового возмещения. Хозяйствующий субъект застраховал свое имущество сроком на один год с ответственностью за кражу на сумму 120 тыс. руб. Ставка страхового тарифа

3% страховой суммы. По договору страхования предусмотрена безусловная франшиза в размере 2 тыс. руб., при которой предоставляется скидка к тарифу 4%. Фактический ущерб страхователя составил 20,5 тыс. руб.

Задание №2

В договоре страхования предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. д.е. В результате ДТП нанесен вред пешеходам:

первому на сумму 45 тыс. д.е.,

второму на сумму – 55 тыс. д.е.

Определить: размер выплат каждому потерпевшему.

Фонд тестовых заданий по теме № 5:

1. Сформированное страховщиком с целью солидарной раскладки ущерба объединение специально отобранных и принятых на ответственность рисков – это:

- а) страховой портфель
- б) страховой полис
- в) страховое покрытие
- г) страховой акт

2. Страховое событие, которое уже наступило – это:

- а) страховое покрытие
- б) страховой случай
- в) страховая ответственность
- г) страховая совокупность

3. Максимальное количество потенциальных объектов для данного вида страхования – это:

- а) страховое поле
- б) страховое покрытие
- в) страховой портфель
- г) страховой риск

4. Договор добровольного страхования должен быть заключен:

- а) в устной или письменной форме
- б) только в письменной форме
- в) форма заключения договора зависит от степени доверия между страхователем и страховщиком
- г) только в устной форме

5. Неотъемлемое приложение к договору страхования, в котором содержатся условия страхования, определяющие права и обязанности сторон договора страхования, перечень страховых случаев и исключений, при которых страховщик освобождается от ответственности - это:

- а) страховой полис
- б) страховой акт
- в) правила страхования

- г) страховой договор
- 6. Задачей страхового агента является:
 - а) выполнение актуарных расчетов
 - б) определение цены на страховую услугу
 - в) управление продажей услуг
 - г) заключение договора страхования от лица страховщика
- 7. Страховой агент имеет право заключать от своего имени договоры добровольного страхования:
 - а) без ограничений
 - б) это запрещено законодательством
 - в) при наличии разрешения органа страхового надзора
 - г) при наличии профильного высшего образования
- 8. Лицензирование страховой и брокерской деятельности осуществляет:
 - а) орган страхового надзора
 - б) орган антимонопольного регулирования
 - в) саморегулируемая организация страховщиков
 - г) саморегулируемая организация страхователей
- 9. Решение об отзыве лицензии страховщика принимается:
 - а) органом страхового надзора
 - б) саморегулируемой организацией страховщиков
 - в) судом
 - г) страхователем
- 10. Лицензия дает право страховщику:
 - а) заниматься любой предпринимательской деятельностью
 - б) проводить только разрешенные виды страховой деятельности
 - в) совмещать банковскую и страховую деятельность
 - г) совмещать страховую и производственную деятельность

Тема 6: Программы ОМС и ДМС»

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования.
2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования.
3. Программы ДМС (базовые и дополнительные опции).
4. Классификация продуктов страхования медицинских расходов. Условия договоров страхования медицинских расходов.

Вопросы для самоконтроля:

1. Программы ОМС в РФ
2. Организация и программы ДМС в РФ
3. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования.

4. Организация системы обязательного медицинского страхования.
5. Перечислите субъектов ОМС и участников ОМС.
6. Какие организационные и финансовые требования установлены к медицинским страховым организациям?
7. Порядок лицензирования страховой медицинской организации
8. Существенные условия и порядок действия во времени договора ДМС
9. Принципы организации ОМС в России.
10. Функции Федерального и территориальных фондов ОМС
11. Что такое базовая программа медицинского страхования граждан Российской Федерации?
12. В чем отличия территориальных программ ОМС?

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задание №1

Страховая компания заключила договор с промышленным предприятием на добровольное медицинское страхование (ДМС) 500 сотрудников. Средняя стоимость обслуживания одного пациента в поликлиниках, с которыми медицинская страховая компания имеет договор, составляет 150 д.е. в год, вероятность госпитализации 25%, средняя стоимость лечения одного больного в стационарах, с которыми страховая компания имеет договор, составляет 650 д.е. за курс. Накладные медицинской страховой компании на ведение дел в расчете на одного застрахованного составляют в среднем 30 д.е., планируемая прибыль компании равна 25%. Рассчитать годовой страховой взнос промышленного предприятия на добровольное медицинское страхование 500 сотрудников.

Задание №2

Определите сумму страховой премии и страховой выплаты по страхованию средства транспорта, которому 7 лет. Коэффициент старения в год - 1.07%, норма износа на 1000 км. пробега равна 0.30%. Пробег автомобиля на день страхования - 55 тыс. км. Стоимость автомобиля в новом состоянии 350 тыс. руб. Автомобиль застрахован на сумму 200 тыс. руб. В результате аварии автомобиля требуется ремонт крыла, стоимость ремонта составляет 3 тыс. руб, а также замена двух дверей, стоимость одной двери-20 тыс. руб., а стоимость замены(работы) составляет 3.5 тыс. руб. Районный коэффициент в данной местности-20 %. Тариф по страхованию данного транспортного средства -8%.

Фонд тестовых заданий по теме № 6:

Страхование каких интересов не допускается законодательством РФ:

- а) противоправных интересов

- б) убытков от участия в играх, лотереях и пари
 - в) расходов, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников
 - г) всех перечисленных интересов
2. Договор страхования вступает в силу со дня:
- а) подачи заявления
 - б) согласования условий страхования и оставления страхователем своих данных на сайте страховой компании в Интернете
 - в) получения полиса от страховой компании
 - г) уплаты первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное
3. Документ, удостоверяющий заключение договора страхования - это:
- а) заявление
 - б) квитанция об уплате страховых взносов
 - в) страховой полис
 - г) претензия о возмещении убытков
4. Денежное вознаграждение, уплачиваемое страховщиком посредникам за привлечение объектов на страхование, оформление документации и инкассацию страховых взносов - это:
- а) налог на добавленную стоимость
 - б) страховая комиссия
 - в) бухгалтерская прибыль
 - г) инвестиционный доход
5. Сострахование – это страхование одного и того же объекта:
- а) несколькими страховщиками
 - б) законодательно определенным количеством страховщиков
 - в) Федеральной службой страхового надзора
 - г) за счет средств бюджета
6. В договоре сострахования ответственность перед страхователем за возмещение ущерба возлагается:
- а) на всех страховщиков поровну
 - б) на каждого состраховщика в рамках принятых на себя обязательств
 - в) на каждого состраховщика, пропорционально величине уставного капитала
 - г) на законодательно определенное количество страховщиков
7. Двойное страхование – это:
- а) ответственность страховщика по двум и более страховым событиям, включенным в договор страхования
 - б) страхование одного объекта в страховой сумме, превышающей действительную стоимость объекта
 - в) страхование объекта у двух или нескольких страховщиков в страховой сумме, превышающей страховую стоимость объекта
 - г) страхование двух объектов
8. Перестрахование – это:

- а) пролонгирование договора страхования
- б) деятельность по защите одним страховщиком имущественных интересов другого страховщика
- в) объединение страхователей для солидарной раскладки ущерба
- г) заключение договора страхования через посредника

9. Клиентами специализированных перестраховочных организаций являются:

- а) только страховщики
- б) страхователи и страховщики
- в) предприятия, которые могут быть охарактеризованы как крупные и опасные страховые риски
- г) только государственные органы

10. Собственное удержание представляет собой:

- а) плату за перестрахование
- б) причитающиеся перестраховщику премии
- в) расходы по ведению договора перестрахования
- г) уровень суммы, в пределах которой страховая компания оставляет на своей ответственности страховой риск при заключении договора перестрахования

11. Контроль за деятельностью страховых компаний со стороны специально уполномоченных государственных органов – это:

- а) страховой надзор
- б) лицензирование страховой деятельности
- в) страховой аудит
- г) независимый аудит

12. Аварийный комиссар – это:

- а) представитель службы страхового надзора, контролирующей соблюдение законодательства в страховании
- б) лицо, уполномоченное страхователем для контроля за выполнением страховщиком его обязательств по договору страхования
- в) лицо, занимающееся установлением причин, обстоятельств и размера убытка по застрахованным грузам и судам по поручению страховщика
- г) эксперт, осуществляющий оценку риска

13. Сюрвейер – это эксперт, осуществляющий осмотр застрахованных или подлежащих страхованию судов и грузов:

- а) по просьбе страхователя
- б) по просьбе страховщика
- в) по просьбе страхователя или страховщика
- г) для определения вероятности неблагоприятных событий с данными объектами

14. Актуарий – это специалист в области математической статистики и теории вероятности, профессионально занимающийся расчетами:

- а) тарифов, резервов и обязательств страховой компании
- б) доходов и расходов страховой компании

- в) прибылей и убытков страховой компании
 - г) инвестиционного дохода страховщика
15. Андеррайтер - это специалист:
- а) в области международного морского права
 - б) осуществляющий от имени страховщика осмотр и оценку имущества, принимаемого на страхование
 - в) по урегулированию претензий к страховой компании в суде
 - г) в области сопровождения грузоперевозок:

Тема 7: Рынок медицинских страховых услуг России»
Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование
спроса на рынке медицинского страхования на основе знания
экономических основ поведения медицинских организаций, структур
рынков и конкурентной среды страховой отрасли

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Характеристика современного состояния организации ОМС в России.
2. Основные проблемы и пути их решения.
3. Современное состояние рынка ДМС.
4. Характеристика страховщиков - лидеров ДМС.
5. Факторы, сдерживающие развитие ДМС.
6. Направления совершенствования медицинского страхования в России.
7. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на рынке медицинского страхования на основе знания экономических основ поведения медицинских организаций, структур рынков и конкурентной среды страховой отрасли

Вопросы для самоконтроля:

1. Обзор рынка обязательного медицинского страхования в России.
2. Обзор рынка добровольного медицинского страхования в России.
3. Совершенствование деятельности СМО и медицинских организаций в системе медицинского страхования.
4. Критерии классификации систем медицинского страхования разных стран.
5. В каких странах преобладает обязательное медицинское страхование?
6. В каких странах существует всеобщее обязательное медицинское страхование?
7. В каких странах ДМС носит дополнительный характер?

Задания для практического занятия: Решение ситуационных задач

Задание №1

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного на дожитие по договору страхования жизни сроком на 3 года. Норма доходности $i=8\%$. Страховая сумма $S=250$ тыс. руб. Нагрузка $f=10\%$.

Задание №1

Необходимо обосновать выбор системы страхового возмещения – пропорциональной ответственности или по первому риску.

Исходные данные:

Стоимость имущества жилого дома $W=14000$ ден. ед.

Средства для страхования $S=215$ ден. ед.

Страховой тариф $P=3\%$.

Здание №3

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного на дожитие по договору страхования жизни сроком на 3 года. Норма доходности $i=8\%$. Страховая сумма $S=250$ тыс. руб. Нагрузка $f=10\%$.

Фонд тестовых заданий по теме № 7:

1. Страховая сумма – это денежная сумма:
 - а) установленная законом или договором, исходя из которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты
 - б) ущерба, причиненного имуществу или личности страхователя
 - в) выплачиваемого страхового возмещения
 - г) уплаченная посреднику при заключении договора страхования
2. Страховая премия – это сумма, уплачиваемая:
 - а) страховщиком страхователю в связи с наступлением страхового события
 - б) страховщиком страховому агенту за заключение договора страхования
 - в) страхователем страховщику за страхование при заключении договора
 - г) перестраховщиком при заключении договора перестрахования
3. Размер страховой премии рассчитывается как произведение страховой суммы и:
 - а) величины ущерба
 - б) страхового тарифа
 - в) нормы амортизации
 - г) ставки подоходного налога с физических лиц
4. Для расчета страховой премии следует:
 - а) страховую сумму умножить на страховой тариф
 - б) страховую сумму разделить на страховой тариф
 - в) вычесть из страховой суммы страховой тариф

- г) вычесть из страхового тарифа страховую сумму
5. Договор страхования заключен на сумму 20 млн. руб., страхователь уплатил 20 тыс. руб. В результате страхового случая выплачена сумма в 10 млн. руб. Страховым возмещением по договору является сумма:
- а) 20 млн. руб.
 - б) 20 тыс. руб.
 - в) 10 млн. руб.
 - г) 30 млн. руб.
6. Договор страхования заключен на сумму 20 млн. руб., страхователь уплатил 20 тыс. руб. В результате страхового случая выплачена сумма в 10 млн. руб. Страховой премией по договору является сумма:
- а) 20 млн. руб.
 - б) 20 тыс. руб.
 - в) 10 млн. руб.
 - г) 30 млн. руб.
7. Договор страхования заключен на сумму 20 млн. руб., страхователь уплатил 20 тыс. руб. В результате страхового случая выплачена сумма в 10 млн. руб. Страховой суммой по договору является сумма:
- а) 20 млн. руб.
 - б) 20 тыс. руб.
 - в) 10 млн. руб.
 - г) 30 млн. руб.
8. Страховая выплата по договору страхования всегда:
- а) превышает страховую сумму
 - б) равна страховой сумме
 - в) находится в пределах страховой суммы, если иное не предусмотрено договором страхования
 - г) меньше страховой суммы
9. Страховой тариф – это:
- а) плата за заключенные договора страхования
 - б) ставка комиссионного вознаграждения посреднику
 - в) ставка страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования
 - г) ставка налога на прибыль от страховой деятельности
10. Страховая ответственность - это обязанность:
- а) страхователя уплатить страховые взносы
 - б) страховщика произвести страховую выплату
 - в) страхователя в установленные сроки сообщить о наступившем страховом случае
 - г) страховщика уплатить налоги
11. Перестраховщик по договору перестрахования несет ответственность:
- а) непосредственно перед клиентом прямого страховщика
 - б) только перед прямым страховщиком
 - в) вместе с прямым страховщиком перед страхователем

г) перед органом страхового надзора

12. Ответственность страховой компании по договору страхования имущества предприятия перестрахована. Перед страхователем несет ответственность:

а) страховщик

б) перестраховщик

в) страховщик и перестраховщик солидарно

г) орган страхового надзора

13. Форма перестрахования, при которой перестрахователь обязан передать, а перестраховщик обязан принять определенные доли всех рисков портфеля, обозначенных в договоре:

а) факультативной

б) облигаторной

в) солидарной

г) государственной

14. Слип - это:

а) письменный расчет цедентом премии, причитающейся перестраховщику

б) письменное предложение страховщиком риска в перестрахование потенциальному перестраховщику

в) выписка из страхового портфеля страховщика с перечнем передаваемых в перестрахование рисков и оплаченных по этим рискам убытков

г) налоговая декларация

15. Страховая сумма в договоре страхования имущества:

а) может превышать действительную стоимость имущества

б) не может превышать действительную стоимость имущества, если иное не предусмотрено договором страхования

в) не связана с действительной стоимостью имущества

г) зависит от нормы амортизации по имуществу

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Авторы: Ю.В. Золотарева

**Методическое обеспечение занятий лекционного типа
по дисциплине «Медицинское страхование»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Лекция 1. Экономическая сущность медицинского страхования и его значение в рыночной экономике

1.1. Экономическая сущность страхования и значение в рыночной экономике

1.2. Функции и виды страхования

1.1. Экономическая сущность страхования и значение в рыночной экономике

Страхование является древнейшей формой защиты человечества от последствий различных опасностей. Пробразы современных страховых организаций возникли еще в глубокой древности. История донесла до нас немало интересных примеров объединения людей в целях оказания взаимопомощи. Например, в Древнем Риме получили широкое распространение организации, обеспечивавшие своим членам достойное погребение. Средневековое страхование более известно как гильдийско-цеховое. В профессиональные гильдии объединялись не только купцы, актеры, фехтовальщики, солдаты, но также грабители, воры, нищие и бродяги. Обязательным условием в гильдиях была уплата регулярных членских взносов в общую кассу. На раннем этапе развития страхового бизнеса целью подобных обществ взаимного страхования было уменьшение ущерба или оказание помощи семье погибшего, а не извлечение выгоды.

С развитием капиталистического производства, а именно, торговли, промышленности, строительства новых городов, увеличивалась опасность причинения вреда человеку и его имуществу. Ответом на возросшую потребность в защите явилось возникновение большого числа профессиональных страховых обществ, осуществлявших операции по страхованию и получавших от этого прибыль. Страховые компании собирали регулярные страховые платежи и создавали у себя страховые фонды, из которых и производились выплаты пострадавшим. Аккумулируя большие средства, страховщики имели возможность инвестировать их в промышленность, строительство, торговлю, и, таким образом, страховой капитал играл существенную роль в развитии экономики страны.

К середине XVIII в. распространились морское страхование и страхование имущества от огня. Появление прежде не существовавших рисков порождало новые виды страхования, такие как страхование от кражи со взломом, несчастных случаев, финансовых убытков. К этому времени в Западной Европе насчитывалось уже более 100 видов имущественного и личного страхования.

В России страхование развивалось гораздо медленнее, чем за рубежом. Только в 1765 г. в Риге было организовано первое общество взаимного страхования от огня, а до этого все страхование осуществлялось иностранными страховщиками. Возникновение национального страхового рынка связывают с появлением большого числа акционерных обществ.

Активное развитие страхового дела требовало государственного регулирования, и в 1894 г. был введен государственный страховой надзор за деятельностью страховых обществ. К началу XX в. страховые операции в России проводились как отечественными, так и иностранными страховщиками, чья доля капитала в страховом бизнесе составляла около 25%. Финансы страховых компаний инвестировались в основном в коммерческие банки и государственные займы.

После Октябрьской революции 1917 г. страховое дело было национализировано и объявлена государственная монополия на осуществление всех видов страховых операций. Монополия сохранялась до принятия в 1988 г. Закона «О кооперации», позволившего кооперативам создавать страховые общества. Принятый в 1992 г. (27 ноября) Закон РФ № 4015-1 «О страховании» был первым в российской страховой практике законом, который регулировал страховое дело и создал правовую базу для успешного развития национального страхового рынка.

Ныне указанный Закон действует в редакции Федерального закона от 31 декабря 1997 г. № 157-ФЗ под названием «Об организации страхового дела в Российской Федерации». В ст. 2 Закон, определяет страхование как «отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных события (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий)». Договор страхования является соглашением между двумя сторонами – страховщиком и страхователем. В соответствии с условиями договора страховщик должен возместить убытки, возникшие в результате страхового случая, страхователю или лицу, в пользу которого проводится страхование. Обязательством страхователя является уплата страховщику страховых взносов. Осуществляться страхование может в обязательной форме, возникающей в силу закона, и добровольной в соответствии с договором страхования между страховщиком и страхователем.

Законом РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» введено обязательное медицинское страхование, входящее в систему государственного социального страхования.

Обязательное страхование регулируется федеральными законами. Объектами обязательного страхования являются жизнь, здоровье, имущество граждан и гражданская ответственность. Страхователем становится гражданин, на которого по закону возложена обязанность заключения договора страхования и уплаты страховых взносов. Обязательным в нашей стране является также страхование пассажиров, нотариусов, лиц, занимающихся частной детективной и охранной деятельностью. За счет бюджетных средств осуществляется обязательное государственное страхование военнослужащих, сотрудников милиции, налоговой инспекции,

налоговой полиции, прокуроров, судей, спасателей, работников ядерных установок, космонавтов, депутатов, доноров и некоторых других.

Добровольное страхование основывается на Законе РФ «О страховании» и соглашении, к которому пришли страховщик со страхователем. В отличие от обязательного добровольное страхование всегда ограничено сроком действия и осуществляется только при уплате страховых взносов. Нарушение данного условия влечет за собой прекращение действия договора, т.е. страховой защиты.

Экономическая сущность страхования заключается в образовании страхового фонда для покрытия различных ущербов, вызванных какими-либо непредвиденными событиями. Следовательно, можно сделать вывод, что риск, т.е. возможность наступления обстоятельств, влекущих за собой материальный ущерб, выступает в качестве основного понятия страхования.

Современной страховой практикой выработаны три основные формы организации страхового фонда:

- государственный централизованный страховой фонд;
- фонд самострахования;
- фонд страховой компании.

Государственный централизованный фонд формируется государством в натуральной и денежной форме за счет обязательных платежей юридических и физических лиц. Его назначение состоит в социальной защите граждан.

Фонд самострахования может быть организован как отдельными гражданами, так и предприятиями в форме денежных средств или натуральных запасов. Такая организация защиты позволяет быстро устранять возникающие проблемы в частной сфере или в процессе производства. Для предпринимателя самострахование наряду с видимыми преимуществами имеет и негативные стороны. Во-первых, средства для создания фонда изымаются из оборота и, следовательно, прибыль предприятия уменьшается; во-вторых, для покрытия крупного убытка денежной суммы фонда может быть недостаточно; в-третьих, поскольку средства фонда должны находиться в ликвидной форме, то процент дохода по таким бумагам будет ниже, чем по долгосрочным вложениям.

Фонд страховой компании формируется в децентрализованном порядке и только в денежной форме за счет страховых взносов страхователей, в качестве которых могут выступать юридические и физические лица. Фонд страховщика позволяет обеспечить наиболее эффективную страховую защиту посредством солидарной раскладки ущерба на всех страхователей – создателей фонда. Подобная система организации страховых фондов предполагает разделение страхования на государственное социальное страхование, обеспечивающее гражданам минимальную

социальную защиту, и индивидуальное страхование физических и юридических лиц.

Побудительным мотивом заключения индивидуального договора страхования является желание каждого человека оградить себя от различных неблагоприятных ситуаций и рисков, которые могут нарушить привычный уклад жизни, лишить материальных ценностей, ухудшить финансовое положение. Заключение договора страхования дает возможность страхователю переложить на страховщика ответственность по риску, т.е. обязательство возместить ущерб, причиненный лично застрахованному или его имуществу.

Покупая страховую защиту, страхователь приобретает специфическую услугу страховой компании – обещание страховщика оказать поддержку страхователю при наступлении страхового случая. Договор страхования является необходимым условием для стабильной работы предприятия, гарантией защиты от случайных негативных событий, так как профессионалам в страховом бизнесе гораздо легче справиться с риском за счет многочисленных страховых взносов, аккумулированных в фонде данной компании.

Помимо этого страховщик имеет возможность, используя методы теории вероятности и математической статистики, прогнозировать риски и предпринимать возможные меры для их предотвращения, уменьшения и смягчения вероятных последствий. Страховое событие, каким бы по масштабу оно ни было, всегда затрагивает интересы нескольких лиц. Приняв на себя обязательство компенсировать ущерб, страховщик снимает подобную обязанность с государства, тогда как при отсутствии страхования, особенно крупных рисков, представляющих опасность для людей, именно государство было бы обязано позаботиться об этом.

С развитием рыночной экономики потребность в страховании все более увеличивается. Инвестиции страховых компаний в экономику своей страны способствуют укреплению ее экономического положения и финансовой стабильности. Предоставление страховой защиты дает возможность создания и успешного функционирования наукоемких отраслей и отраслей, связанных с повышенным риском, таких как атомная энергетика, космонавтика и т.д.

Страхование как самостоятельная экономическая категория имеет ряд характерных признаков, основным из которых является наличие замкнутой раскладки ущерба в пределах отдельного страхового фонда. Это обусловлено тем, что по статистике число пострадавших страхователей всегда меньше общего числа страхователей, а ущерб распределяется среди всех создателей страхового фонда данной страховой компании.

Страхованию также присущи денежные перераспределительные отношения, связанные с наличием риска, т.е. непредвиденного события, способного повлечь за собой ущерб и, как следствие, необходимость его компенсации с помощью страхового фонда.

1.2. Функции и виды страхования

Экономическое содержание страхования как относительно самостоятельной категории финансов находит свое выражение в двух **функциях**:

- 1) формирование специализированного страхового фонда денежных средств;
- 2) целевое использование средств страхового фонда.

Денежная форма выражения является общей и для страхования, и для финансов, но в страховании в рамках названных функций проявляются и другие, характерные только для страхования, такие как рисковая, предупредительная и сберегательная.

Рисковая функция – главная, так как только при ее действии происходит перераспределение денежной формы стоимости среди участников страхования. Данная функция находит свое выражение в возмещении ущерба по риску при наступлении страхового события.

Предупредительная функция выражается в финансировании необходимых мер по уменьшению риска за счет средств страхового фонда.

Сберегательная функция проявляется только в личном страховании при заключении долгосрочных договоров страхования жизни. Страховые взносы, уплачиваемые страхователем, накапливаются в страховой компании до определенного срока, а затем выплачиваются ему в виде страховой суммы.

Виды страхования

Видом страхования называется часть отрасли страхования, объединяющая однородные объекты. В соответствии с российским страховым законодательством выделяют три отрасли страхования – личное, имущественное и страхование ответственности.

В **личном страховании** объектом страхования являются жизнь, здоровье и трудоспособность граждан. В рамках личного страхования различают три вида:

- страхование жизни,
- страхование от несчастных случаев и болезней
- медицинское страхование.

К **имущественному страхованию** относят следующие виды:

- страхование средств наземного, воздушного и водного транспорта,
- страхование грузов,

- страхование других видов имущества
- страхование финансовых рисков.

Объектом страхования выступают имущественные интересы страхователя или выгодоприобретателя (лица, в пользу которого заключен договор страхования), связанные с владением, использованием и распоряжением имуществом.

Страхование ответственности разделяется на следующие виды:

- страхование гражданской ответственности перевозчика,
- страхование гражданской ответственности владельцев автотранспорта,
- страхование гражданской ответственности предприятий – источников повышенной опасности,
- страхование профессиональной ответственности,
- страхование ответственности за неисполнение обязательств, страхование иных видов гражданской ответственности
- перестрахование.

Объектом страхования выступает имущественный интерес страхователя, связанный с обязанностью возмещения ущерба, нанесенного им третьему лицу. Данная обязанность гражданина является правовой и регламентируется Гражданским кодексом РФ.

Практикой страхования принято все виды страхования делить на две группы – страхование жизни и иные, чем страхование жизни, виды страхования. Все нормативные документы соответственно выпускаются отдельно для каждой группы.

Медицинское страхование – форма защиты населения, которая заключается в гарантии оплаты помощи врачей за счёт накопленных средств. Она гарантирует гражданину предоставление некоторого объёма услуг бесплатно в случае нарушения здоровья.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) в РФ реализуется в соответствии с госпрограммой. Оно является всеобщим для граждан страны.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) в России позволяет получать дополнительные услуги, не предусмотренные ОМС. Это может быть определенное число посещений специалистов, стационарное лечение и др. Участвуя в добровольной программе, человек самостоятельно выбирает виды и объем услуг, учреждения, в которых он хочет обслуживаться. При заключении договора клиент уплачивает взнос, который позволяет ему в течение определенного срока получать обслуживание по выбранной программе без доплаты.

Термины медицинского страхования

Страхователь – лицо, которое платит взносы. Это может быть человек или организация.

Страховщик – юридическое лицо, которое осуществляет медицинское страхование.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) - заведения, в которых предоставляется спектр медицинских услуг людям с различными заболеваниями. К ним относятся: терапевтические, хирургические, психиатрические, неврологические, педиатрические медучреждения, родильные дома и реабилитационные центры.

Полис – документ, подтверждающий участие человека в программе.

Страховая медицинская организация (СМО) – юридическое лицо с уставным капиталом, которое занимается исключительно добровольным или обязательным медицинским страхованием. Деятельность осуществляется в двух направлениях: накопление средств для оказания помощи населению; экспертиза после получения услуг.

Лекция 2. История развития медицинского страхования в РФ и за рубежом

2.1. История развития медицинского страхования в России

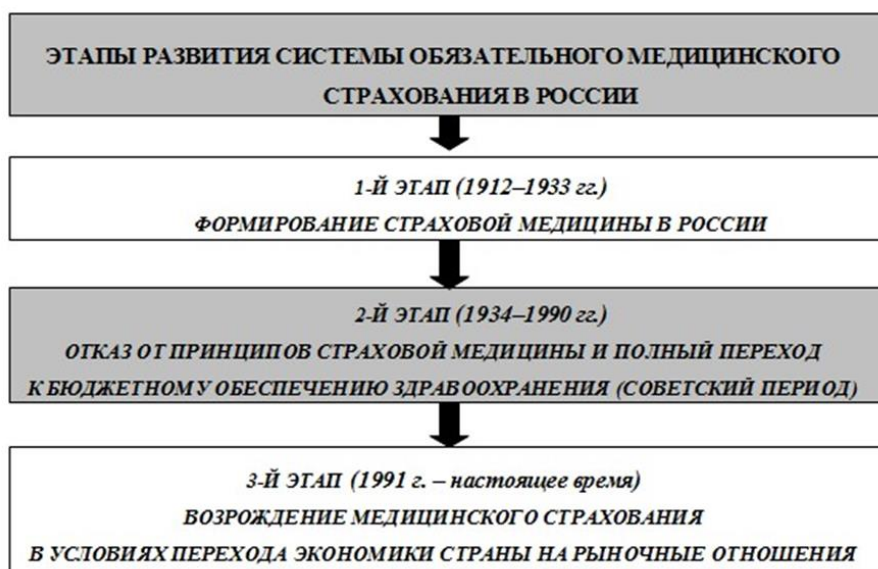
2.2. История развития медицинского страхования за рубежом

2.1. История развития медицинского страхования в России

В России становление системы помощи населению при болезни связывается, в первую очередь, с развитием в конце XIX в. земской медицины, дотируемой за счет казны, ассигнований губернских и уездных властей. Медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения в силу ее аграрности и очень малого периода пореформенного капиталистического развития.

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось в XVIII – начале XIX вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. Сами рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи – предшественников больничных касс. Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге.

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



1 этап. С марта 1861 г. по июнь 1903 г. В 1861 г. был принят первый законодательный акт, введивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом 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% заработной платы). В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.

Открывшиеся в 70-80-е годы XIX в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи. В целом медицинская помощь фабрично-заводским рабочим была крайне неудовлетворительной.

Фабричные страховые кассы начали создаваться в начале XX в. преимущественно на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга. Принципы их организации и функционирования были аналогичны западноевропейским.

2 этап. С июня 1903 г. по июнь 1912 г. Переломный этап в развитии медицинского страхования. В 1903 г. был принят 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 несет ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны

выплачивать вознаграждения потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

3 этап. С июня 1912 по июль 1917 г. В 1912 г. III Государственной Думой было сделано немало для социального обновления страны, в том числе 23.06.1912 г. был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев – закон о введении обязательного медицинского страхования для работающих граждан.

В декабре 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования. 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. По закону 1912г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

1. Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях.
2. Амбулаторное лечение.
3. Родовспоможение.
4. Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

К 1916 г. в России уже существовало 2403 больничные кассы, насчитывающие 1961 тысяч членов. Такие кассы просуществовали до революции, а после принятия запрета о введении государственной монополии в страховании они потеряли не только свою актуальность, но и легитимность.

4 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 (Новелла от 25.07.1917 г.), включающие следующие основные концептуальные положения:

- расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одновременно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных);
- предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы);
- повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек;
- полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьёзно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

5 этап. С октября 1917 по ноябрь 1921 г. Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 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).

Проводимые Советским правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации.

Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10.1918г., 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. Содержание Декрета от 31.10.1918 г. полностью этому соответствовало.

19 февраля 1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упраздняялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизились уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

6 этап. С ноября 1921 г. по 1929 г. С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (НЭП), и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период с 1921 по 1929 г.

15.11.1921 г. 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. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых

определялись Советом Народных Комиссаров и дифференцировались в зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда.

Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками стали комиссии по охране труда и социального обеспечения. По Постановлению Совета Народных Комиссаров № 19 ст.124 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.

7 этап. С 1929 г. по июнь 1991 г. 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.

В советское время надобность в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий.

8 этап. С июня 1991 года по настоящее время. И лишь с принятием Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» 28 июня 1991 г. можно начать говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране. Этот закон вводил медицинское страхование в России в двух формах: обязательной и добровольной. Причем все положения этого закона, которые касались обязательного медицинского страхования, вводились в действие, начиная только с 1993 г. До этого времени необходимо было подготовить организационно-нормативную базу для управления и финансирования новой государственной страховой системы.

Создание системы ОМС в современной России совпало с началом глобального реформирования политических и экономических институтов государства, формирования рыночной экономики. Концептуальные основы ОМС в Российской Федерации и его организационная модель были сформулированы в принятом в 1991 году Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Вместе с тем, оставались нерешенными такие основные вопросы, как организация финансовых потоков средств ОМС, управление реализацией закона и государственный контроль в системе. Необходимо было создание страховой инфраструктуры с обязательным формированием в ней активных элементов, которые бы организовывали взаимодействие субъектов системы и создавали условия для ее развития. Такими активными элементами стали

государственные внебюджетные фонды ОМС, для регламентации деятельности которых в 1993 году был принят Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»».

После принятия перечисленных правовых актов Закон о медицинском страховании стал действующим и именно 1993 год считается годом начала развития системы ОМС в России.

В настоящее время почти все экономически развитые страны в той или иной степени используют различные виды медицинского страхования.

Так как более 60 лет в России практически не было медицинского страхования, но эта система накопила значительный опыт в других странах, необходимо изучить этот опыт не с целью его копирования, а с целью использования положительных моментов при создании национальной системы медицинского страхования. Кроме того, изучение опыта других стран может помочь избежать некоторых ошибок, которые непросто было бы преодолеть в нашей экономически сложной ситуации.

2.2. История развития медицинского страхования за рубежом

Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни имеет достаточно давнюю традицию. Еще в Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получении травмы, утраты трудоспособности вследствие длительного заболевания или увечья.

В средние века защитой населения в случае наступления или наступления инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь. В первом случае помощь оказывалась за счет цеховых касс, созданных из членских взносов. Во втором случае материальная и лечебная помощь предоставлялась нуждающимся безвозмездно за счет пожертвований.

Однако форму медицинского или, как тогда было принято называть, больничного страхования социальная помощь при болезни получила только во второй половине XIXв. Именно в это время начало активно проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важных результатов которого стало создание во многих европейских странах страховых больничных касс. Эти кассы образовывались за счет взносов работодателей и работников и управлялись соответственно представителями администрации предприятия и профсоюзного комитета.

Кассы предоставляли своим членам денежную помощь в виде пособия, частично возмещающего трудовой доход, потерянный во время болезни, единовременной выплаты и пенсии семье в случае смерти работника, компенсации роженицам. Кроме того, предусматривалось оказание

медицинской и лекарственной помощи. Пионерами в больничном страховании выступали Англия и Германия.

История развития обязательного медицинского страхования наиболее показательна в Германии, где на его основе сформировалась «страховая медицина», особая система организации здравоохранения, основанная на трех источниках финансирования: государственном бюджете, обязательных взносах работников наемного труда и работодателей. Практически все страны современного мира, экономическая система которых характеризуется как социально-ориентированная рыночная экономика, в той или иной мере используют обязательное медицинское страхование для решения проблем здравоохранения.

В XVII веке ремесленники организовали в Германии первые страховые (больничные) кассы. Медицинское страхование возникло как добровольное общественное страхование, а первые страховые кассы ремесленников были общественными организациями.

В 1833 г. в Германии был издан первый государственный Закон об обязательном больничном страховании рабочих. С развитием капитализма кассы ремесленников сменились кассами наемных рабочих, средства которых формировались из взносов застрахованных рабочих и предпринимателей – работодателей. Управление больничными кассами осуществлялось на общественной основе собраниями членов больничных касс и правлениями, в которые входили представители рабочих и работодателей. Эта, возникшая на основе общественного движения, модель страхования была использована в дальнейшем при создании системы государственного социального страхования в Германии, а затем и в других странах.

К началу XX века в большинстве стран Европы были приняты страховые законы.

Лекция 3. Правовая основа организации ОМС и ДМС в России

3.1. Система медицинского страхования в России

3.2. Обязательное медицинское страхование

3.3. Добровольное медицинское страхование

3.4. Отличительные особенности ОМС и ДМС

3.5. Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж

3.1. Система медицинского страхования в России

В России создана система медицинского страхования, содержащая систему мер, предназначенных для социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование осуществляется в двух *видах*

- обязательном (ОМС);
- добровольном (ДМС) – в соответствии с программами медицинского страхования.

Правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования содержатся в Законе РФ 326 от 29.11.2010г «О медицинском страховании граждан в РФ». Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях. Закон обеспечивает конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь.

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

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования. Оно обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется на основании свободного волеизъявления страхователя и страховщика и является дополнительным медицинским страхованием.

Система медицинского страхования предусматривает:

- 1) медицинское страхование граждан РФ;
- 2) медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляемое на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан;
- 3) медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в РФ;
- 4) медицинское страхование иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ и имеющих такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ, если международными договорами не предусмотрено иное.

Определены права граждан РФ в системе медицинского страхования. На территории РФ лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

Граждане имеют право на:

- 1) обязательное и добровольное медицинское страхование;
- 2) выбор медицинской страховой организации;

- 3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 4) получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- 5) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- 6) предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
- 7) возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

3.2. Обязательное медицинское страхование

Обязательному медицинскому страхованию в настоящее время подлежат все граждане России (работающие и неработающие) с самого рождения.

На работающего гражданина с момента заключения трудового договора распространяются нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и принятыми в соответствии с ним нормативными актами. Иными словами, работодатель обязан обеспечить работника полисом обязательного медицинского страхования.

Неработающие граждане самостоятельно получают полис ОМС в страховой медицинской организации. Для новорожденных детей полис ОМС получают родители, самостоятельно обращаясь в страховую медицинскую организацию.

Гражданин, обладая полисом обязательного страхования, при обращении за медицинской помощью в лечебное учреждение получает бесплатно медицинские услуги. Однако бесплатно он имеет право получить лишь определенный законом перечень медицинских услуг. За малолетних детей, имеющих именной полис ОМС, данный документ при обращении в медицинское учреждение представляют родители. Медицинские услуги бесплатны для граждан потому, что они оплачиваются из фондов обязательного медицинского страхования.

Программа обязательного медицинского страхования

Государство разработало базовую программу обязательного медицинского страхования, на основе которой утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования. Объем медицинской помощи, предоставляемый застрахованным лицам в

соответствии с договором обязательного медицинского страхования, определяется утвержденной территориальной программой обязательного медицинского страхования населения.

Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе (ст. 22 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). Территориальная программа обязательного медицинского страхования должна содержать гарантированные государством перечень, объем и условия оказания медицинских услуг населению определенной территории, оплата которых производится за счет средств обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы действуют на определенных территориях по всей стране. Например, на территории Ставропольского края создан территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края, из которого финансируется территориальная программа обязательного медицинского страхования жителей Ставропольского края.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования утверждается органами территориального управления во исполнение ФЗ № 326 РФ от 26.11.2010г «О медицинском страховании граждан в РФ».

Данная территориальная программа содержит перечень видов медицинских учреждений и мероприятий, условия и объем оказания медицинской помощи, виды медицинской помощи, объем и условия оказания медицинских услуг, финансируемых из территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края.

Фонды обязательного медицинского страхования

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности РФ. Они не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. За счет страховых взносов, вносимых всеми

категориями страхователей, формируются страховые резервы данных фондов.

Нормативную базу для уплаты страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования составляют ежегодно принимаемые законы о тарифах страховых взносов, в соответствии с которыми страхователи должны уплачивать страховые взносы.

Довольно продолжительное время страхователи уплачивали данные взносы как самостоятельные взносы, но с 1 января 2002 г. указанные страховые взносы на обязательное медицинское страхование отменены как самостоятельные вследствие того, что гл. 24 Налогового кодекса Российской Федерации (НК РФ) введен в действие единый социальный налог.

Страховые взносы, предназначенные для формирования резервов фондов обязательного медицинского страхования, заложены в состав единого социального налога (ст. 234 НК РФ).

Субъекты обязательного медицинского страхования, их правовой статус

Обязательное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. В качестве субъектов обязательного медицинского страхования выступают:

- гражданин,
- страхователь,
- страховая медицинская организация,
- медицинское учреждение.

Субъекты медицинского страхования должны выполнять обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством РФ. Страховая медицинская организация и медицинское учреждение выполняют разные функции.



Страхователями по ОМС, уплачивающими страховые взносы, являются следующие лица:

1) для неработающего населения (пенсионеров, детей, учащихся и студентов дневных форм обучения) – органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления;

2) для работающего населения:

а) организации и индивидуальные предприниматели, являющиеся работодателями;

б) частные нотариусы, адвокаты;

в) физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Все указанные категории страхователей обязаны:

1) заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;

2) вносить страховые взносы в порядке, установленном Законом и договором медицинского страхования;

3) в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

4) представлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию;

5) зарегистрироваться в качестве страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования в порядке, установленном ст. 9.1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ».

Страхователи обязаны зарегистрироваться в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и заключить договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией. Страхователи обязаны выдать страховой медицинский полис на руки каждому гражданину, в отношении которого заключен договор медицинского страхования.

Порядок регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и форма свидетельства о регистрации страхователя установлены Правительством РФ (ст. 9.1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»).

Страхователи-организации и индивидуальные предприниматели должны зарегистрироваться в территориальном фонде ОМС в пятидневный срок с момента их государственной регистрации, *страхователи – частные нотариусы* – не позднее 30 дней со дня получения лицензии на право нотариальной деятельности.

Страхователи-адвокаты обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката.

Страхователи – физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые начисляются налоги, обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня заключения соответствующих договоров.

Страхователи-организации, имеющие обособленные подразделения, должны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня создания обособленного подразделения.

Страхователи – органы государственной власти и органы местного самоуправления обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения.

Страховыми медицинскими организациями могут являться только юридические лица – хозяйствующие субъекты любых форм собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным капиталом и получившие лицензии в установленном порядке в Росстрахнадзоре, находящемся в ведении Министерства финансов РФ.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, должны обладать уставным капиталом в размере не менее чем 1200-кратный размер минимальной месячной оплаты труда на день регистрации юридического лица. Лицензия действительна для проведения обязательного медицинского страхования на территории, указанной в ней.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не должны входить в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Страховая медицинская организация, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование. Страховая медицинская организация не вправе отказать страхователю, если он обратился с заявлением о заключении договора обязательного медицинского страхования.

Основной задачей страховой медицинской организации, которая занимается осуществлением обязательного медицинского страхования, является:

1) оплата медицинской помощи, предоставляемой населению в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и договорами обязательного медицинского страхования;

2) контроль за объемом и качеством медицинских услуг («Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование»).

Страховая медицинская организация *имеет право*:

1) свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;

- 2) участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- 3) устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- 4) принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- 5) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

- 1) осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- 2) заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- 3) добросовестно выполнять все условия заключенных договоров;
- 4) создавать в установленном порядке страховые резервы;
- 5) защищать интересы застрахованных.

Лицензирование страховых медицинских организаций

В целях упорядочения деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, Правительство РФ утвердило постановление от 29 марта 1994 г. № 251 «Об утверждении Правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование». Данным постановлением утверждены Правила лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование.

В соответствии с Правилами лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, производится Федеральной службой страхового надзора.

Лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих добровольное медицинское страхование, производится также Федеральной службой страхового надзора, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ».

Под деятельностью страховой медицинской организации, порядок лицензирования которой определяют Правила, понимается проведение обязательного медицинского страхования на некоммерческой основе в соответствии:

- 1) с территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) с договорами обязательного медицинского страхования;

3) с договорами с медицинскими учреждениями об оказании медицинской помощи застрахованным лицам;

4) с обеспечением застрахованных лиц страховыми медицинскими полисами;

5) с осуществлением контроля за объемом, качеством и сроком оказания медицинских услуг и защитой интересов застрахованных лиц.

Правила являются обязательными для всех страховых медицинских организаций независимо от форм собственности, осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории РФ.

Лицензия страховой медицинской организации выдается по установленной форме на срок от 1 года и более по основаниям, определяемым Федеральной службой страхового надзора, и содержит следующие реквизиты:

1) полное наименование страховой медицинской организации;

2) юридический адрес страховой медицинской организации;

3) наименование территории, на которой действует лицензия;

4) номер и дату решения Федеральной службы страхового надзора о выдаче лицензии;

5) подпись руководителя (его заместителя) Федеральной службы страхового надзора и гербовую печать;

6) регистрационный номер по Государственному реестру страховых медицинских организаций.

Номер лицензии должен быть указан в договорах обязательного медицинского страхования, которые страховая медицинская организация заключает со страхователем. За выдачу каждой лицензии Федеральная служба страхового надзора взимает со страховых медицинских организаций плату в размере пятикратного размера минимальной месячной оплаты труда, в случае необходимости выдачи дубликата лицензии плата взимается в аналогичном размере. Полученные средства направляются Федеральной службой страхового надзора в федеральный бюджет.

Об изменениях, внесенных в учредительные документы, страховая медицинская организация обязана сообщить в Федеральную службу страхового надзора в месячный срок с момента регистрации этих изменений в установленном порядке и представить копии документов, подтверждающих регистрацию внесенных изменений.

Федеральная служба страхового надзора осуществляет контроль за деятельностью страховой медицинской организации следующим образом. При выявлении нарушений требований законодательства РФ и Правил лицензирования Федеральной службой страхового надзора может быть приостановлено или прекращено действие лицензии. Основанием для этого являются:

1) систематическое невыполнение страховой медицинской организацией обязательств по договорам обязательного медицинского страхования;

2) отказ страховой медицинской организации представить затребованные Федеральной службой страхового надзора документы, связанные с проведением обязательного медицинского страхования;

3) установление факта представления страховой медицинской организацией недостоверной информации в документах, явившихся основанием для выдачи лицензии;

4) систематическое несвоевременное сообщение страховой медицинской организацией о внесении изменений и дополнений в учредительные документы;

5) представление территориального фонда обязательного медицинского страхования, установившего нарушения законодательства РФ в деятельности страховой медицинской организации.

Страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием за необоснованный отказ страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования.

Страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования.

При выявлении нарушений в деятельности страховой медицинской организации Федеральная служба страхового надзора дает предписание по их устранению, а в случае невыполнения предписаний приостанавливает или прекращает действие лицензии (со дня принятия такого решения).

Федеральная служба страхового надзора сообщает в письменном виде страховой медицинской организации о принятом решении. Федеральная служба страхового надзора имеет право отозвать лицензию в случае неустранения в установленные сроки нарушений, явившихся основанием для прекращения действия лицензии.

Решение о приостановлении, отмене приостановления или прекращении действия лицензии Федеральная служба страхового надзора сообщает Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, территориальному фонду обязательного медицинского страхования и публикует информацию об указанных решениях в печати.

Решение об отмене приостановления действия лицензии принимается Федеральной службой страхового надзора при представлении страховой

медицинской организацией отчета об устранении нарушений, ставших причиной приостановления действия лицензии, а в необходимых случаях – по результатам проверки деятельности страховой медицинской организации.

В случае прекращения действия лицензии ее повторная выдача допускается не ранее чем через 6 месяцев после прекращения действия предыдущей лицензии и осуществляется в порядке, установленном Правилами лицензирования.

Действия Федеральной службы страхового надзора могут быть обжалованы страховой медицинской организацией в порядке, установленном законодательством РФ.

При ликвидации или реорганизации страховой медицинской организации лицензия возвращается в Федеральную службу страхового надзора, а запись в реестре аннулируется.

Федеральная служба страхового надзора ежемесячно публикует данные о страховых медицинских организациях, которым выданы (приостановлены или прекращены действия) лицензии с указанием:

- 1) наименования, местонахождения страховой медицинской организации;
- 2) территорий, на которых действует лицензия;
- 3) номера и даты решения Федеральной службы страхового надзора о выдаче (приостановлении, прекращении действия) лицензии.

Медицинские учреждения – это самостоятельно хозяйствующие субъекты с любой формой собственности, оказывающие медицинскую помощь гражданам в системе медицинского страхования (ст. 20 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»).

Медицинские учреждения строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями, которые оплачивают медицинские услуги в помощь гражданам. **Договор**, заключаемый медицинским учреждением со страховой медицинской организацией, – это договор, предусматривающий предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) и являющийся соглашением, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. Взаимоотношения сторон определяются условиями договора.

Договор должен содержать:

- 1) наименование сторон;
- 2) численность застрахованных;
- 3) виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг);
- 4) стоимость работ и порядок расчетов;
- 5) порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств;

б) ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

Медицинские учреждения подлежат лицензированию. **Лицензирование** – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений).

По лицензиям медицинские учреждения вправе реализовывать как программы добровольного, так и программы обязательного медицинского страхования. Программы добровольного медицинского страхования должны быть реализованы без ущерба для программ обязательного медицинского страхования. Кроме того, лицензированные медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

Медицинские учреждения подлежат также аккредитации. **Аккредитация медицинских учреждений** – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций. Аккредитованному медицинскому учреждению выдается сертификат.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством РФ и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

Договор обязательного медицинского страхования

Договор обязательного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской

организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- 1) наименование сторон;
- 2) сроки действия договора;
- 3) численность застрахованных;
- 4) размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- 5) перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;
- 6) права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

Форма типового договора обязательного медицинского страхования, порядок и условия их заключения установлены законодательством:

1) «Типовой договор обязательного медицинского страхования работающих граждан» (Приложение № 1 к постановлению «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»);

2) «Типовой договор обязательного медицинского страхования неработающих граждан» (Приложение № 2 к постановлению «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»).

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты страхователем первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

3.3. Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования, которые не регламентирует государство, но их самостоятельно разрабатывают страховщики, имеющие лицензию на медицинское страхование, в рамках своей собственной деятельности.

Субъекты добровольного медицинского страхования, их правовой статус

Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, предоставляемых

сверх норм, установленных программами обязательного медицинского страхования.

В добровольном медицинском страховании субъектами страхования являются гражданин, страхователь, страховщик, медицинское учреждение.

Страховщиками, осуществляющими добровольное медицинское страхование, могут являться:

1) страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование (страховая медицинская организация согласно закону, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование);

2) другие страховые организации, имеющие лицензии на осуществление добровольных видов медицинского страхования.

Страховая организация для осуществления добровольного медицинского страхования сначала заключает договор с медицинским учреждением, которое будет предоставлять услуги гражданам. При заключении такого договора по соглашению сторон устанавливаются тарифы на медицинские и иные услуги. Затем страховая организация привлекает клиентов, которые на добровольной основе пожелают заключить договоры медицинского страхования.

Клиентами-страхователями при добровольном медицинском страховании могут быть граждане, обладающие гражданской дееспособностью, и (или) предприятия, представляющие интересы граждан. При этом оплата взносов на добровольное медицинское страхование осуществляется за счет личных средств граждан или прибыли (доходов) предприятий. Размеры страховых взносов для граждан или предприятий, представляющих интересы граждан и организаций, которые желают заключить договор добровольного медицинского страхования, устанавливаются по соглашению сторон (страхователя и страховщика).

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Это означает, что юридическое лицо, выступающее страхователем, может застраховать как одного работника, так и целый коллектив, и тогда в договоре будет фигурировать большой (или небольшой) список лиц. Или, например, глава семьи может заключить договор добровольного медицинского страхования на самого себя, но вправе заключить и такой договор, в котором списком будет представлена вся семья.

3.4. Отличительные особенности ОМС и ДМС

ДМС преследует ту же социальную цель, что и ОМС, предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако эта общая цель достигается этими системами разными средствами.

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

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

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

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

Есть и другие, не менее существенные отличия указанных видов страхования: ОМС, в отличие от ДМС, охватывает все страховые риски независимо от их вида; оно является всеобщим, а ДМС может быть коллективным и индивидуальным.

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

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

В отличие от ДМС, при ОМС срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов; страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

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

Базовая программа ОМС определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, содержащая перечень медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на данной территории.

При ДМС перечень услуг и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.

Тарифы на медицинские услуги при ОМС определяются на территориальном уровне соглашением между СМО, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между СМО и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

Система контроля качества при ОМС определяется соглашением сторон при ведущей роли государственных органов управления, а при ДМС устанавливается договором.

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

Ниже перечислены основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования (табл.1).

Таблица 1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования.

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1	Некоммерческое	Коммерческое
2	Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
3	Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
4	Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
5	Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
6	Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
7	Страхователи — работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи — юридические и физические лица
8	Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
9	Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
10	Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
11	Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
12	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
13	При наступлении страхового случая — субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая — возмещение суммы страхового взноса

Таблица 2. Основные различия полиса ОМС от полиса ДМС

	Обязательное	Добровольное
	Составная часть государственного социального страхования	Договор заключается по усмотрению гражданина либо его работодателя
	Обеспечение минимального гарантированного объема медицинской и лекарственной помощи бесплатно в рамках базовой программы	Предоставление возможности получения дополнительных медицинских услуг помимо государственных гарантий
	Оказание бесплатной помощи, за счет средств налогоплательщиков	Оплата медицинских услуг совершается согласно условиям договора
	Территориальная программа государственных гарантий определяет перечень медицинских учреждений, действующих в системе ОМС	Страховая компания разрабатывает программы ДМС для реализации, которых привлекает медицинские учреждения
	Источник финансирования создается за счет страховых взносов, оплачиваемых работодателями, бюджетом государства	Источником финансирования могут быть собственные доходы граждан, работодателя
	Тарифы устанавливаются по единой сетке, утвержденной государством	Тарифы устанавливаются согласно условиям договора
	Государственные органы определяют систему контроля качества оказываемых медицинских услуг	Методы осуществления контроля качества оговариваются сторонами в ходе заключения договора

3.5. Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж

При выезде из Российской Федерации оказание медицинской помощи гражданам РФ осуществляется только за счет страхования (Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию».) Статья 14 указанного Закона гласит, что оплата медицинской помощи гражданину РФ при выезде из РФ (за исключением гражданина РФ, направляемого в служебную командировку) осуществляется:

1) согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования или заменяющим его документом, действительными для получения медицинской помощи за пределами территории РФ;

2) при наличии гарантии физического или юридического лица, приглашающего гражданина РФ, возместить расходы на оказание медицинской помощи (лечение в медицинском учреждении) гражданину РФ.

В случае, если отсутствуют полис медицинского страхования либо гарантии лица, приглашающего гражданина РФ, расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории РФ несет сам гражданин.

Помощь по страховым случаям для граждан РФ, пребывающих на территории иностранного государства, оказывается дипломатическим представительством или консульским учреждением РФ в порядке, который устанавливает Правительство РФ (если иное не предусмотрено международным договором РФ с соответствующим иностранным государством).

Правительство РФ утвердило своим постановлением от 1 октября 1998г № 1142 «О реализации отдельных норм Федерального закона «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам Российской Федерации, находящимся на территории иностранного государства.

Страховые случаи согласно Положению определяются содержанием страхового договора, заключенного гражданином РФ со страховой организацией. Из Положения следует, что на медицинское страхование граждан, выезжающих за рубеж, распространяются все те же правила, что и на добровольное медицинское страхование. Медицинское страхование является разновидностью личного страхования, страхователями при этом могут выступать как физические, так и юридические лица (например, турфирмы), а застрахованными – только граждане.

Лицо, выезжающее за рубеж, если оно не желает нести расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории РФ, определяет самостоятельно, к какому страховщику обратиться за страховкой, и конечно же это должен быть страховщик, имеющий лицензию на осуществление ДМС. Обычно турфирмы сотрудничают со страховщиками и могут подсказать клиенту адреса страховых фирм. Если турфирма направляет своего клиента к конкретному страховщику, это не означает, что страхователь обязан обращаться именно в данную страховую компанию. Страхователь имеет право на свободный выбор страховщика.

В настоящее время отечественные страховые компании, продающие полисы ДМС, сотрудничают с международными системами assistance, заключая напрямую или через посредника договор с фирмой, специализирующейся на организации предоставления медицинской помощи и прочих услуг в той или иной стране. Лицу, выезжающему за рубеж и осуществляющему выбор страховщика, прежде чем заключить

договор страхования с отечественным страховщиком, необходимо задавать следующие вопросы страховщику о том:

- 1) имеет ли данная страховая организация договор (соглашение) о совместной работе с иностранными компаниями-assistance;
- 2) какие услуги оказываются иностранным партнером российским гражданам и на каких условиях;
- 3) на какой территории действуют страховые полисы данной страховой компании и какой они категории.

При обращении к страховщику на предмет заключения договора медицинского страхования страхователь пишет заявление. Страховая сумма выбирается в соответствии со страной назначения и классифицируется в зависимости от необходимости минимального покрытия. Страховщик прилагает к договору памятку, в которой написана инструкция что и как надо делать при наступлении страхового случая, когда и куда заявить о нем, какие документы представить и т. д.

В инструкции также указаны случаи, при возникновении которых страховая защита не предоставляется (например, употребление алкоголя или наркотиков, участие в драках, митингах, шествиях, производство самострелов, самоубийство). Для того чтобы не возникли проблемы с медицинской страховкой в чужой стране, ее обладатель должен четко следовать инструкции.

По страховке для лиц, выезжающих за рубеж, оказываются следующие виды услуг:

- 1) экстренная медицинская помощь во время зарубежной поездки при внезапном заболевании или несчастном случае;
- 2) транспортировка в ближайшую больницу, способную провести качественное лечение под соответствующим медицинским контролем;
- 3) эвакуация в страну постоянного проживания под надлежащим медицинским контролем;
- 4) внутрибольничный контроль и информирование семьи и больного;
- 5) предоставление медицинских препаратов, если их нельзя достать на месте;
- 6) консультационные услуги врача-специалиста (при необходимости);
- 7) оплата транспортных расходов по доставке заболевшего туриста или его тела в страну постоянного проживания;
- 8) репатриация останков туриста;
- 9) оказание юридической помощи туристу при расследовании гражданских и уголовных дел за рубежом.

Страховые события должны быть обозначены в договоре, а также в правилах и условиях страхования. Выплата страхового обеспечения производится, если страховой случай соответствует обозначенному в договоре. При страховании лиц, выезжающих за рубеж, к страховым

случаям относятся смерть (гибель), кратковременные, неожиданные, непреднамеренные заболевания и несчастные случаи (отравления, травмирование и т. д.), произошедшие только в местах, предусмотренных турпутевкой, а не в случайных барах, кафе, во время прогулочных катаний на водных лыжах, дельтапланах, лошадях и т. п.

Страховыми случаями при страховании лиц, выезжающих за рубеж, не считаются болезни хронического, инфекционного и рецидивного заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические, туберкулезные, зубопротезные и другие болезни).

Лекция 4. Организация ОМС

4.1. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования

4.2. Организация системы обязательного медицинского страхования

4.3. Защита прав застрахованных в системе ОМС

4.4. Научно-исследовательские работы в сфере ОМС

4.5. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

4.6. Пути развития и проблемы системы ОМС в России

4.1. Основные нормативно-правовые документы организации системы ОМС

Организация деятельности системы ОМС Российской Федерации базируется на нормативной правовой базе, представленной федеральным законодательством, постановлениями Правительства Российской Федерации, приказами ФОМС, методическими указаниями и рекомендациями, подготовленными ФОМС и Минздравсоцразвития России.

Федеральные законы:

1. [Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

2. [Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#)

3. [Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»](#).

Постановления Правительства РФ:

1. [Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»](#)

Приказы Министерства здравоохранения РФ:

1. [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»](#)

2. [Приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».](#)

3. [Приказ Минздрава России от 24.12.201 №1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».](#)

Приказы ФОМС

1. [Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет».](#)

2. [Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».](#)

4.2. Организация системы обязательного медицинского страхования

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является [Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#) (далее – Закон).

Закон устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определяет средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Система ОМС направлена на реализацию права застрахованных граждан на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

- на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
- на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы ОМС.

Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установления территориальных программ ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования, из них 2 созданы в Крымском федеральном округе.

В системе обязательного медицинского страхования объектом страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом **страховой риск** – это предполагаемое, возможное событие, а **страховой случай** – уже совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (заболевание, травма, беременность, роды).

Субъектами и участниками обязательного медицинского страхования являются:

- застрахованные лица,
- страхователи,
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС),
- территориальные фонды (ТФОМС),
- страховые медицинские организации,
- медицинские организации.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования.

Страхователи при обязательном медицинском страховании

- для *неработающего населения* – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

- для *работающего населения* – предприятия, учреждения, организации, то есть работодатели. Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, а также лица свободных профессий (лица творческих профессий, не объединенных в творческие союзы) сами являются страхователями.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который самостоятельно заключил такой договор, получает ***страховой медицинский полис***, имеющий одинаковую силу на всей территории Российской Федерации.

Граждане Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования имеют право на:

- ✓ выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача;

- ✓ получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;

- ✓ получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

- ✓ предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе обязательного медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

Функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют *страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС)*.

Страховые медицинские организации

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, являются негосударственными организациями, имеющими соответствующую лицензию и уставной капитал, определенный законодательством Российской Федерации.

Основная задача страховой медицинской организации – осуществление обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с ***территориальной программой обязательного медицинского страхования***.

Страховые медицинские организации осуществляют контроль объема, сроков и качества медицинских услуг, а также обеспечивают защиту прав застрахованных, вплоть до предъявления в судебном порядке исков

медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховые медицинские организации принимают участие в определении тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, а также консультируют и информируют застрахованных граждан о нормативных правовых актах по вопросам обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд и территориальные фонды ОМС

Федеральный и территориальные фонды ОМС являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями, реализующими государственную политику в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования.

Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и Правительством РФ.

Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ.

Федеральный фонд ОМС осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд ОМС является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка РФ и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца. Средства фондов ОМС отделены от средств государственного бюджета.

Направление деятельности

Стратегическим направлением деятельности ФОМС является обеспечение исполнения на территории Российской Федерации Закона РФ №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также развитие и совершенствование нормативно-методической базы ОМС.

ФОМС осуществляет:

- аккумуляцию финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС,
- выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС в рамках базовой программы ОМС путем направления ТФОМС финансовых

средств на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС,

- национальный проект «Здоровье»,
- пилотный проект в субъектах РФ, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Расходование средств ФОМС осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом.

Медицинские учреждения в системе ОМС

Медицинскую помощь в системе ОМС могут оказывать медицинские учреждения с любой формой собственности, имеющие лицензию на предоставление медицинской помощи по работам и услугам, входящим в соответствующую территориальную программу ОМС.

Последние годы стало практикой допускать медицинские учреждения частных форм собственности к участию в реализации территориальных программ ОМС на конкурсной основе. Это способствует созданию конкурентной среды и служит фактором повышения качества и снижения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным.

Рассмотрение вопроса о включении конкретного медицинского учреждения в перечень учреждений, предоставляющих медицинскую помощь в соответствии с Территориальной программой ОМС, отнесено к компетенции тарифной комиссии.

Медицинские учреждения финансируются страховыми медицинскими организациями на основании предъявляемых счетов и на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи, заключенного со страховой медицинской организацией (СМО).

В соответствии с таким договором производится оплата страховой компанией предоставленных застрахованным ею гражданам медицинских услуг по тарифам в соответствии с объемом медицинской помощи, оказанной учреждением. Для амбулаторно-поликлинических учреждений единица помощи – *врачебное посещение*, для стационарных – *законченный случай госпитализации*.

Договор в обязательном порядке должен содержать информацию о видах лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), порядке расчетов, контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств, а также об ответственности сторон.

Медицинское учреждение в пределах своей плановой мощности и санитарно-гигиенических требований не вправе отказать СМО в заключении договора на предоставление медицинских услуг по ОМС в отношении застрахованных ею граждан.

Принципы медицинского страхования

Медицинское страхование, представляя собой составную часть государственного социального страхования, носит выраженный социальный характер. Его основные принципы:

- ***всеобщий и обязательный характер***: все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;

- ***государственный характер обязательного медицинского страхования***: реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности;

- ***общественная солидарность и социальная справедливость***:

- а) страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»);

- б) граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»).

Несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

- ***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.

Основная цель ОМС состоит в сборе страховых взносов и предоставлении за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. С другой стороны, ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование

здравоохранения и оплату медицинских услуг. Необходимо заметить, что в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. 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 ОМС, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации.

Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относятся:

- амбулаторно-поликлиническая,
- стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет 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.

На основе Базовой программы в субъектах РФ разрабатываются территориальные программы ОМС, объем предоставляемых медицинских услуг, которых не может быть меньше объема, установленного Базовой программой ОМС. Однако на практике стоимость территориальных программ приходится определять, исходя не из критериев, заложенных в Базовой программе, а из суммы финансовых средств, собранных территориальными фондами на реализацию ОМС на данной территории субъекта РФ.

4.3. Защита прав застрахованных в системе ОМС

Нормативные правовые акты, устанавливающие права граждан на получение медицинской помощи

Согласно **Конституции** Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан определено, что граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах

здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, на основе которой утверждаются территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа) определяет:

- виды медицинской помощи,
- нормативы объема медицинской помощи,
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи,
- подушевые нормативы финансирования,
- порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь.

В Программе предусматриваются:

- условия оказания медицинской помощи,
- критерии качества,
- критерии доступности медицинской помощи.

Защита прав граждан

По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования содержатся положения, предусматривающие обязанности страховой медицинской организации, в том числе осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе путем проведения:

- медико-экономического контроля,
- медико-экономической экспертизы,
- экспертизы качества медицинской помощи,
- предоставление отчета о результатах такого контроля.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования

Проведение медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи страховой медицинской организацией направлено на обеспечение прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи (медицинских услуг) надлежащего качества, в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По поступившим заявлениям (жалобам) застрахованных лиц, их законных представителей, или страхователей на качество медицинской помощи страховая медицинская организация осуществляет организацию и проведение экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации.

В случае установления нарушений прав граждан (условий договора) страховая медицинская организация может применять частичную или полную неоплату медицинских услуг, а также предъявлять судебные иски к медицинским организациям и требовать возмещения ущерба, причиненного застрахованным, представляет интересы застрахованных граждан в административных и судебных органах.

Обязанностью страховых медицинских организаций является также 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 в соответствии с Законом.

Обязанностью ТФОМС является осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации. Также одной из основных функций территориальных фондов ОМС является обеспечение и защита прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС на территории субъекта РФ.

Действия застрахованных лиц в случае отказа в оказании бесплатной медицинской помощи:

1. Застрахованные лица могут обратиться в страховую медицинскую организацию, телефон которой указан на страховом полисе ОМС.

2. Застрахованные лица могут обратиться (устно или письменно) в территориальный фонд ОМС субъекта Российской Федерации, на территории которого расположена данная медицинская организация (телефоны территориального фонда ОМС и его подразделений, занимающихся защитой прав застрахованных, указаны на стендах в медицинских организациях);

3. Застрахованные лица могут обратиться (устно или письменно) в территориальный орган Управление здравоохранения, на территории которого расположена данная медицинская организация (телефоны руководителя и его заместителей указаны на стендах в медицинских организациях);

4. Застрахованные лица также могут обратиться (устно или письменно) в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования по адресу: Новослободская ул., 37, Москва, ГСП-4, 127994, тел. 8(499) 973-49-30.

В настоящее время одним из приоритетных направлений государственной политики в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе развития профилактических направлений, формирования здорового образа жизни.

Основной задачей профилактики является формирование здорового образа жизни населения посредством информации о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, обеспечение для этого условий, а также привлечение работодателей к проблеме профилактики.

С 2013 года изменился источник финансирования профилактических мероприятий. В настоящее время данные мероприятия финансируются из средств обязательного медицинского страхования в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и расширился список профилактических направлений, увеличилось количество и охват застрахованных граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям.

Объемы и порядки проведения диспансеризации, медицинских осмотров утверждены приказами Министерства здравоохранения РФ.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в рамках реализации базовой программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение следующих профилактических мероприятий:

- диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- диспансеризация детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронажную семью;
- медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;
- диспансеризация определенных групп взрослого населения;
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения.

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан 1 раз в 3 года в определенные возрастные периоды.

Диспансеризация, медицинские осмотры детского населения представляют собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и проводится ежегодно в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций.

4.4. Научно-исследовательские работы в сфере ОМС

Научно-исследовательская деятельность ФОМС в 2015 году осуществлялась по следующим направлениям:

I. Научное обоснование и разработка перспективных направлений развития ОМС в Российской Федерации:

1. «Снижение страховых рисков в сфере обязательного медицинского страхования за счет совершенствования профилактических методов предупреждения заболеваний на примере модели дистанционного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией».

II. Разработка и совершенствование правовых, организационных, финансово-экономических механизмов управления обязательным медицинским страхованием:

1. «Разработка критериев оценки нарушений, выявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования»;

2. «Разработка конкурентной (рисковой) модели участия страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования»;

3. «Разработка методологии мониторинга тарифов на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования»;

4. «Определение методологии расчета региональных поправочных коэффициентов при оплате стационарной медицинской помощи по клиничко-

статистическим группам (КСГ) с учетом анализа затрат медицинских организаций»;

5. «Разработка методологии расчета дифференцированных тарифов на оплату медицинской помощи в разрезе уровней и подуровней медицинских организаций»;

6. «Разработка модели клинико-статистических групп (КСГ) для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

7. «Разработка методологии оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»;

8. «Разработка методологии учета и оплаты прерванных случаев лечения пациентов в условиях стационара на основе анализа статистической информации».

4.5. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

С 2014 года в целях повышения доступности медицинской помощи 459 наиболее растиражированных методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) включены в базовую программу ОМС и финансируются за счет субвенций ФОМС, передаваемых в бюджеты территориальных фондов ОМС. Среди указанных методов:

- стентирование коронарных сосудов,
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора,
- реконструктивно-пластические, микрохирургические, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства при злокачественных новообразованиях,
- эндопротезирование суставов конечностей,
- применение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов при лечении ревматоидных артритов,
- комплексное хирургическое лечение глаукомы и другие.

В 2015 году в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, представлено 800 медицинских организаций. В течение года проведено 357,8 тыс. госпитализаций на общую сумму 46,7 млрд. рублей.

С 2015 года оплата ВМП осуществляется в регионах по тарифам, единым для всех медицинских организаций, оказывающих ВМП на территории субъектов Российской Федерации, вне зависимости от их организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности.

В 2016 году в базовую программу обязательного медицинского страхования включено 513 методов ВМП, дополнительно включены сложнейшие операции и методы лечения поджелудочной железы, печени, желудочно-кишечного тракта, хирургическое лечение заболеваний

надпочечников, медицинская помощь по офтальмологии, урологии, лечение эндокринологических заболеваний. Кроме того, дополнительно введен новый хирургический профиль: детская хирургия в период новорожденности.

Перечень видов ВМП, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в 2016 году установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года № 1382.

Указанные меры направлены на повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование ее финансового обеспечения, а также на реализацию Послания Президента РФ Федеральному Собранию Российской Федерации в части увеличения объема высокотехнологичной медицинской помощи к 2017 году по сравнению с 2013 годом в полтора раза.

4.6. Пути развития и проблемы системы ОМС в России

В целом, несмотря на ошибки и трудности начального периода, введение обязательного медицинского страхования в России обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х годов прошлого столетия.

Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, позволила внедрить вневедомственный контроль качества медицинской помощи, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальной потребностью населения в основных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Созданные механизмы финансирования обеспечили большую «прозрачность» прохождения финансовых потоков в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение обязательного медицинского страхования способствовало созданию организационно-правовых механизмов защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг.

Лекция 5. Финансовое обеспечение ОМС

5.1. Финансовое обеспечение ОМС

5.2. Финансирование страховых медицинских организаций

5.3. Тарифная политика в системе ОМС

5.1. Финансовое обеспечение ОМС

Финансовые средства системы обязательного медицинского страхования формируются за счет нескольких источников.

1. Взносы за обязательное медицинское страхование работающего населения.

Главный из источников, за счет которого формируются средства обязательного медицинского страхования – это доходы от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование, недоимок по взносам, начисленных пеней и штрафов.

Размер страхового взноса на работающее население устанавливается Федеральным Законом как процентная ставка к начисленной оплате труда каждого работника и составляет 5,1%.

С 1 января 2012 г. страхователи полностью перечисляют взносы в ФФОМС по тарифу в размере 5,1%.

2. Взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, период, порядок и сроки их уплаты установлены ст. 23, 24 Закона N 326-ФЗ.

Размер страхового взноса на неработающих граждан ежегодно устанавливается органами государственной власти субъекта РФ при утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за счет средств, предусмотренных на эти цели в бюджете субъекта РФ. Эти взносы аккумулируются в Федеральном и территориальных фондах ОМС.

В соответствии с п. 5 ст. 10 Закона N 326-ФЗ к категории неработающих граждан относятся:

- дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
- неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
- граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
- один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- иные не работающие по трудовому договору и не указанные выше граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

В настоящее время тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения установлен в размере 18 864,6 руб. (ст. 1 ФЗ от 30.11.2011 N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»).

По субъектам РФ этот тариф страхового взноса умножают на коэффициент дифференциации и коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг. Значения коэффициента дифференциации по регионам приведены в приложении к Закону. Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг ежегодно устанавливается федеральным законом о бюджете ФФОМС на соответствующий финансовый год и плановый период.

3. Другие источники поступлений

Существуют еще три источника поступления средств в бюджет ФФОМС.

1. На первом месте среди этих источников, отличных от страховых взносов, но имеющих к ним косвенное отношение, стоят средства федерального бюджета. Они передаются в бюджет ФФОМС в случаях, установленных федеральными законами, на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

2. Далее идут поступления из бюджетов субъектов РФ, передаваемые в бюджеты ТФОМС в соответствии с законодательством РФ и законодательством субъектов РФ.

3. Еще есть доходы от размещения временно свободных средств и иные источники.

Размещение временно свободных средств

Федеральный фонд ОМС размещает временно свободные средства на банковских депозитах в кредитных организациях в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования».

Доходы, полученные Фондом от размещения временно свободных средств на банковских депозитах в кредитных организациях, направляются на финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования.

5.2. Финансирование страховых медицинских организаций

Финансирование страховых медицинских организаций (СМО) осуществляют территориальные фонды ОМС на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. Финансовые отношения между страховыми медицинскими

организациями и территориальным фондом ОМС регулируются договором о финансировании обязательного медицинского страхования и территориальными правилами ОМС, которые утверждаются соответствующими органами государственной власти субъекта Российской Федерации.



Рис. 1. Финансовые потоки в системе обязательного медицинского страхования

Непосредственно предоставлением страховых услуг в рамках ОМС занимаются страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ОМС и заключившие соответствующие договоры с территориальным фондом ОМС. Страховые медицинские организации получают средства из территориальных фондов по подушевому нормативу, т.е. по количеству застрахованных лиц с учетом половозрастных коэффициентов.

Страховые медицинские организации оплачивают оказание медицинской помощи (по программе ОМС) застрахованным лицам, предоставляемой медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с использованием метода включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных условиях;

- по тарифам на единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население в сочетании с оплатой по тарифам за единицу на единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

2) *при оплате медицинской помощи, оказанной в **стационарных условиях:***

- по тарифам за законченный случай лечения заболевания;
- за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний);

3) *при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях **дневного стационара:***

- по тарифам за законченный случай лечения заболевания;
- за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний) с учетом условий оказания (в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в стационарных условиях);

4) *при оплате скорой медицинской помощи, оказанной **вне медицинской организации** (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по тарифам, установленным на основе подушевого финансирования, за вызов скорой медицинской помощи.*

Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется страховщиком на основании счетов, предъявляемых медицинским учреждением, и должна быть регламентирована на уровне нормативного правового акта каждой территории.

В настоящее время не сложилось единой системы оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Такое положение характерно для переходного периода в организации ОМС. Наиболее эффективным способом оплаты медицинских услуг на сегодняшний день специалисты считают оплату за пролеченного больного, т.е. законченный случай лечения.

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

Первый вариант в основном соответствует законодательной базе и наиболее полно учитывает основные принципы реализации государственной политики в области медицинского страхования. Средства от страхователей (предприятий и органов исполнительной власти) поступают на счет ТФОМС. Фонд аккумулирует собранные средства и по заключении договоров со СМО переводит этим организациям причитающиеся им доли на финансирование ОМС. СМО непосредственно работают с медицинскими учреждениями и населением. Наибольшие проблемы при такой организации ОМС возникают при заключении договоров на страхование населения.

Законодательством заложены два принципа заключения таких договоров: либо с местной администрацией, либо с работодателями.

К сожалению, в настоящее время заключение производственных страховых договоров непосредственно между работодателям и СМО не получило должного распространения. В основном заключением договоров на страхование занимаются представители местной администрации, что выводит основных плательщиков страховых взносов — работодателей из сферы контроля за выполнением ОМС и выбора медицинских учреждений для своих работников.

По первому варианту функционируют системы ОМС в 19 субъектах Российской Федерации, охватывающих более 30% населения: города Москву, Санкт-Петербург, Вологодскую, Московскую, Калининградскую, Новосибирскую, Кемеровскую области, Ставропольский край и некоторые другие.

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

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

Четвертый вариант характеризуется отсутствием в регионах ОМС как такового в принципе. В этих субъектах Российской Федерации ОМС выполняется только в части сбора страховых взносов за работающее население. Распоряжаются же собранными средствами местные органы управления здравоохранением, напрямую финансируя медицинские учреждения. Такое положение характерно для 17 регионов и охватывает 9,2%

населения страны: республики Северного Кавказа, Восточно-Сибирский регион, Смоленскую, Кировскую, Нижегородскую области и др.

Как показывает опыт, механизм реализации закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» сложен и несовершенен, его исполнение затрудняется в силу объективных и субъективных причин.

Однако в целом, несмотря на трудности, введение обязательного медицинского страхования обеспечило сохранность системы здравоохранения в условиях нестабильного экономического положения. Фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают сбор, аккумуляцию, контроль за поступлением страховых взносов и платежей, их целевое использование на финансирование медицинской помощи гражданам России.

Новая система обеспечила предоставление минимума бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС, позволила установить вневедомственный контроль за качеством лечебно-диагностического процесса, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с потребностями населения и перейти к более рациональному использованию ресурсов в рамках лечебно-профилактических учреждений.

Факты свидетельствуют, что функционирование системы обязательного медицинского страхования качественно изменило систему финансовых отношений государства с лечебными учреждениями. В России создается рынок медицинских услуг при условии усиления ответственности персонала за результаты своей работы.

5.3. Тарифная политика в системе ОМС

Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» установлено, что тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских организаций и современный уровень медицинской помощи. Однако подзаконные акты, определяющие нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставленной медицинской помощи, устанавливают, что тарифы ОМС компенсируют только такие статьи расходов медицинских учреждений, как:

- заработная плата;
- начисления на оплату труда;
- увеличение стоимости материальных запасов – расходы на приобретение медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария со сроком службы до 12 мес, реактивов и химикатов, стекла и химической посуды, продуктов питания и прочие лечебные расходы;
- увеличение стоимости основных средств – расходы на приобретение мягкого инвентаря и оборудования, медицинского инструментария со сроком службы более 12 мес;

- прочие услуги – расходы учреждений по оплате договоров на оказание услуг: расходы на оплату стоимости анализов, осуществляемых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории), расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

Иные расходы медицинских учреждений являются бюджетным обязательством.

Единая тарифная политика в системе ОМС должна включать в себя следующие принципы:

- единые нормативы программы государственных гарантий
- единые способы оплаты медицинской помощи
- единая методика расчета тарифов
- единые методологические подходы к оплате медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями).

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района;

2) оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением;

3) оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации. (Приказ ФОМС от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»)

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте Российской Федерации допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их

размера и структуры по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев:

- вида медицинской помощи,
- среднего радиуса территории обслуживания,
- количества фельдшерско-акушерских пунктов,
- уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи,
- достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации

Параметры тарифов, устанавливаемые на региональном уровне:

- 1) расчет и утверждение базовой ставки;
- 2) установление управленческого коэффициента;
- 3) выделение подуровней в трехуровневой системе оказания медицинской помощи, установление коэффициентов уровней и подуровней стационара;
- 4) установление коэффициента сложности курации пациента;
- 5) выделение подгрупп в составе КСГ.

Правилами ОМС предусмотрено, что расчет тарифов на медицинские услуги в системе ОМС может осуществляться по нескольким **показателям**:

- 1) на единицу объема медицинской помощи (один койко-день в больничных учреждениях, одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров, один вызов скорой медицинской помощи);
- 2) на конкретную медицинскую услугу;
- 3) за пролеченного больного;
- 4) на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Для каждого из приведенных показателей установлена своя методика расчета.

Тариф на единицу объема медицинской помощи складывается:

- составляющая тарифа по базовой программе ОМС;
- составляющая тарифа по территориальной программе ОМС.

Базовая составляющая установлена Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на определенный год.

Согласно Программе нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют: *на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 1 435,6 рубля.*

Тариф на конкретную медицинскую услугу включает:

1) затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления,

2) затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Затраты, непосредственно связанные с оказанием медпомощи:

- затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи;

- материальные запасы, потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания медицинской помощи по профилю), нормами лечебного и профилактического питания (затраты на приобретение материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов и их объема потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги));

- затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Затраты на обеспечение деятельности медучреждения в целом:

- затраты на оплату труда персонала учреждения, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской услуги (медицинской помощи);

- хозяйственные расходы;

- затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи;

- затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, не связанных непосредственно с оказанием медицинской услуги.

Все перечисленные затраты (как связанные, так и непосредственно не связанные с оказанием медицинской услуги) относятся на себестоимость медпомощи (медицинской услуги).

Расчет затрат на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), осуществляется исходя из суммы расходов на оплату труда указанного персонала, фонда рабочего времени, расчетных показателей объемов медицинской помощи, нормы времени на оказание медицинской услуги.

Затраты на приобретение материальных запасов и услуг, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), включают (в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи) затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы. Затраты на приобретение

материальных запасов рассчитываются как произведение средней стоимости материальных запасов на их объем потребления в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги, определяется исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Тариф за пролеченных учреждением больных по клинико-затратным группам заболеваний (КЗГ) рассчитывается исходя из:

- затрат на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения на основании стандарта медицинской помощи 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.

Клинико-затратные группы формируются по совокупности параметров, определяющих среднюю затратно-емкость лечения пациентов:

- наличие или отсутствие хирургических операций,
- диагноз,
- половозрастная категория пациентов.

Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей *стационарную медицинскую помощь*, осуществляется по системе клинико-затратных групп на основе следующих экономических параметров:

- 1) базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;
- 2) коэффициенты оплаты;
- 3) коэффициент относительной затратно-емкости по клинико-затратным группам;
- 4) управленческий коэффициент;
- 5) коэффициент уровня стационара;
- 6) коэффициент сложности курации пациента.

Федеральным фондом ОМС устанавливается методика расчета тарифа на основе клинико-затратных групп.

Подушевыми нормативами финансирования являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней в расчете на 1 застрахованного в год.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств для подушевого финансирования 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, и общего объема оказанной медицинской помощи.

В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой. При этом расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинского учреждения осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретным учреждением здравоохранения и иных коэффициентов, разработанных в регионе 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.

При оплате амбулаторной медпомощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинского учреждения учитываются численность застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной медицинской организации (врачу), и объем средств на виды медпомощи по статьям затрат, включенных в территориальную программу ОМС.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из предусмотренных ППГ нормативов, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо.

За счет средств соответствующих бюджетов предусматривается:

- финансирование оказания скорой медицинской помощи незастрахованным лицам,
- специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи,
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи,
- медицинской помощи при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ,
- на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании,
- финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Распределение объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающих медицинскую помощь и имеющих прикрепленных лиц, получивших полис ОМС в конкретном субъекте РФ, осуществляется исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения прикрепленного населения.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленных застрахованных лиц, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания, показателей нагрузки медицинских работников, а также с учетом права выбора застрахованным лицом медицинской организации.

Объемы медицинской помощи устанавливаются медицинским организациям на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

Предусмотрены финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи гражданам, не идентифицированным в системе ОМС, а также не застрахованным в системе ОМС при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу).

Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан

полис ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Лекция 6. Программы ОМС и ДМС

6.1. Программы ОМС в РФ

6.2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования Ставропольского края 2016 год

6.3. Организация и программы ДМС в РФ

6.1. Программы ОМС в РФ

Медицинское обслуживание в системе ОМС осуществляется в соответствии с базовой и территориальными программами ОМС. Базовая программа ОМС действует на всей территории РФ, территориальная программа ОМС – на территории соответствующего субъекта РФ.

Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Базовая программа ОМС 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 ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой ОМС, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются:

1. первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь,

2. скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи),

3. специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, 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.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

Территориальная программа государственных гарантий включает в себя:

- перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;
- перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания

стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

- перечень лекарственных средств, 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 50-процентной скидкой со свободных цен;

- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы.

Территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС, и может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой, предоставляемых жителям данного конкретного региона.

Ознакомиться с территориальной программой государственных гарантий граждане имеют право в учреждении здравоохранения, страховой медицинской организации, выдавшей им страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, органе управления здравоохранением, в территориальном фонде обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, на сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

6.2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования Ставропольского края 2016 год

Территориальная программа ОМС утверждается в составе Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощи.

Территориальная программа государственных гарантий определяет перечень и условия предоставляемой населению бесплатно медицинской помощи, источники ее финансирования, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы объема бесплатной помощи, нормативы финансовых затрат на ее оказание, подушевые нормативы финансирования и другое.

Территориальная программа определяет порядок и условия оказания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи, в том числе перечень видов, методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощи на 2016 год утверждена постановлением Правительства Ставропольского края от 25.12.2015 № 582-п.

Краткий «путеводитель» по территориальной программе ОМС

Территориальная программа государственных гарантий в дополнение к Территориальной программе ОМС (раздел IV) устанавливает:

- перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно (раздел II);
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно (раздел III);
- источники финансового обеспечения Территориальной программы государственных гарантий (раздел V);
- порядок и условия оказания медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий, включая Территориальную программу ОМС (приложение 3);
- перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни (приложение 4);
- перечень медицинских организаций Ставропольского края, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий, в том числе Территориальной программы ОМС на 2016 год (приложение 5);
- целевые значения критериев доступности и качества предоставляемой бесплатно медицинской помощи (приложение 6);
- порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме (приложение 9);
- перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 10), в том числе предоставляемой за счет средств ОМС (раздел I).

Порядок и условия оказания медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий, в том числе Территориальной программе ОМС, предусматривают условия выбора лечащего врача, сроки ожидания плановой медицинской помощи, условия пребывания и размещения пациентов в стационаре, условия оказания медицинской помощи, порядок обеспечения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и другие нормы, которые необходимо знать пациенту.

Медицинские организации обязаны:

1. оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);
2. обеспечивать этапность и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов и санаторно-курортное лечение;
3. информировать граждан:
 - о возможности и сроках получения медицинской помощи в рамках Территориальной программы;
 - об оказываемой медицинской помощи, в том числе о видах, качестве и условиях её предоставления, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;
 - о медицинских работниках, работающих в медицинской организации, уровне их образования и квалификации;
 - о стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу.

Условия предоставления медицинской помощи по ОМС

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения. Она включает проведение мероприятий по профилактике и диспансерному наблюдению заболеваний, оказанию неотложной медицинской помощи и транспортировку к месту проведения сеансов гемодиализа.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе участкового и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации из числа участвующих в реализации территориальной программы ОМС, порядок которого регламентирован приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н.

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию Ставропольского края, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной медицинской организации Ставропольского края гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) участкового врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя

руководителя медицинской организации Ставропольского края при условии согласия выбранного врача.

Лечащий врач по согласованию с руководителем медицинской организации может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения. Руководитель медицинской организации должен организовать замену лечащего врача.

Участковый врач поликлиники является «координатором» наблюдения и лечения пациента, прикрепившегося к его участку для обслуживания, ответственным за своевременное обследование, направление в дневной или круглосуточный стационар на плановое лечение, предупреждение обострения заболеваний и формирование здорового образа жизни. Кроме того, участковый врач организует проведение диспансеризации населения.

Срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме составляет не более двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Скорая медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания). Срок ожидания скорой медицинской помощи составляет 20 минут.

Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам больничными учреждениями в случае заболеваний, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

При наличии экстренных или неотложных медицинских показаний возможна госпитализация при самостоятельном обращении гражданина.

При оказании стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара пациенты бесплатно обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в соответствии с утвержденным Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, с учетом стандартов медицинской помощи.

В период стационарного лечения ребенка в возрасте до четырех лет (ребенка старше четырех лет – при наличии медицинских показаний), одному из родителей ребенка предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации с

предоставлением питания и койко-места. Решение о наличии показаний к совместному нахождению принимается лечащим врачом и заведующим отделением.

При невозможности проведения необходимых пациенту специальных методов диагностики и лечения в медицинской организации, куда был госпитализирован пациент, после стабилизации его состояния он в максимально короткий срок переводится в ту медицинскую организацию, где необходимые медицинские услуги могут быть оказаны в полном объеме.

Экстренная или неотложная медицинская помощь оказывается круглосуточно по направлению врача, бригады скорой медицинской помощи, а также при самообращении. Экстренная медицинская помощь оказывается безотлагательно и бесплатно, вне зависимости от наличия у гражданина полиса ОМС или документов, удостоверяющих личность. Отказ в ее оказании не допускается.

Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Плановая медицинская помощь предоставляется в порядке очередности в пределах установленного Территориальной программой срока ожидания оказания медицинской помощи.

Срок ожидания приема врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики), врачом-педиатром участковым составляет не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Срок ожидания планового амбулаторного приема врачом-специалистом и проведения плановых диагностических мероприятий составляет не более 14 календарных дней, а для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не более 10 календарных дней.

Срок ожидания проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет не более 30 календарных дней с момента выдачи лечащим врачом направления, а для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не более 20 календарных дней.

Плановая госпитализация в стационар или дневной стационар осуществляется в порядке очередности не более 30 календарных дней со дня получения направления на госпитализацию, а для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, - не более 20 календарных дней. Направление пациента на плановую госпитализацию осуществляется лечащим врачом, при этом согласовывается дата плановой госпитализации.

Направление на госпитализацию регистрируется в едином информационном ресурсе Ставропольского края. В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь условиям в стационарах или дневного стационара, ведется лист ожидания

оказания плановой медицинской помощи и осуществляется информирование граждан, в том числе с использованием «Интернет», о сроках ожидания.

Одному из родителей, члену семьи (законному представителю) предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации Ставропольского края при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в стационаре законного представителя с ребенком до четырех лет, а с ребенком старше – при наличии медицинских показаний, плата за пребывание законного представителя в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с законного представителя не взимается.

Дополнительная медицинская помощь по ОМС

В рамках территориальной программы ОМС, сверх утвержденной на федеральном уровне базовой программы, гражданам, застрахованным по ОМС на территории Ставропольского края, оказывается дополнительная медицинская помощь во врачебно-физкультурных диспансерах (срок ожидания 14 календарных дней), и в центрах охраны здоровья семьи и репродукции, в том числе в медико-генетических консультациях (срок ожидания 60 календарных дней с момента выдачи направления).

Важно знать:

Экстренная медицинская помощь оказывается медицинской организацией или медицинским работником гражданину круглосуточно, безотлагательно и бесплатно вне зависимости от наличия у гражданина полиса ОМС и (или) документов, удостоверяющих его личность. Отказ в ее оказании не допускается.

Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного гражданина определяется лечащим врачом на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

В случае невозможности выполнить «своими силами» необходимое по медицинским показаниям обследование и консультирование пациента, медицинская организация обязана организовать бесплатное для пациента обследование или консультацию в другой медицинской организации, заплатив из полученных от страховой медицинской организации средств по ОМС. При этом оказание транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, обеспечивается медицинской организацией Ставропольского края, в которой отсутствуют необходимые диагностические возможности.

При невозможности проведения требующихся специальных методов диагностики и лечения в медицинской организации Ставропольского края,

куда был госпитализирован пациент, после стабилизации его состояния он в максимально короткий срок переводится в ту медицинскую организацию края, где необходимые медицинские услуги могут быть оказаны в полном объеме, санитарным транспортом указанной медицинской организации Ставропольского края, с медицинским сопровождением.

Оказание стоматологической помощи гражданам, утратившим способность к самостоятельному передвижению, включает транспортировку пациента к месту оказания медицинской помощи санитарным автотранспортом в сопровождении медицинского персонала.

При возникновении трудностей или препятствий при получении медицинской помощи, за разъяснениями и помощью нужно обращаться:

- к должностному лицу медицинской организации (к главному врачу, заместителю главного врача по лечебной работе, заведующему отделением);
- в органы управления здравоохранением;
- в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС и, таким образом, взявшую на себя ответственность по защите прав пациента.

Для этих целей в каждой страховой компании работает отдел по защите прав застрахованных. Кроме того, на территории Ставропольского края организована работа представителей ТФОМС СК и страховых представителей в медицинских организациях. Представители оперативно решают проблемы, возникшие в процессе получения медицинской помощи, окажут консультативную помощь. Графики работы с указанием местонахождения представителей ТФОМС и страховых медицинских организаций размещены на официальном сайте ТФОМС СК и на сайтах страховых медицинских организаций.

6.3. Организация и программы ДМС в РФ

Необходимость включения ДМС в систему здравоохранения РФ осуществлялось в начале 90-х годов прошлого века, когда стало очевидным, что государство не в состоянии исполнять свои обязательства по финансированию здравоохранения. Допустимость реализации ДМС в Российской Федерации в этот период нашла отражение в Законе «О медицинском страховании граждан в РФ».

В настоящем Законе указывается, что ДМС обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, сверх установленных программами ОМС за счет средств добровольных платежей из личных средств граждан и прибыли предприятия.

В отличие от ОМС как части системы социального страхования, ДМС является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

В истории становления ДМС в современной России можно выделить четыре основных этапа.

Первый этап - 1991-1993 гг.

В это время проводилась кампания заключения договоров, предусматривающих уплату страхователем страховой премии, которая включала в себя стоимость гарантированной оплаты лечения, а также расходы на ведение страхового дела. Так же осуществлялось закрепление застрахованного контингента к выбранным страхователем медицинским учреждениям.

Второй этап - 1993-1994 гг.

В этот период в договорах ДМС устанавливался предел ответственности страховщика по оплате застрахованным медицинских услуг в размере страховой суммы, превышающей величину страхового взноса. При этом возврат страхового взноса не был предусмотрен.

Третий этап - 1995-1998 гг.

Характеризовался запретом на проведение операций ДМС по договорам, предусматривающим возврат страхователю неизрасходованной на оплату лечения части взноса по окончании срока страхования. С этого момента актуальным стал вопрос о необходимости проведения медицинского страхования как одного из классических видов страхования, позволяющего страховой компании нести ответственность в пределах страховой суммы, которая определяется состоянием здоровья застрахованного и финансовыми возможностями страхователя.

Четвертый этап - с 1998 г. по настоящее время

После августовского кризиса 1998 г. наступил качественно новый этап развития ДМС.

С этого времени одной из главных задач ДМС становится обеспечение высокого уровня оказания отдельных медицинских услуг дополнительно к программе ОМС. Она реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных страховщиком средств.

Цель ДМС – гарантировать застрахованным лицам при заболеваниях, повреждении здоровья оказание медицинской помощи и услуг, не включенных в программу ОМС, но предусмотренных программами ДМС. При этом гарантируется полная или частичная компенсация страховщиком расходов, которые вынуждено нести физическое лицо при обращении в медицинские учреждения.

Конкуренция страховщиков побуждает их разрабатывать программы ДМС с более широким перечнем медицинских услуг и разного их состава.

Часть из них находит отражение и в программах ОМС. ДМС включает гораздо больший объем медицинских услуг, нежели ОМС.

Организационно-экономический и правовой механизм ДМС основан на следующих принципах:

- дополнительный характер;
- негосударственный характер;
- коммерческий рисковый характер.

В добровольном медицинском страховании субъектами страхования являются

- гражданин,
- страхователь,
- страховщик,
- медицинское учреждение.

Страховщиками, осуществляющими добровольное медицинское страхование, могут являться:

1) страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование (страховая медицинская организация согласно закону, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование);

2) другие страховые организации, имеющие лицензии на осуществление добровольных видов медицинского страхования.

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

При ДМС медицинские услуги, оказанные медицинской организацией (МО), оплачивает непосредственно СМО по договорным ценам.

Выделяют 2 составные части ДМС:

- страхование, обусловленное взаимодействием с МО;
- страхование, при котором взаимодействия с МО не происходит.

В первом случае СМО оплачивает расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в медицинском учреждении; во втором – выплаты производятся не на счет МО, а самому застрахованному.

Типовой полис ДМС не предусматривает выплаты страхового возмещения. Страховая компания оплачивает счета за медицинские услуги, оказанные владельцу полиса ДМС, непосредственно медицинским организациям. Таким образом, застрахованный платит только один раз при покупке полиса ДМС, а все расходы за лечение несет страховая компания.

При необходимости получения медицинской помощи застрахованное лицо обращается к диспетчерскому пункту страховщика (это может быть врач-координатор) по телефону, который указан в договоре страхования

(страховом полисе). Застрахованное лицо сообщает свое имя, фамилию, номер своего полиса и причину обращения, после чего врач-координатор предоставляет всю необходимую информацию относительно дальнейших действий застрахованного лица.

При обращении за медицинской помощью или за сопутствующими услугами (транспортировка до медицинского учреждения и т. п.) необходимо предъявить полис ДМС и документ, удостоверяющий личность.

При обращении к врачу рекомендуется иметь с собой выписки и справки из других лечебных учреждений, имеющие отношение к заболеванию, по поводу которого вы обращаетесь за медицинской помощью. Выплата страхового возмещения осуществляется страховщиком путем перечисления средств на счет медицинского учреждения за фактически оказанную медицинскую помощь.

Если застрахованное лицо по согласованию с страховщиком оплатило стоимость оказанной медицинской помощи или приобрело медикаменты по выписанным рецептам, ему возвращается потраченная сумма на основании предоставленных документов. Страховщик имеет право отказать в оплате медицинских услуг, если застрахованное лицо получило услуги, которые не были предусмотрены договором страхования, а также не выполняло рекомендации врача, что привело к ухудшению состояния его здоровья. В договоре страхования определены условия, при которых страховщик откажет в выплате страхового возмещения.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и медицинской организацией. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Договор ДМС, представляет собой договор, заключаемый сторонами добровольно. Добровольность ДМС заключается в том, что договор страхования со страховщиком заключается по собственному желанию, эквивалентность обусловлена выбором программы ДМС, за которую страхователь уплачивает страховую премию, срочность подразумевает наличие определенного времени, на который заключается договор страхования, поскольку в договоре страхования одним из существенных условий является срок договора.

Добровольное медицинское страхование подразделяется на:

1. **Индивидуальное** – каждый человек, по собственному желанию и за собственный счет оформляет ДМС полис. Выбор страховой компании, перечень услуг и многие другие факторы, он подбирает индивидуально, основываясь на своих потребностях.

2. **Коллективное** – организация оформляет на своих сотрудников ДМС полис, добавляя его в социальный пакет. То есть пока человек работает на данную организацию, он вправе получать услуги платной медицины

бесплатно, это – очень мощное средство мотивации. Именно наличие в социальном пакете хорошего ДМС полиса, является решающим условием, при выборе человеком его места работы и тем фактором, который удерживает человека на его работе, ведь при увольнении, работник обязан сдать свой ДМС полис.

Преимущество коллективного страхования – в более низкой стоимости. Добровольное медицинское страхование востребовано, в основном, корпоративными клиентами. На них приходится около 90% взносов, собранных по программам ДМС. Объяснений несколько.

С одной стороны, это рост социальной ответственности бизнеса, когда страхование сотрудников становится неотъемлемой частью компенсационного пакета во все большем числе компаний. При этом программы ДМС на многих предприятиях, особенно в высокотехнологичных отраслях, рассматриваются уже не только как способ материального стимулирования сотрудников, но и как важный инструмент повышения эффективности бизнеса за счет улучшения здоровья персонала.

С другой стороны, гражданам нередко куда проще обращаться в лечебное учреждение напрямую, минуя страховую компанию. Ведь, в отличие от фирм, которые имеют налоговые льготы при использовании программ ДМС, частные лица таких льгот не получают.

Самим страховым компаниям тоже проще работать с корпоративными клиентами, так как при страховании больших коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников, соответственно, отпадает необходимость проведения обследования и оценки рисков по каждому застрахованному.

Кроме того, при ДМС физических лиц происходит антиселекция (ухудшающий отбор) рисков, при котором за полисами обращаются преимущественно люди, которые уже знают, что в ближайшем будущем им придется воспользоваться медицинскими услугами. Все это значительно повышает стоимость полисов ДМС физических лиц, и делает их менее привлекательными по сравнению с корпоративным страхованием.

ДМС предоставляет возможность гражданам, участвующим в нем, получать медицинскую помощь и сервисные услуги особо высокого качества, с привлечением ведущих врачей-специалистов, в наиболее привлекательных медицинских учреждениях, дорогостоящие сложные медицинские услуги (в области стоматологии, офтальмологии, пластической хирургии и т. п.), и педиатрический патронаж коммерческой клиники, и дорогостоящие анализы, и многое другое.

ДМС дает возможность получить гарантию не только лечения, но и высокого уровня обслуживания в медицинском учреждении (отдельная палата, сиделка, улучшенное питание, лечение у ведущих специалистов и некоторые другие услуги). Потребность в ДМС становится весьма актуальной при выезде за рубеж, особенно в страны, где получение визы невозможно без предъявления медицинской страховки на время поездки.

Программы ДМС предлагают набор специальных медицинских услуг:

- гражданам, которые не участвуют в ОМС;
- отдельным группам населения (в частности, детям, женщинам, некоторым другим группам);
- для лечения в частных клиниках и у частнопрактикующих врачей;
- для обеспечения медицинской страховки при выезде за рубеж.

Самыми распространенными программами ДМС в России являются:

- Амбулаторное обслуживание, исключающее дорогостоящие методы диагностики.
- Более расширенная программа: услуги специалистов, возможность сдачи анализов на дому и в клинике, лечение в стационаре, стоматология, неотложная помощь, помощь за границей.
- Комплексное страхование для всей семьи.
- Страхование для путешественников: страховка действует в течение всей поездки.
- Стандартный полис: экстренная помощь при травмах или отравлениях, при острых заболеваниях, при обострении одного из хронических заболеваний; экстренная стоматология; консультация врача; госпитализация и пр.
- Помощь на дому. Страховка для тех, кто не в состоянии добраться до клиники. Включает консультацию специалиста на дому, забор анализов, инъекции, кардиограмму и пр. Вызов платной скорой помощи.
- Страхование – как отдельное, так и в составе определенного страхового пакета.
- Личный доктор: консультации, осмотр, направление и рецепты от личного врача широкого профиля.
- Стоматология: экстренная помощь, регулярные осмотры, лечение и пр. Экстренная и плановая стационарная помощь. Страхование актуально при наличии хронических заболеваний, при риске попасть в больницу, при наличии показаний к пребыванию в больнице.
- Беременность и роды: сопровождение и наблюдение при беременности, госпитализация и родоразрешение, послеродовое сопровождение.
- Детские программы: профилактический осмотр, консультации специалистов, вакцинация, экстренная помощь и пр.
- Санаторно-реабилитационная программа.
- Лечение за рубежом.
- Программы страхования для пожилых людей.

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п.

Страховым взносом является плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Тарифы на медицинские и иные услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи.

Плюсы ДМС:

1. Свобода выбора. Гражданин сам выбирает страховую компанию, программу и медицинское учреждения из тех, что ему предлагают.
2. Экономия времени. Толкаться в очередях и мотаться по городу в поисках достойного медучреждения не придется.
3. Высокое качество медицинских услуг.
4. Возможность получения тех услуг, что недоступны по полису ОМС.
5. Защита интересов страховщика страховой компанией при возникновении спорных моментов.
6. Широкий список оказываемых услуг и широкий выбор учреждений, где данные услуги оказываются.
7. Возможность выбора страхового пакета, в соответствии со своими требованиями и нуждами – минимальный пакет, обслуживание на дому и пр.
8. Возможность записи к врачу через интернет, не выходя из дома.
9. Отношение персонала к пациентам, учитывая заинтересованность персонала в работе.

Недостатки ДМС:

1. Страхование ДМС оплачивается гражданином, и услуги весьма дорогостоящие.
2. Риск навязывания гражданину услуг, которые ему не нужны.
3. Квалификация специалистов, обслуживающих по ДМС, не всегда соответствует заявленному. Исключения из страховых случаев, не оплачиваемые страховкой. Этот момент многие пропускают. Отдельные заболевания (список весьма широкий) страховка ДМС не покрывает.
4. По ДМС не проводится лечение отдельных значимых заболеваний (например, туберкулез, диабет, психические и венерические) – только диагностика, и то за отдельную плату.

ДМС в России набирает популярность. Притом если раньше такие полисы приобретались в основном работодателями для своих подчинённых, то сейчас наши граждане обращаются в страховые компании и в индивидуальном порядке. Сами участники рынка страховых услуг связывают это с увеличением уровня достатка у населения, с экономическим ростом в стране, а также с развитием российского страхового рынка. Причины могут быть в не слишком большой эффективности ОМС.

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования.

Для организаций здравоохранения это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг.

Для территориальных фондов ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики «двойной оплаты» одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения.

Для страховых компаний это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий – получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Лекция 7. Рынок медицинских страховых услуг России

7.1. Обзор рынка обязательного медицинского страхования в России

7.2. Обзор рынка добровольного медицинского страхования в России

7.3. Совершенствование деятельности СМО и медицинских организаций в системе медицинского страхования

7.4. Перспективы развития медицинского страхования в России

7.1. Обзор рынка обязательного медицинского страхования в России

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования, из них 2 созданы в Крымском федеральном округе.

В 2014 году в среднем по Российской Федерации в систему ОМС поступило страховых взносов и налогов на одного застрахованного по ОМС 8 492,4 рублей, что на 937,8 рубля (12,4 %) больше, чем в 2013 году. При этом на 1 работающего, застрахованного по ОМС, поступило налогов и страховых взносов на работающее население 12 989,3 рубля, что на 657 рублей (5,3 %) больше, чем в 2013 году, на 1 неработающего – 5 529,5 рублей, рост к предыдущему году составил 1 060,5 рубля или 23,7%.

Доходы бюджетов ТФОМС в 2014 году сформированы в объеме 1 417,5 млрд. рублей, что на 189,4 млрд. рублей или 15,4 % больше, чем в

2013 году. Субвенции Федерального фонда ОМС, размер которых составил 1 173,9 млрд. рублей (85,5% от утвержденной стоимости территориальных программ обязательного медицинского страхования – 1 372,8 млрд. рублей), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования. Кроме того, в бюджеты ТФОМС поступали межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в сумме 146,9 млрд. рублей (10,4%).

Органами государственной власти 83 субъектов Российской Федерации и города Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Утвержденная стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2014 год составила 1 372,8 млрд. рублей. Фактическая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилась в размере 1 326,8 млрд. рублей, что составляет 96,6% от утвержденной стоимости.

Согласно Программе средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году установлен в размере 6 962,5 рубля на одно застрахованное лицо. При этом для субъектов Российской Федерации установлены единые нормативы подушевого финансирования на одного застрахованного, которые корректируются с учетом коэффициента дифференциации. В среднем по Российской Федерации фактический подушевой норматив составил 7 866,6 рублей, что на 13,0% превышает установленный Программой,

В 2014 году медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования оказывали 8 460 медицинских организаций (на 235 больше, чем в 2013 году или (2,9%.), 63 страховые медицинские организации (СМО) и их 215 филиалов в 83 субъектах Российской Федерации и в городе Байконур.

В общей сумме расходов СМО в I полугодии 2015 года 98,6 % (645,5 млрд. рублей) составляют расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи. На формирование собственных средств в сфере ОМС было направлено 8,9 млрд. рублей, что на 211,6 млн. рублей (2,4 %) больше, чем в I полугодии 2014 года.

В I полугодии 2015 года в медицинские организации поступило 678,6 млрд. рублей (в соответствующем периоде 2014 года – 622,3 млрд. рублей), в том числе на оплату медицинской помощи 677,8 млрд. рублей (99,9 %). В структуре расходов медицинских организаций доля расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда составила 70,7 %, на приобретение медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды и прочих материальных запасов – 15,2 %, продуктов питания – 1,8%, мягкого инвентаря - 0,1%, на оплату работ (услуг) – 10 %.

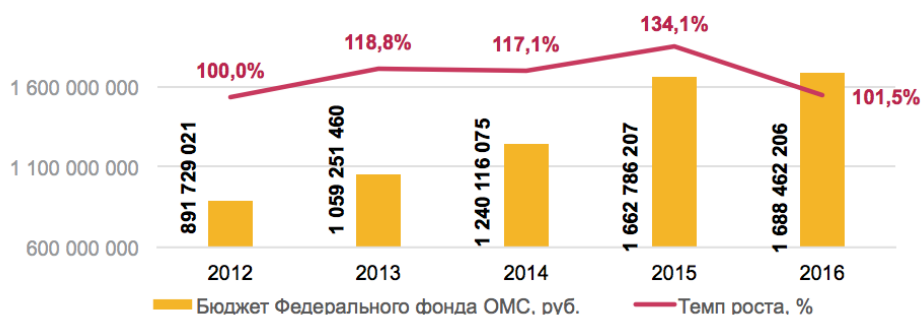
В структуре поступлений средств обязательного медицинского страхования в СМО основную долю составляют средства, перечисляемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. На эти цели в I полугодии 2015 года поступило 630,3 млрд. рублей или 95,3 % от общей суммы поступивших средств. На ведение дела поступило 6,9 млрд. рублей (1 %).

Основные перемены в отрасли в 2015 г произошли в связи с изменением ее финансирования. До конца 2014 года государство финансировало здравоохранение из трех источников: ОМС, федерального и регионального бюджетов. Из региональных бюджетов датировалась скорая помощь, расходы на содержание учреждений и лечение социально значимых заболеваний, из средств федерального бюджета – высокотехнологичная медпомощь (ВМП) и лекарственное обеспечение льготников.

Сейчас здравоохранение России полностью перешло на одноканальное финансирование, при котором все средства в медучреждения будут поступать из одного источника – фонда ОМС. Из других средств будут оплачиваться только ВМП в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капремонт зданий и реализация целевых госпрограмм. Целью перехода на одноканальное финансирование власти называют консолидацию финансов в системе ОМС. По мнению чиновников, это позволит медучреждениям работать более эффективно.

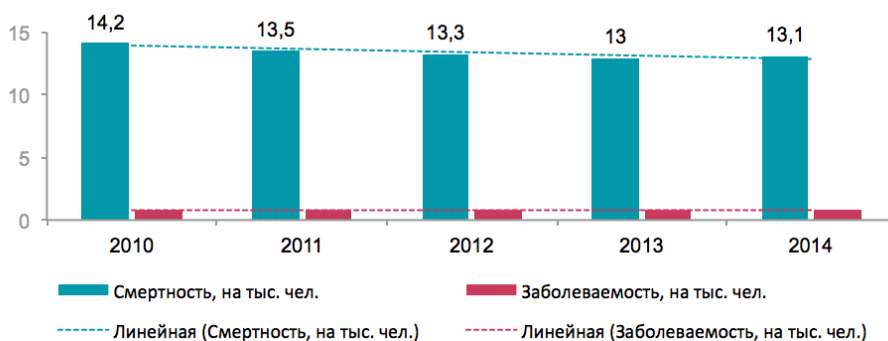
С 2012 года бюджет Федерального фонда ОМС увеличился на 796 733 185 рублей или на 89%. В 2016 году прирост бюджета замедлился и составил 1,5% от бюджета 2015 года.

Обеспеченность населения организациями здравоохранения в России



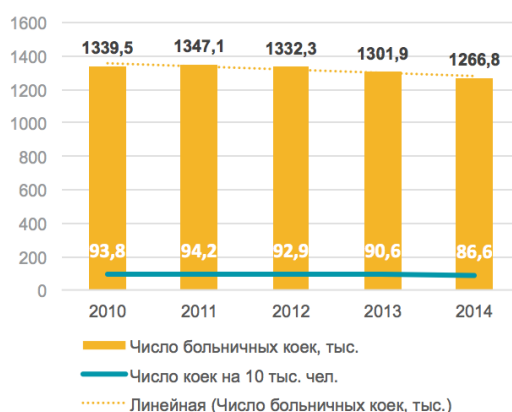
Смертность снизилась на 7,7%, заболеваемость осталась на том же уровне. Таким образом, оптимизация больничной сети не привела к ухудшению качества обслуживания граждан.

Смертность и заболеваемость населения РФ



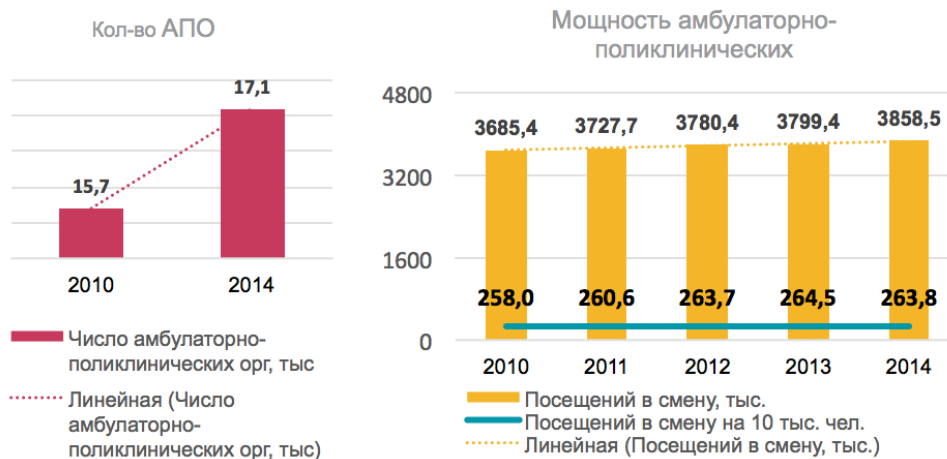
В результате оптимизации больничной сети произошло сокращение больниц на 700 и увеличение числа амбулаторно-поликлинических организаций на 1 400. Это привело к незначительному снижению числа больничных коек (5,4%). Произошло увеличение посещений в смену (4,7%) в амбулаторно-поликлинических организациях.

Обеспеченность больничными койками

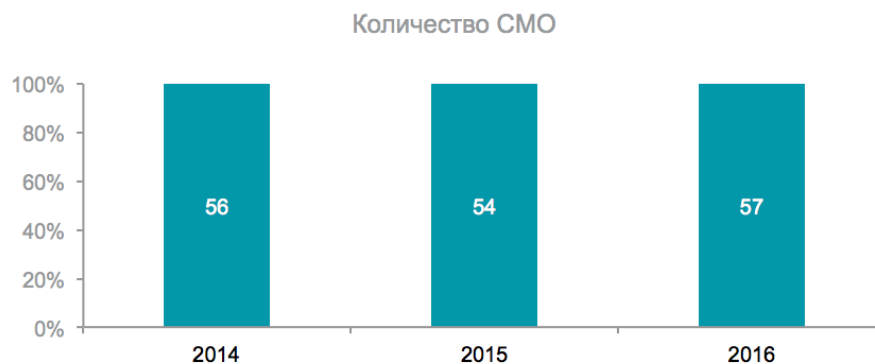


Кол-во больниц





По данным реестра субъектов страхового дела ЦБ РФ по состоянию на 01.01.2016 на рынке ОМС деятельность осуществляют 57 СМО. В 2015 году количество компаний составляло 54, в 2014 – 56.



Численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, на 1 апреля 2015 года составила 146,5 млн. человек; в том числе 61,5 млн. работающих и 85 млн. неработающих граждан. Динамика застрахованных лиц за период 2012-2015 гг. представлена на графике ниже.



Количество СМО на рынке ОМС в РФ находится на стабильном уровне, фактически нельзя говорить о росте или спаде. Однако, важно заметить, что действительного количества СМО достаточно для обеспечения качественного обслуживания застрахованных лиц даже с учетом возможного роста. Другими словами, нет существенной необходимости в изменении конъюнктуры рынка.

Высокая концентрация рынка

По состоянию на 01.10.2015 10 крупнейших компаний контролируют 73,9% рынка ОМС в РФ. Данные по долям рынка этих компаний приведены в таблице и на графике ниже (рыночные доли рассчитаны на основе данных по количеству застрахованных лиц):

№ п/п	Компания	Рыночная доля, %
1	ЗАО МАСК 'МАКС-М»	12,9
2	СМК ОАО 'РОСНО-МС»	12
3	ОАО «СК СОГАЗ-Мед»	11,1
4	ООО «Росгосстрах— Медицина»	9,6
5	ООО «АльфаСтрахование МС»	7,4
6	ЗАО 'Капитал Медицинское страхование»	5,1
7	ООО СК 'Ингосстрах-М»	4,4
8	ООО МСК 'РЕСО-МЕД»	4,3
9	АО » ВТБ Медицинское страхование»	4
10	ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М»	2,4

ТОП-10 СМО на рынке ОМС в РФ в 2015



Ключевыми игроками на рынке ОМС в РФ являются три СМО: ЗАО МАСК «МАКС-М», СМК ОАО «РОСНО-МС», ОАО «СК СОГАЗ-Мед».

Высокую концентрацию рынка ОМС в РФ следует рассматривать как положительное явление ввиду нескольких причин:

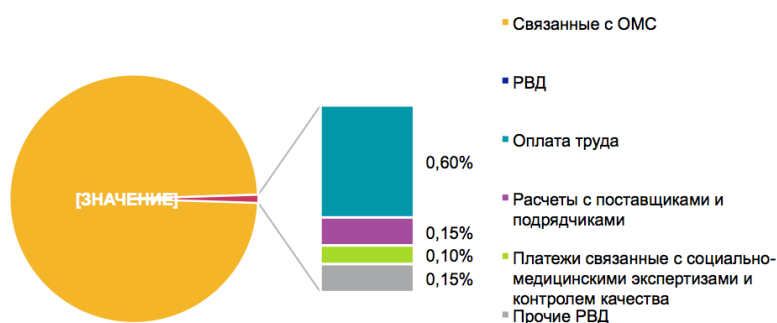
- Сравнительно небольшое количество СМО дает возможность обеспечить более качественный контроль со стороны надзорных органов. (На рынке добровольного страхования присутствует более 300 страховых компаний)
- То количество СМО, которое на данный момент присутствует на рынке является достаточным для обеспечения необходимой конкуренции, что положительно влияет на качество предоставляемых услуг.

Структура платежей СМО

В структуре платежей СМО платежи, связанные с медико-экономическими экспертизами и контролем качества, составляют 0,1%. При этом общий объем РВД составляет 1,1% от всех платежей СМО. Наибольшую долю в структуре РВД СМО занимают расходы, связанные с оплатой труда.

Уровень затрат на платежи, связанные с медико-экономическими экспертизами и контролем качества, сопоставим с уровнем затрат на расчеты с поставщиками и подрядчиками. Таким образом, СМО выделяют достаточное количество ресурсов на обеспечение качественного предоставления услуг населению.

Структура платежей СМО



Анализ качества обслуживания населения

Анализ качества обслуживания населения производился согласно методике, используемой ФФМОС. Был произведен расчет среднего уровня ключевых показателей деятельности СМО, а также выделены СМО, которые лидируют и отстают в выполнении приведенных показателей.

В столбце «Максимальный уровень» указано наиболее благоприятное значение, кроме показателей № 3 и №4 – для этих показателей наиболее благоприятным считается значение, приведенное в столбце «Минимальный уровень»

№ п/п	Показатель	Средний уровень	Максимальный уровень	Минимальный уровень
1	Результативность досудебной и судебной деятельности СМО	72%	ЗАО Страховая группа 'Спаские ворота-М' (100%) и еще 18 СМО	ЗАО МСО 'Надежда' (10,3%)
2	Информационная активность СМО в медицинских организациях	57%	ООО СМО 'Восточно-страховой альянс' (100%) и еще 5 СМО	ООО СК 'Интермедсервис-Сибирь' (0%) и еще 2 СМО
3	Наличие обоснованных жалоб на работу СМО	0,13	ООО СК 'КАСКО-МС' (2,8)	ООО СК 'Интермедсервис-Сибирь' (0%) и еще 42 СМО
4	Нарушения в экспертной деятельности СМО	1,96	ООО Страховая медицинская компания «Крыммедстрах» (22,8)	ООО СК 'Интермедсервис-Сибирь' и еще 11 СМО
5	Объем тематических экспертиз	33,3	ООО МСК 'АСКО-ЗАБОТА' (77,2)	ЗАО СМК 'АСК-Мед'
6	Проведение	110,09	ЗАО МСК «КС	ЗАО СМК 'АСК-Мед'

	социологических опросов		Страхование» (1 373,40)	
--	-------------------------	--	-------------------------	--

Разбивка СМО по уровню приведенных показателей. Характеристика производилась при помощи деления значений на равные интервалы. Максимальный уровень показателя принимался как наиболее благоприятный. Результаты представлены в таблице ниже.

Показатель	Качество исполнения показателя			
	Хорошо, СМО шт.	Выше среднего, СМО шт.	Ниже среднего, СМО шт.	Плохо, СМО шт.
Результативность досудебной и судебной деятельности СМО	39	5	2	13
Информационная активность СМО в медицинских организациях	20	13	14	12
Наличие обоснованных жалоб на работу СМО	49	5	0	5
Нарушения в экспертной деятельности СМО	53	4	0	2
Объем тематических экспертиз	5	17	24	2
Проведение социологических опросов	3	2	6	48

Как можно увидеть, недостаточное внимание СМО уделяют только 2 показателям: тематические экспертизы и социологические опросы. Более 80% компаний не проводят социологических опросов. Остальные показатели деятельности СМО полностью соответствуют благоприятному уровню.

***Переход от выбора работодателя и государства к выбору гражданина.
Что изменилось?***

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11. 2010 г. № 326-ФЗ, вступивший в силу

с 1 января 2011 г., внес ряд существенных изменений в условия деятельности страховых медицинских организаций, направленных на повышение их роли в системе ОМС:

- гражданам предоставлено право самостоятельного выбора СМО без посредников в лице работодателей и органов власти,
- повышены требования к уставному капиталу СМО,
- расширены возможности их участия в планировании объемов медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС,
- введены механизмы стимулирования СМО к эффективному выполнению возложенных на них функций и др.

Нормы нового закона вводились в действие поэтапно, и, в частности, новые правила формирования собственных средств СМО вступили в силу только спустя год после принятия закона, т.е. с 1 января 2012 г.

До 2011 г. выбор страховой организации от имени застрахованных совершали их работодатели (для работающих) и органы власти (для неработающих). Закон № 326-ФЗ предоставил гражданам право самостоятельно выбирать СМО. Сохранение прежних посредников не предусмотрено.

Исследование роли страховых медицинских организаций в модернизированной российской системе ОМС показывает, что граждане стали в растущей степени использовать предоставленное им право прямой, без посредников, смены страховой медицинской организации.

В 2011–2012 гг. численность граждан, меняющих СМО, резко уменьшилась по сравнению с 2010 г., до введения в действие нового закона. Но в 2013 г. активность населения по смене СМО заметно возросла, и ее рост продолжился в 2014 г. Таким образом, по прошествии двух лет с момента предоставления застрахованным права самостоятельной смены СМО граждане стали в растущей степени использовать это право.

При этом уровень конкуренции между СМО за застрахованных значительно вырос в 2014 г. по сравнению с 2012 г. Согласно ответам респондентов, полученным в 2014 г., политика СМО по привлечению застрахованных несущественно изменилась в сравнении с 2012 г., хотя доля ответов по лидирующим мероприятиям сократилась.

СМО активизировали проведение различных мероприятий по информированию населения, но основной акцент по-прежнему делают на информировании населения о своей деятельности, нежели чем о деятельности медицинских организаций и о качестве предоставляемой медицинской помощи.

Полученные результаты свидетельствуют, что значительную часть СМО уже неправомерно считать пассивными посредниками в движении финансовых средств между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями. Расширяется их участие в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС. Усилилась активность СМО

в проведении экспертиз качества медицинской помощи и активизировались попытки влиять на его улучшение.

Краткие итоги

Анализ эффективности системы ОМС показал, что действующая в настоящий момент система ФФОМС – СМО экономически эффективна и отвечает большинству предъявляемых к ней требований:

1. Расходы на ведение дела стабильно снижаются. Расходы на ведение дела СМО в РФ стабильно снижаются в периоде 2012-2016 гг.: средняя величина расходов на ведение дела СМО по России в 2016 снизилась на 0,36 п.п. по сравнению с 2012 годом (с 1.41% до 1.05%).

2. Структура расходов СМО отвечает реалиям рынка и экономически обоснована. В 2015 году в структуре платежей СМО платежи, связанные с медико-экономическими экспертизами, контролем качества и информирование населения, составляют 10% от РВД. При этом общий объем РВД составляет 1,1% от всех платежей СМО.

3. Стабильно низкий уровень обоснованных жалоб. Средний уровень обоснованных жалоб на СМО в 2015 году находился на уровне 0.13% от общего числа застрахованных лиц.

4. Эффективность реформы ОМС. Проведение Реформы ОМС привело к активизации деятельности СМО и повышению конкуренции на рынке ОМС. Расширяется участие СМО в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС. Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи.

5. Возможность обеспечить качественный контроль за деятельностью СМО. 10 крупнейших компаний контролируют 73,9% рынка ОМС в РФ. Остальные 49 компаний – 26.1% рынка. Существующее количество игроков на рынке ОМС способно обеспечить необходимый уровень конкуренции, при этом даёт возможность надзорным органам обеспечить качественный контроль за их деятельностью.

7.2. Обзор рынка добровольного медицинского страхования в России

Согласно исследованиям, ДМС остается корпоративным сегментом страхования, а розничный сегмент ДМС по-прежнему крайне незначительный. С 2009 по 2013 гг средняя цена полиса ДМС выросла на 48,9% и достигла 7 тыс. руб за годовой полис. Поскольку 87% объема рынка ДМС занимает корпоративное страхование, то и средняя цена полиса более приближена к оптовой цене для крупных организаций, то есть к минимально возможной цене.

Из-за исчерпания сегмента крупных клиентов страховщики вынуждены плотнее работать с физическими лицами и мелким бизнесом, из-за чего средняя цена полиса будет ежегодно возрастать и к 2018 г

достигнет 11 тыс. руб. за полис. В ближайшие годы средние цены на обслуживание по программе ДМС будут расти медленнее, чем на разовые услуги коммерческих клиник. К 2018 году средняя цена медицинского приема по ДМС составит 1855,3 руб. за прием.

По итогам 9 месяцев 2015 года российский рынок ДМС вырос всего на 3%. В отличие от других видов страхования – Каско или ОСАГО, которые изрядно лихорадит в силу разных причин, ДМС остается некоей тихой гаванью, где всё идет своим чередом и без больших потрясений.

По цифрам ДМС за 3 квартала изменился следующим образом. Сборы страховой премии составили 108,5 млрд рублей, увеличившись с показателями 2014 года на 3,2%. Выплаты страхового возмещения росли чуть быстрее – плюс 5,8% до отметки в 73,5 млрд рублей. Общий уровень выплат (отношение выплат к сборам) увеличился на 1,6 процентных пункта до 67,7%.

Что касается концентрации рынка в руках ведущих игроков, то здесь ДМС идет в ногу со всеми прочими видами страхования. За 9 месяцев 2015 года 30 крупнейших компаний аккумулировали 91,7% всех сборов по стране. Годом ранее эта цифра составляла 90,1%.

Основная причина роста концентрации – политика ЦБ РФ, направленная на планомерное очищение рынка от недобросовестных страховщиков. Отзыв лицензий высвобождает доли рынка, которые естественным образом распределяются среди действующих игроков.

Говорить о монополизации не приходится, потому что внутри «тридцатки» сборы распределены достаточно равномерно. За исключением СОГАЗа, который благодаря акценту на потребности нефтегазового сектора удерживает треть всего рынка ДМС. Что зеркально повторяет ситуацию в ОСАГО, где треть сборов приходится на Росгосстрах.

Тенденции рынка ДМС в России в 2015 – 2016 году

В условиях неослабевающих кризисных тенденций страховая статья расходов является одной из первых в числе сокращаемых работодателями. Многие компании малого и среднего бизнеса отказываются от программ ДМС. Другие, в том числе крупные компании, частично оптимизируют программы, что проявляется в сокращении перечня лечебных учреждений, исключении дорогостоящих опций, в частности, стоматологии, отказе от ряда специальных бонусных программ, например, страхования родственников.

В то же время растет и стоимость ДМС, так как данный вид страхования является инфляционным и находится в сильной зависимости от девальвации рубля – многие медицинские препараты, особенно для стоматологии, закупаются за рубежом. В целом по совокупности факторов можно сделать прогноз о существенном замедлении темпов роста рынка ДМС в 2015 году, рост рынка будет главным образом обеспечен за счет

медицинской инфляции. По всей видимости, при сохранении текущего экономического цикла данная тенденция сохранится и в 2016 году.

Преимущества ДМС в отличие от ОМС

В первую очередь страховые компании проводят регулярный мониторинг качества оказываемых медицинских услуг в поликлиниках, которые они рекомендуют своим клиентам, поэтому владелец полиса ДМС может рассчитывать на получение медицинской помощи более высокого уровня. К плюсам также относится обеспечение комфортного медицинского обслуживания, в том числе на дому и на рабочем месте, а также более широкого спектра медицинских услуг, включаемых в программы ДМС. В случае срочной госпитализации обеспечивается оперативное прибытие частной службы скорой медицинской помощи.

Выгоды от ДМС работодателю

Приобретение полисов ДМС позволяет работодателю получить льготы по налогообложению, обеспечить своих сотрудников качественной медицинской помощью, снизить заболеваемость путем проведения регулярных вакцинаций. Наличие полиса ДМС в социальном пакете – это показатель бережного отношения компании к сотрудникам, что создает дополнительные стимулы для формирования лояльности к работодателю.

Выбор страховщика. Какие могут быть скрытые условия?

При выборе страховщика следует ориентироваться на финансово устойчивые компании, значительный объем ресурсов которых позволяет отвечать по взятым на себя обязательствам в полном объеме. Не менее важно обратить внимание на перечень медицинских учреждений, включаемых в программу ДМС, спектр предоставляемых медицинских услуг, удобство расположения клиник для сотрудников. Одним из наиболее существенных критериев надежности выбранного страховщика является наличие собственной сети медицинских клиник.

7.3. Совершенствование деятельности СМО и медицинских организаций в системе медицинского страхования

Совершенствование деятельности СМО

Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех, и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого – развитие конкурентной модели страхования – то есть создать конкуренцию между СМО и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель «одного покупателя», в роли которого выступает либо государственный, либо частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

Проблема качества оказания медицинской помощи не должна быть сведена к проверкам СМО и наказаниям ЛПУ – это дорого и непродуктивно. Решающую роль в обеспечении качества должны играть сами врачи – через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей.

Совершенствование деятельности медицинских организаций

В финансировании медицинских организаций из государственных источников планируется реализация принципа «деньги следуют за пациентом». Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений по результатам их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

Для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности их работы, необходимо предоставить им больше хозяйственной самостоятельности. Для этого необходимо законодательно закрепить статус автономного медицинского учреждения.

Изменение системы оплаты труда медицинским работникам – давно назревшая необходимость. На ближайшую перспективу коэффициент увеличения заработной платы медицинским работникам должен составить 2,5-3 по сравнению с существующим на сегодня уровнем. Необходимо реализовать действенное стимулирование эффективной работы медицинского персонала, а значит существенная дифференциация оплаты в зависимости от объема и качества оказанных услуг.

Обеспечение полностью бесплатного лекарственного лечения в условиях стационара. Больные не должны приходить в больницу со своими лекарствами – предоставление всех лекарств, включенных в стандарт лечения, должно стать бесспорной обязанностью больницы.

Одновременно планируется существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению (по рецептам врачей), охватив соответствующими программами всех детей и пенсионеров. Чтобы начать серьезные структурные преобразования, нужны крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Чрезмерные объемы и недостаточная интенсивность стационарной помощи во многом определяются тем, что первичное звено пока не способно взять на себя основную нагрузку по лечению больных.

Гражданин, как основное заинтересованное лицо в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи

достойного качества. С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи.

С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения. Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Столь же важно развитие общественных организаций, способных участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Эти и многие другие функции могут выполнять различные общества, в том числе, организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

Основными проблемами развития медицинского страхования является недостаточное финансирование и организация распределения финансовых ресурсов, так же не совсем точная нормативно-правовая база. Решение проблем возможно лишь точными целенаправленными действиями правительства РФ, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения.

7.4. Перспективы развития медицинского страхования в России

Перспективы развития ОМС и ДМС планируется реализовать по нескольким основным направлениям.

1. Увеличение финансирования отрасли здравоохранения. В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году увеличатся до 4,8% ВВП, частные расходы – до 1,1-1,5% ВВП. При этом дифференциация регионов по уровню финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней на душу населения сократится с 4-5 раз до 2 раз.

2. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС.

3. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вброса денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей – введение накопительных счетов граждан России.

4. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в сфере здравоохранения возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется большая часть финансовых ресурсов.

Необходимость принятия нового закона диктуется следующими соображениями:

- государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть:
 - а) максимально конкретными,
 - б) ясными для населения,
 - в) финансово сбалансированными.

Для людей жизненно важно знать, что можно получить на бесплатной основе и за что придется заплатить. Обращаясь в медицинскую организацию, пациент должен иметь ясное представление о мере своих гарантий. И она должна быть единой для всех;

- среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный – конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания.

По каждому заболеванию устанавливается набор услуг и лекарственных средств, предоставление которых гарантируется государством на бесплатной основе. Этот набор определяется на основе федеральных медицинских стандартов, которые конкретизируются медико-экономическими территориальными стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми субъектами РФ и выполняющими функцию минимальных социальных стандартов.

5. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Механизмы осуществления этого важного перспективного направления следующие:

- увеличение ставки ЕСН в части, зачисляемой в систему ОМС с учетом стоимости «страхового года» работающих граждан;
- отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда (ФОТ) налогоплательщика и переход к плоской шкале

налогообложения фонда оплаты труда, независимо от размеров оплаты труда;

- установление четких требований к размеру и механизмам уплаты страховых взносов за неработающее население, вносимых из региональных бюджетов;

6. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

- отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

- переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощь (метод «зарабатывания»), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;

- в первичной медико-санитарной помощи – сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

7. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС. В настоящее время обсуждается вопрос о возврате к практике заключения трехсторонних соглашений между Минздравсоцразвитием России, ФОМС и главами администраций субъектов РФ, что позволит оптимизировать направление субвенций территориям и возобновит управляемость отрасли через внебюджетную финансовую систему.

8. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг. Государственное регулирование платных услуг предполагает осуществление следующих давно назревших действий: четкое определение перечня медицинских услуг, превосходящие медицинскую помощь в рамках государственных гарантий, могут быть получены гражданами на платной основе.

Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%. В России этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате.

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг. В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования.

В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемыми.

Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения. Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, – тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный.

Заключение

Здоровье населения – важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. В связи с этим обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств ОМС, является важнейшей государственной задачей. На основе мирового опыта была выбрана идея перехода к медицинскому страхованию и принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Договор медицинского страхования, и особенно обязательного, является в условиях новой экономической политики основным документом, регулирующим отношения сторон в сфере страховой медицины. Договор обязательного медицинского страхования имеет ряд особенностей, связанных с формой договора, условиями и порядком его заключения. Это обусловлено тем, что правоотношения обязательного медицинского страхования регулируются большим количеством нормативных правовых актов, различных по своей юридической силе. Главенствующее положение здесь, как и в случае регулирования иных гражданских правоотношений, занимает Гражданский кодекс Российской Федерации.

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.

Кроме обязательного (социального) медицинского страхования законом вводится добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования. В настоящее время в России задействована система организации медицинского страхования, в которой обязательное и добровольное медицинское страхование существуют параллельно, дублируя друг друга.

Несмотря на то, что все население застраховано по программе обязательного медицинского страхования, на рынке страховых услуг появляется добровольное медицинское страхование как реакция на возникновение спроса населения на дополнительные или более качественные услуги. Наличие у страхователя полиса добровольного медицинского страхования не накладывает ограничений на доступ к услугам по программе обязательного страхования. Программы обязательного и добровольного медицинского страхования не конфликтуют между собой, в связи с тем, что обязательное медицинское страхование предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а добровольное страхование – сверх этого минимума, что позволяет значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Добровольное медицинское страхование – один из наиболее противоречивых видов страховой деятельности. С одной стороны, оно относится к личному страхованию, и его зачастую сравнивают со страхованием жизни, где объем обязательств страховщика заранее определен в договоре страхования. С другой стороны, специалисты справедливо относят его к рисковому видам страхования и сравнивают со страхованием имущества.

В российской практике на представление о сути добровольного медицинского страхования значительное влияние оказывает существующая система обязательного медицинского страхования. В целом по России ДМС довольно перспективный вид страхования. Это показывает число составляемых договоров и число застрахованных по сравнению с другими видами страхования. Но из-за высоких страховых тарифов страховые суммы небольшие.

Для современной России чрезвычайно важно обеспечить права застрахованных в системе медицинского страхования в части получения медицинских услуг необходимого объема и качества. Кроме разработки нормативной базы, обеспечивающей права застрахованных, необходимо определить конкретные механизмы компенсации причиненного ущерба пострадавшим. Одновременное с этим введение обязательного страхования профессиональной ответственности врачей позволит обеспечить защиту не

только прав пациента, но и защиту профессиональных и имущественных прав медработников.

Решение нормативно-правовых вопросов относительно источников уплаты страховых взносов и выплаты средств при наложении штрафов сделает финансовые санкции к лечебному учреждению или к конкретному медицинскому работнику важным фактором улучшения качества медицинской помощи. Сочетание ОМС и ДМС позволяет комплексно оценивать состояние застрахованного и более профессионально подходить к оказанию медицинской помощи. Оптимальное сочетание полисов ДМС и ОМС экономит деньги и время граждан.

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал государственного
бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального
образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Ю.В. Золотарева

**Методические указания по выполнению
контрольной работы по дисциплине
Медицинское страхование**

**направления 38.03.02 «Менеджмент»
(заочная форма)**

Пятигорск 2020

I. Общие положения

I.1. Цели и задачи контрольной работы

Целью выполнения контрольной работы является углубление и закрепление теоретических и практических навыков используемых для решения конкретных практических задач по дисциплине «Медицинское страхование».

Задачами выполнения контрольной работы является изучение теоретического и практического материала по управлению персоналом медицинской организации.

Таким образом, контрольная работа представлена в форме сквозной задачи.

I.2. Порядок и сроки выполнения контрольной работы.

Задания по контрольной работе выдаются в сроки, установленные учебным планом. Работа выполняется студентом в течение учебного семестра, в соответствии с календарным графиком.

Процесс выполнения контрольной работы включает следующие этапы:

- подбор и изучение литературы по теме;
- написание контрольной работы;

Структура и содержание работы

Требования к содержанию контрольной работы

2. ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

В соответствии с учебным планом студенты должны выполнить одну контрольную работу по учебной дисциплине «Медицинское страхование».

Выполнение контрольной работы позволяет координировать работу обучающихся по изучению предмета в межсессионный период и осуществлять текущий контроль за самостоятельной работой студентов заочного отделения.

Надлежащее выполнение контрольных работ способствует более глубокому изучению учебных дисциплин, выработке необходимых навыков

самостоятельного обобщения материала, правильному применению полученных знаний в практической деятельности.

Цель выполнения контрольной работы для студента состоит в том, чтобы самостоятельно, на основе изучения литературы и знаний, полученных с помощью обзорных лекций и консультаций преподавателя, рассмотреть и изложить в тетради предложенные темы. Самостоятельная работа с источниками литературы поможет студентам приобрести определенный навык в обобщении и изложении материала по вопросам управленческой деятельности.

Этапы работы над контрольной работой можно представить в следующей последовательности:

- изучение рекомендованной по теме литературы;
- составление плана работы;
- подготовка текста, его оформление;
- составление списка использованной литературы;
- предоставление на заочное отделение выполненной работы.

Обучающиеся, получившие контрольную работу после проверки, должны внимательно ознакомиться с рецензией и с учетом замечаний и рекомендаций преподавателя доработать отдельные вопросы.

К экзамену или зачету допускаются студенты, которые своевременно выполнили домашнюю контрольную работу и получили по ней «зачет».

«Зачтенная» контрольная работа предъявляется преподавателю в день сдачи экзамена (зачета), в противном случае студенты к экзамену не допускаются.

По «зачтенным» работам преподаватель может проводить собеседование для выяснения возникших при рецензировании вопросов.

«Незачтенные» контрольные работы подлежат повторному выполнению на основе развернутой рецензии.

Результаты проверки фиксируются в журнале учета домашних контрольных работ.

Студент должен прибыть на зачет с зачтенной контрольной работой и предъявить ее экзаменатору. В ходе экзамена студенту могут быть заданы по контрольной работе вопросы, вытекающие из рецензии.

В работе должна быть приведена полная формулировка теоретического вопроса и после нее дан ответ, который должен быть конкретным, раскрывающим суть вопроса. Желательно использование нескольких источников для всестороннего освещения вопроса.

В завершении работы необходимо указать список используемой литературы с указанием названия, книжного издания, авторов, года издания (не позднее 2015 года), а также использованные цифровые образовательные ресурсы или интернет-источники.

Для рецензии преподавателя нужно оставить 1-2 страницы в конце тетради. Если работа «зачтена с условием» или «не зачтена», она повторно выполняется (дополняется) в той же тетради с учетом замечаний преподавателя.

К выполнению контрольной работы студент должен подходить творчески, максимально используя свой личный и производственный опыт, изучив рекомендуемую литературу и учитывая рекомендации преподавателя.

3. КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Контрольная работа по учебной дисциплине «Медицинское страхование» имеет следующие критерии оценивания:

Оценка «зачтено»:

- полно раскрыто содержание темы и вопросов в объеме программы и рекомендованной литературы;

- четко и правильно даны определения и раскрыто содержание концептуальных понятий, закономерностей, корректно использованы научные термины;

- для доказательства использованы различные теоретические знания, выводы из наблюдений и опытов;

- ответ исчерпывающий, с опорой на литературные источники.

Оценка «зачтено с условием»:

- раскрыто основное содержание темы и вопросов, но изложено фрагментарно;

- содержание работы неполное, допущены нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях.

- допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий.

Оценка «незачтено»:

- содержание темы и вопросов не раскрыты;

- ответ неправильный, не раскрыто основное содержание программного материала;

- не даны ответы на вспомогательные вопросы;

- допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Контрольная работы должна содержать титульный лист, содержание работы, полный ответ на теоретический вопрос, практическую часть, заключение, список использованной литературы и приложения. Объем работы должен составлять 15-25 страниц компьютерного текста. На титульном листе указываются факультет, кафедра, номер варианта, фамилия, имя, отчество студента, курс, группа, номер личного дела, фамилия и инициалы преподавателя-рецензента.

При оформлении контрольной работы необходимо выполнение следующих требований: - Формат листа - А4; - Текстовый редактор - MS Word любой версии; - Поля на странице: слева и сверху - 2,5 см., снизу - 2,0 см., справа - 1,5 см. - Шрифт - Times New Roman, 14 пт.; - Абзац: интервал - 1.5, красная строка - 1.25 см., выравнивание - по ширине, допускаются переносы в словах; - Печать осуществляется на одной стороне листа; - Все страницы, кроме титульного листа, должны быть пронумерованы; Все схемы, диаграммы, графики именуются рисунками и имеют сквозную нумерацию; Выравнивание подрисовочных подписей - по центру; Номер таблицы указывается справа, а ее название по центру вверху таблицы; Формулы и других математические выражения создаются с использованием встроенного в MS Word редактора формул Equation.

Для стилового оформления формул можно использовать встроенные стандартные настройки редактора формул, за исключением размера основного текста; Страницы текста контрольной работы нумеруются арабскими цифрами, номер страницы ставится вверху по центру. Титульный лист считается первым, но номер на нем не проставляется. На странице, где указывается содержание работы, проставляется номер страницы - два (2) и т.д. Список литературы также следует включать в сквозную нумерацию страниц. Таблицы и рисунки должны размещаться сразу после ссылки на них в тексте контрольной работы. При оформлении контрольной работы сокращения слов и словосочетаний не допускаются, за исключением общепринятых сокращений и аббревиатур.

В библиографический список включаются только те источники, которые действительно использовались студентом при выполнении контрольной работы. Каждый источник должен иметь полные выходные данные, которые приведены в контртителе изданного источника. В частности приводятся фамилия автора (авторов) и его (их) инициалы, полное наименование источника, вид издания, место издания, наименование

издательства, год издания и количество страниц. Завершенная и правильно оформленная контрольная работа должна быть сброшюрована или помещена в канцелярскую папку. При положительном заключении работа допускается к собеседованию, о чем делаются записи на титульном листе работы. При отрицательной заключении работа возвращается на доработку с последующим представлением на повторное рецензирование. Студент, не представивший в установленные сроки контрольную работу, не допускается к сдаче зачета по дисциплине.

Задания к контрольной работе

Комплект контрольных заданий по дисциплине «Медицинское страхование»

Вариант 1

1. Понятие страхования, причины его возникновения, истоки развития. Принципы страхования.
2. Застрахованные лица в системе ОМС, их права и обязанности. Страховой медицинский полис

Вариант 2

1. Функции и виды страхования. Приведите примеры.
2. Территориальный фонд ОМС, основные задачи, финансовые средства и расходы ТФОМС.

Вариант 3

1. Основные этапы развития медицинского страхования в России с 1991 г. по настоящее время.
2. Добровольное медицинское страхование в России, сущность, субъекты, схемы взаимодействия. Страховой случай в ДМС

Вариант 4

1. Необходимость и сущность медицинского страхования. Принципы медицинского страхования
2. Федеральный фонд ОМС и его основные функции. Финансовые средства и расходы ФФОМС.

Вариант 5

1. Основные этапы развития медицинского страхования в России.
2. Страхователи в системе ОМС, их права и обязанности. Страховые взносы на медицинское страхование.

Вариант 6

1. Организационные основы функционирования системы здравоохранения в России в 1933-1990 гг.
2. Программы обязательного медицинского страхования, сущность и содержание

Вариант 7

1. История развития медицинского страхования за рубежом
2. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС

Вариант 8

1. Система медицинского страхования в России. Принципы организации ОМС
2. Методы оплаты медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи.

Вариант 9

1. Типы систем здравоохранения, выделяемые ВОЗ, достоинства и недостатки каждой из них. Определите, к какому типу здравоохранения относится современная система российского здравоохранения.
2. Защита прав застрахованных в системе ОМС. Контроль за качеством оказания медицинской помощи.

Вариант 10

1. Методы оплаты медицинских услуг стационаров
2. Основные нормативно-правовые документы организации системы ОМС. Фонды обязательного медицинского страхования, их основные функции.

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

—

филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования

**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ
УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ»
ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ
38.03.02 «МЕНЕДЖМЕНТ»**

Пятигорск, 2020

РАЗРАБОТЧИКИ:

Доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. экон. наук, доцент Багдасарян Д.Г.

Старший преподаватель кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, Шкуратова М.В.

РЕЦЕНЗЕНТ:

Доцент кафедры экономики, менеджмента и государственного управления федерального государственного бюджетного автономного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Кавказский Федеральный университет», Институт сервиса, туризма и дизайна (филиал) в г. Пятигорске, доцент, кандидат экономических наук, Жуковская Наталья Петровна

В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:

ПК-9 способностью оценивать воздействие макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявлять и анализировать рыночные и специфические риски, а также анализировать поведение потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли;

ПК-15 умением проводить анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
1	Экономическая сущность медицинского страхования и его значение в рыночной экономике. Роль органов государственного и муниципального управления в поддержке страхового дела в сфере предоставления медицинских услуг	ПК-9; ПК-15
2	История развития медицинского страхования в РФ и за рубежом	ПК-9; ПК-15
3	Правовая основа организации ОМС и ДМС в России	ПК-9; ПК-15
4	Организация ОМС. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования	ПК-9; ПК-15
5	Финансовое обеспечение ОМС. Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования	ПК-9; ПК-15
6	Программы ОМС и ДМС»	ПК-9; ПК-15
7	Рынок медицинских страховых услуг России» Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на рынке медицинского страхования на основе знания экономических основ поведения медицинских организаций, структур рынков и конкурентной среды страховой отрасли	ПК-9; ПК-15

ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ИЛИ ИНЫХ МАТЕРИАЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ

ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Примеры заданий текущего контроля успеваемости

Текущий контроль успеваемости по теме 1

Экономическая сущность медицинского страхования и его значение в рыночной экономике. Роль органов государственного и муниципального управления в поддержке страхового дела в сфере предоставления медицинских услуг

Перечень вопросов:

1. Сущность страхования. Предпосылки появления медицинского страхования.
2. Медицинское страхование как вид социального страхования, определение, цели.
3. Формы и виды медицинского страхования.
4. Место медицинского страхования в системе социального страхования и его значение.
5. Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время.
6. Принципы функционирования больничных касс в дореволюционной России.
7. Становление ОМС в 90-е годы 20 века.
8. Воздействие макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявлять и анализировать рыночные и специфические риски.
9. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Понятие страхования, причины его возникновения. Принципы и виды страхования.
2. Истоки развития страхования. В каких странах раньше всего зародилось страхование?
3. Как соотносятся понятия «страховая защита» и «страхование»?
4. Общие и отличительные признаки финансовых и страховых организаций.
5. Содержание функций страхования и приведите примеры их реализации.
6. Неблагоприятные события, для защиты от которых целесообразно использовать: а) самострахование; б) страхование.
7. Уровень развития страхования в отдельных странах и сделайте вывод о его роли.
8. Оцените уровень развития страхования в России и проанализируйте факторы, обуславливающие его.
9. Деятельность отдельных страховых компаний. Какие виды страхования наиболее привлекательны на Ваш взгляд?
10. Неблагоприятные события в жизни людей и деятельности организаций, для защиты от которых целесообразно использовать метод: а) передачи риска; б) снижения риска; в) удержания риска.

Задания для практического занятия:

Задание №1

Дайте определение понятиям:

1. Обязательное медицинское страхование –

2. Добровольное медицинское страхование –

3. Страховой случай –

Задание №2

Заключен договор страхования автомобиля на случай аварии на сумму 80 тыс. руб. и на случай угона на сумму 60 тыс. руб. Стоимость автомобиля в новом состоянии – 160 тыс. руб. Автомобиль выпущен 8 лет назад. Норма амортизационных отчислений составляет 5% в год. В период действия договора автомобиль был поврежден в результате аварии и ему нанесен ущерб в сумме 20 тыс. руб. Определите сумму страхового возмещения.

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Современная рисковая среда:

- а) не меняется, т.е. риски, угрожающие факторам производства всегда одни и те же
- б) усложняется, т.к. появляются новые риски и увеличивается тяжесть воздействия рисков на факторы производства
- в) упрощается, т.к. уменьшается количество рисков и наносимый ими ущерб не имеет особенностей

2. Страхование – это:

- а) отношения по защите имущественных интересов при наступлении определенных случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками
- б) компенсация из бюджета убытков юридических лицам
- в) экономические отношения между субъектами предпринимательской деятельности по урегулированию полученных убытков
- г) компенсация из бюджета уровней убытков физических лиц

3. Понятия «страховой случай» и «неблагоприятное событие»:

- а) тождественны
- б) «страховой случай» - более широкое понятие, чем «неблагоприятное событие»
- в) «неблагоприятное событие» - более широкое понятие, чем «страховой случай»
- г) несопоставимы

4. Один из обязательных признаков риска, принимаемого на страхование - это:

- а) высокая вероятность наступления риска
 - б) социальное значение риска
 - в) случайный характер риска
 - г) значительная величина ущерба от риска
5. Страховой риск - это:
- а) достоверное событие, при наступлении которого возможен ущерб имущественным интересам страхователя
 - б) вероятное и случайное событие, при наступлении которого может быть нанесен ущерб имущественным интересам выгодоприобретателя
 - в) вероятное и случайное событие, при наступлении которого может быть нанесен ущерб застрахованным имущественным интересам страхователя
 - г) достоверное событие, при наступлении которого возможен ущерб имущественным интересам страховщика
6. Исключаются из числа рисков, принимаемых на страхование, следующие события:
- а) достоверные
 - б) связанные с катастрофическим ущербом
 - в) вероятность наступления которых мала
 - г) независимые случайные
7. Основанием для признания неблагоприятного события страховым случаем является:
- а) заявление страхователя
 - б) соответствие происшедшего события условиям, изложенным в договоре страхования
 - в) нанесение застрахованному имуществу ущерба
 - г) заявление выгодоприобретателя
8. Признаки экономической категории страхования:
- а) неизбежность наступления разрушительного события
 - б) раскладка ущерба на неограниченное число лиц
 - в) перераспределение ущерба в пространстве, во времени, в рамках определенного круга лиц
 - г) использование страхового фонда выходит за рамки совокупности плательщиков взносов
9. Основанием для классификации по отраслям страхования являются:
- а) категории страхователей
 - б) объем страховой ответственности
 - в) сроки страхования
 - г) объекты страхования
10. Страхование может осуществляться:
- а) только в обязательной форме
 - б) только в добровольной форме
 - в) как в обязательной, так и в добровольной форме
 - г) форма определяется решением страхователя

Текущий контроль успеваемости по теме 2

История развития медицинского страхования в РФ и за рубежом

Перечень вопросов к занятию:

1. Этапы развития медицинского страхования в России с 1861 года по настоящее время.
2. Принципы функционирования больничных касс в дореволюционной России. Становление ОМС в 90-е годы 20 века.
3. Зарубежные модели организации медицинского страхования.
5. Обзор зарубежного опыта организации ОМС.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Этапы развития медицинского страхования в России. Критерии периодизации медицинского страхования.
2. С принятием какого документа связано зарождение медицинского страхования в России?
3. За счет каких средств финансировалась деятельность первых больничных касс?
4. По каким причинам с 1991 года началось восстановление страховых принципов обеспечения медицинской помощью населения?
5. Какие недостатки имела первоначальная редакция закона об ОМС?
6. В чем заключались основные проблемы организации финансирования здравоохранения посредством ОМС, потребовавшие проведение его реформирования?
7. Критерии классификации систем медицинского страхования разных стран.
8. В каких странах преобладает обязательное медицинское страхование?
9. В каких странах существует всеобщее обязательное медицинское страхование?
10. В каких странах ДМС носит дополнительный характер?
11. Назовите принципиальные отличия зарубежных моделей организации ДМС от российской модели.

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание №1

Дайте определение понятиям:

1. Страховой риск – _____

2. Страховая сумма – _____

3. Страховая выплата – _____

4. Страховая премия – _____

5. Страховой тариф, или тарифная ставка – _____

Задание №2

Действительная сумма автомобиля 400 тыс. руб. Автомобиль застрахован на сумму 320 тыс. руб. с применением безусловной франшизы, равной 1,5% от страховой суммы на каждый страховой случай. В результате первой аварии автомобилю нанесен ущерб 120 тыс. руб.; при второй аварии ущерб составил 80 тыс. руб. Определите страховую выплату по каждому страх случаю и общую сумму выплаты.

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

1. Принципы добровольного страхования (из предлагаемого перечня):
 - а) выборочность принятия объектов на страхование в соответствии с условиями договора страхования
 - б) указание в соответствующем законе срока страхования
 - в) действие страхования независимо от уплаты страховых взносов
 - г) указание в соответствующем законе сторон договора страхования
2. Принципы обязательного страхования (из предлагаемого перечня):
 - а) обязательный охват страхованием всех объектов, указанных в соответствующем федеральном законе
 - б) наличие страхового посредника при заключении договора
 - в) заключение договора только с государственной страховой компанией
 - г) уплата страховой премии в бюджет
3. Страховщиком по договору страхования может быть:
 - а) только юридическое лицо, имеющее лицензию
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) объединение юридических и физических лиц
4. Страхователем по договору страхования может быть:
 - а) только юридическое лицо
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) только государственный орган
5. Сторонами основного договора страхования являются:
 - а) страхователь и выгодоприобретатель
 - б) страхователь и страховщик
 - в) страховщик и перестраховщик
 - г) перестраховщик и перестраховочный брокер
6. Страховая компания может быть создана:
 - а) как государственное предприятие
 - б) в любой организационно-правовой форме
 - в) в форме акционерного общества
 - г) в форме предприятия без образования юридического лица
7. Выгодоприобретатель – это указанное в договоре страхования, в пользу которого заключен договор:
 - а) юридическое лицо
 - б) физическое лицо
 - в) юридическое или физическое лицо
 - г) государственное учреждение

8. Застрахованное лицо – это:
- а) физическое лицо, застраховавшее свою жизнь
 - б) физическое лицо, в пользу которого составлен договор страхования
 - в) физическое лицо, застраховавшее свою жизнь или в пользу которого составлен договор страхования
 - г) государственный орган, в пользу которого заключен договор
9. Страховая деятельность в РФ в настоящее время:
- а) не лицензируется
 - б) лицензируется государством
 - в) лицензируется на уровне саморегулирования
 - г) регулируется межгосударственными соглашениями
10. Органы страхового надзора России:
- а) финансируют страховой рынок
 - б) предоставляют услуги на страховом рынке
 - в) осуществляют государственное регулирование страхового рынка
 - г) осуществляют посредническую деятельность

Текущий контроль успеваемости по теме 3 Правовая основа организации ОМС и ДМС в России

Перечень вопросов к занятию:

1. Характеристика общих положений ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Анализ нововведений в законодательство об ОМС.
3. Правовая основа организации ДМС.
4. Положения гл. 48 ГК РФ и ФЗ «Об организации страхового дела в РФ».
5. Содержание договора медицинского страхования и порядок его действия во времени.
6. Законодательные требования к учреждению и функционированию страховой медицинской организации.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Система медицинского страхования в России.
2. Обязательное и добровольное медицинское страхование в России
3. Отличительные особенности ОМС и ДМС.
4. Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж.
5. Дайте определение понятия «медицинское страхование».
6. Что является объектом страхования при ОМС, что такое страховой риск?
7. Кто является субъектами медицинского страхования?
8. Кто является страховщиками при ОМС, каковы их задачи?
9. Перечислите права граждан в системе ОМС
10. Каковы функции территориальных и Федерального фондов ОМС?
11. Какие варианты оплаты медицинских услуг действуют при ОМС?
12. Какие организации ОМС действуют в России?
13. Раскройте основные принципы ОМС.

14. Какова роль добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения?
15. Каковы основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования?

Задания для практического занятия:

Задание №1.

В договоре страхования предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. д.е. В результате ДТП нанесен вред пешеходам:

- первому на сумму 45 тыс. д.е.,
- второму на сумму – 55 тыс. д.е.

Определить: размер выплат каждому потерпевшему.

Задание №2.

Имущество стоимостью 240 тыс. руб. застраховано от огня и стихийных бедствий на 20% от его действительной стоимости. В результате урагана застрахованному имуществу был причинен ущерб в размере 18 тыс. руб. Адекватные меры, направленные на сокращение убытка, обошлись страхователю в 9 тыс. руб. Определите страховое возмещение, если условиями договора страхования установлена условная франшиза в размере 2,5 тыс. руб.

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

1. Один из обязательных признаков риска, принимаемого на страхование - это:
- а) высокая вероятность наступления риска
 - б) объективный характер риска
 - в) социальное значение риска
 - г) значительная величина ущерба от риска
2. Основанием для признания неблагоприятного события страховым случаем является:
- а) заявление страхователя
 - б) соответствие происшедшего события условиям, изложенным в договоре страхования
 - в) нанесение застрахованному имуществу ущерба
 - г) заявление выгодоприобретателя
3. Признаки экономической категории страхования:
- а) неизбежность наступления разрушительного события
 - б) раскладка ущерба на неограниченное число лиц
 - в) перераспределение ущерба в пространстве, во времени, в рамках определенного круга лиц
 - г) использование страхового фонда выходит за рамки совокупности плательщиков взносов
4. Отрасли страхования в соответствии с ГК РФ:
- а) имущественное, личное, ответственности
 - б) имущественное, личное
 - в) имущественное, личное, предпринимательских рисков
 - г) личное, ответственности
5. Страхование может осуществляться:
- а) только в обязательной форме
 - б) только в добровольной форме

- в) как в обязательной, так и в добровольной форме
 - г) форма определяется решением страхователя
6. Страховая сумма при добровольной форме страхования - это денежная оценка:
- а) минимального имущественного ущерба страхователя при наступлении страхового случая
 - б) максимального размера обязательства страховщика по страховой выплате страхователю
 - в) имущественного ущерба с учетом обоснованных и документально подтвержденных затрат страхователя в связи с наступлением страхового случая
 - г) величины выплаты после страхового случая
7. Страховой тариф по видам обязательного страхования устанавливается:
- а) соответствующим федеральным законом или подзаконным актом
 - б) страховой организацией на основе актуарных расчетов
 - в) договором страхования по соглашению сторон
 - г) органом страхового надзора
8. Страховой тариф по договору добровольного страхования устанавливается:
- а) соответствующим федеральным законом или подзаконным актом
 - б) страховой организацией на основе актуарных расчетов
 - в) договором страхования по соглашению сторон
 - г) органом страхового надзора
9. Страховщиком по договору страхования может быть:
- а) только юридическое лицо, имеющее лицензию
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) объединение юридических и физических лиц
10. Страхователем по договору страхования может быть:
- а) только юридическое лицо
 - б) только физическое лицо
 - в) как юридическое, так и физическое лицо
 - г) только государственный орган

Текущий контроль успеваемости по теме 4

Организация ОМС. Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования

Перечень вопросов к занятию:

1. Принципы организации ОМС. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС.
2. Федеральный и территориальные фонды ОМС.
3. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
4. Порядок взаимодействия государственных и муниципальных органов власти, ЛПУ, страховщиков, страхователей.
5. Субъекты ОМС, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Участники ОМС.
6. Права и обязанности застрахованных лиц по ОМС.

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

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования
2. Организация системы обязательного медицинского страхования
3. Защита прав застрахованных в системе ОМС
4. Научно-исследовательские работы в сфере ОМС
5. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы ОМС
6. Пути развития и проблемы системы ОМС в России
7. Основные положения закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Перечислите субъектов ОМС и участников ОМС.
9. Какая структура имеет статус страховщика по ОМС?
10. Какие организационные и финансовые требования установлены к медицинским страховым организациям?
11. Порядок лицензирования страховой организации
12. Существенные условия и порядок действия во времени договора ДМС
13. Принципы организации ОМС в России
14. Функции Федерального и территориальных фондов ОМС
15. Что такое базовая программа медицинского страхования граждан Российской Федерации?
16. В чем отличия территориальных программ ОМС?
17. Что такое лицензирование и аккредитация медицинских учреждений?

Задания для практического занятия:

Задание №1

Объект стоимостью $SS=6$ млн. д.е. застрахован по одному договору тремя страховщиками: первым на сумму $S1=2,5$ млн. д.е., вторым – на сумму $S2=2,0$ млн. д.е., третьим – на сумму $S3=1,5$ млн. д.е. Страховым случаем – пожаром – нанесен ущерб объекту в сумме $Y=1,8$ млн. д.е.

Определить размер выплаты страхователю каждым страховщиком $W1, W2, W3$.

Задание №2

Имущество застраховано на 250 тыс. руб. (полное страховое покрытие) с условием выплаты за ущерб по системе пропорциональной ответственности. Безусловная франшиза установлена в размере 2% страховой суммы на каждый страховой случай. В результате пожара имуществу причинен ущерб на сумму 130 тыс. руб., а через месяц в результате урагана ущерб на сумму 50 тыс. руб. Определите страховое возмещение по каждому страховому случаю.

Фонд тестовых заданий по теме № 4:

1. Общества взаимного страхования представляют собой:
 - а) объединения юридических лиц
 - б) объединения физических лиц

- в) объединения как физических, так и юридических лиц
 - г) объединения государственных органов
2. Деятельность обществ взаимного страхования:
- а) лицензируется
 - б) не лицензируется
 - в) порядок лицензирования зависит от видов страхования, которыми собирается заниматься общество
 - г) порядок лицензирования зависит от организационно-правовой формы участников общества
3. Субъекты страхового дела в целях координации своей деятельности, представления и защиты общих интересов в соответствии с действующим законодательством:
- а) могут образовывать союзы, ассоциации и иные объединения
 - б) обязаны образовывать союзы, ассоциации и иные объединения
 - в) не имеют права образовывать союзы, ассоциации и иные объединения
 - г) этот вопрос не оговаривается законодательством
4. Специализация страховщиков в соответствии с законодательством РФ:
- а) страхование жизни; виды страхования иные, чем страхование жизни
 - б) страхование средств транспорта, прочие виды страхования
 - в) страхование юридических лиц, страхование физических лиц
 - г) страхование имущества, страхование ответственности
5. Деятельность иностранных страховщиков на страховом рынке РФ:
- а) имеет законодательные ограничения
 - б) не имеет законодательных ограничений
 - в) зависит от наличия дипломатических отношений между РФ и страной, в которой зарегистрирована иностранная страховая компания
 - г) определяется директивами ЕС
6. Страховая компания может быть создана:
- а) как государственное предприятие
 - б) в любой организационно-правовой форме
 - в) в форме акционерного общества
 - г) в форме предприятия без образования юридического лица
7. Выгодоприобретатель – это указанное в договоре страхования, в пользу которого заключен договор:
- а) юридическое лицо
 - б) физическое лицо
 - в) юридическое или физическое лицо
 - г) государственное учреждение
8. Страховые посредники - это:
- а) страховые агенты и брокеры
 - б) аварийные комиссары
 - в) перестраховщики
 - г) сюрвейеры
9. Страховые агенты работают от имени и по поручению:
- а) страховщика
 - б) страхователя
 - в) страхового посредника
 - г) органа страхового надзора
10. Традиционный страховой посредник - это:
- а) страховой брокер

- б) банк
- в) туристическая фирма
- г) орган страхового надзора

Текущий контроль успеваемости по теме 5 Финансовое обеспечение ОМС. Оценка воздействия макрэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования

Перечень вопросов к занятию:

1. Источники средств ОМС. Страховые взносы на ОМС работающего населения.
2. Платежи за неработающее население.
3. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов.
4. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование.
5. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
6. Оценка воздействия макрэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Финансовое обеспечение ОМС
2. Финансирование страховых медицинских организаций
3. Тарифная политика в системе ОМС
4. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования
5. Организация системы обязательного медицинского страхования
6. Защита прав застрахованных в системе ОМС
7. Научно-исследовательские работы в сфере ОМС
8. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы ОМС
9. Пути развития и проблемы системы ОМС в России
10. Основные положения закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
11. Перечислите субъектов ОМС и участников ОМС.
12. Какая структура имеет статус страховщика по ОМС?
13. Какие организационные и финансовые требования установлены к медицинским страховым организациям?
14. Порядок лицензирования страховой организации
15. Существенные условия и порядок действия во времени договора ДМС
16. Принципы организации ОМС в России
17. Функции Федерального и территориальных фондов ОМС
18. Что такое базовая программа медицинского страхования граждан Российской Федерации?
19. В чем отличия территориальных программ ОМС?
20. Что такое лицензирование и аккредитация медицинских учреждений?

Задания для практического занятия:

Задание №1

Рассчитать размер страхового платежа и страхового возмещения. Хозяйствующий субъект застраховал свое имущество сроком на один год с ответственностью за кражу на сумму 120 тыс. руб. Ставка страхового тарифа 3% страховой суммы. По договору страхования предусмотрена безусловная франшиза в размере 2 тыс. руб., при которой предоставляется скидка к тарифу 4%. Фактический ущерб страхователя составил 20,5 тыс. руб.

Задание №2

В договоре страхования предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. д.е. В результате ДТП нанесен вред пешеходам:

первому на сумму 45 тыс. д.е.,

второму на сумму – 55 тыс. д.е.

Определить: размер выплат каждому потерпевшему.

Фонд тестовых заданий по теме № 5:

1. Сформированное страховщиком с целью солидарной раскладки ущерба объединение специально отобранных и принятых на ответственность рисков – это:

- а) страховой портфель
- б) страховой полис
- в) страховое покрытие
- г) страховой акт

2. Страховое событие, которое уже наступило – это:

- а) страховое покрытие
- б) страховой случай
- в) страховая ответственность
- г) страховая совокупность

3. Максимальное количество потенциальных объектов для данного вида страхования – это:

- а) страховое поле
- б) страховое покрытие
- в) страховой портфель
- г) страховой риск

4. Договор добровольного страхования должен быть заключен:

а) в устной или письменной форме
б) только в письменной форме
в) форма заключения договора зависит от степени доверия между страхователем и страховщиком

- г) только в устной форме

5. Неотъемлемое приложение к договору страхования, в котором содержатся условия страхования, определяющие права и обязанности сторон договора страхования, перечень страховых случаев и исключений, при которых страховщик освобождается от ответственности - это:

- а) страховой полис
- б) страховой акт
- в) правила страхования

- г) страховой договор
- 6. Задачей страхового агента является:
 - а) выполнение актуарных расчетов
 - б) определение цены на страховую услугу
 - в) управление продажей услуг
 - г) заключение договора страхования от лица страховщика
- 7. Страховой агент имеет право заключать от своего имени договоры добровольного страхования:
 - а) без ограничений
 - б) это запрещено законодательством
 - в) при наличии разрешения органа страхового надзора
 - г) при наличии профильного высшего образования
- 8. Лицензирование страховой и брокерской деятельности осуществляет:
 - а) орган страхового надзора
 - б) орган антимонопольного регулирования
 - в) саморегулируемая организация страховщиков
 - г) саморегулируемая организация страхователей
- 9. Решение об отзыве лицензии страховщика принимается:
 - а) органом страхового надзора
 - б) саморегулируемой организацией страховщиков
 - в) судом
 - г) страхователем
- 10. Лицензия дает право страховщику:
 - а) заниматься любой предпринимательской деятельностью
 - б) проводить только разрешенные виды страховой деятельности
 - в) совмещать банковскую и страховую деятельность
 - г) совмещать страховую и производственную деятельность

Текущий контроль успеваемости по теме 6 Программы ОМС и ДМС

Перечень вопросов к занятию:

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования.
2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования.
3. Программы ДМС (базовые и дополнительные опции).
4. Классификация продуктов страхования медицинских расходов. Условия договоров страхования медицинских расходов.

Вопросы для устного опроса студентов:

10. Программы ОМС в РФ
11. Организация и программы ДМС в РФ
12. Основные нормативно-правовые документы организации системы обязательного медицинского страхования.
13. Организация системы обязательного медицинского страхования.
14. Перечислите субъектов ОМС и участников ОМС.
15. Какие организационные и финансовые требования установлены к медицинским страховым организациям?
16. Порядок лицензирования страховой медицинской организации

17. Существенные условия и порядок действия во времени договора ДМС
18. Принципы организации ОМС в России.
10. Функции Федерального и территориальных фондов ОМС
11. Что такое базовая программа медицинского страхования граждан Российской Федерации?
12. В чем отличия территориальных программ ОМС?

Задания для практического занятия:

Задание №1

Страховая компания заключила договор с промышленным предприятием на добровольное медицинское страхование (ДМС) 500 сотрудников. Средняя стоимость обслуживания одного пациента в поликлиниках, с которыми медицинская страховая компания имеет договор, составляет 150 д.е. в год, вероятность госпитализации 25%, средняя стоимость лечения одного больного в стационарах, с которыми страховая компания имеет договор, составляет 650 д.е. за курс. Накладные медицинской страховой компании на ведение дел в расчете на одного застрахованного составляют в среднем 30 д.е., планируемая прибыль компании равна 25%. Рассчитать годовой страховой взнос промышленного предприятия на добровольное медицинское страхование 500 сотрудников.

Задание №2

Определите сумму страховой премии и страховой выплаты по страхованию средства транспорта, которому 7 лет. Коэффициент старения в год - 1.07%, норма износа на 1000 км. пробега равна 0.30%. Пробег автомобиля на день страхования - 55 тыс. км. Стоимость автомобиля в новом состоянии 350 тыс. руб. Автомобиль застрахован на сумму 200 тыс. руб. В результате аварии автомобиля требуется ремонт крыла, стоимость ремонта составляет 3 тыс. руб., а также замена двух дверей, стоимость одной двери - 20 тыс. руб., а стоимость замены (работы) составляет 3.5 тыс. руб. Районный коэффициент в данной местности - 20%. Тариф по страхованию данного транспортного средства - 8%.

Фонд тестовых заданий по теме № 6:

1. Страхование каких интересов не допускается законодательством РФ:
 - а) противоправных интересов
 - б) убытков от участия в играх, лотереях и пари
 - в) расходов, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников
 - г) всех перечисленных интересов
2. Договор страхования вступает в силу со дня:
 - а) подачи заявления
 - б) согласования условий страхования и оставления страхователем своих данных на сайте страховой компании в Интернете
 - в) получения полиса от страховой компании
 - г) уплаты первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное
3. Документ, удостоверяющий заключение договора страхования - это:
 - а) заявление
 - б) квитанция об уплате страховых взносов
 - в) страховой полис
 - г) претензия о возмещении убытков

4. Денежное вознаграждение, уплачиваемое страховщиком посредникам за привлечение объектов на страхование, оформление документации и инкассацию страховых взносов - это:

- а) налог на добавленную стоимость
- б) страховая комиссия
- в) бухгалтерская прибыль
- г) инвестиционный доход

5. Сострахование – это страхование одного и того же объекта:

- а) несколькими страховщиками
- б) законодательно определенным количеством страховщиков
- в) Федеральной службой страхового надзора
- г) за счет средств бюджета

6. В договоре сострахования ответственность перед страхователем за возмещение ущерба возлагается:

- а) на всех страховщиков поровну
- б) на каждого состраховщика в рамках принятых на себя обязательств
- в) на каждого состраховщика, пропорционально величине уставного капитала
- г) на законодательно определенное количество страховщиков

7. Двойное страхование – это:

а) ответственность страховщика по двум и более страховым событиям, включенным в договор страхования

б) страхование одного объекта в страховой сумме, превышающей действительную стоимость объекта

в) страхование объекта у двух или нескольких страховщиков в страховой сумме, превышающей страховую стоимость объекта

г) страхование двух объектов

8. Перестрахование – это:

а) пролонгирование договора страхования

б) деятельность по защите одним страховщиком имущественных интересов другого страховщика

в) объединение страхователей для солидарной раскладки ущерба

г) заключение договора страхования через посредника

9. Клиентами специализированных перестраховочных организаций являются:

а) только страховщики

б) страхователи и страховщики

в) предприятия, которые могут быть охарактеризованы как крупные и опасные страховые риски

г) только государственные органы

10. Собственное удержание представляет собой:

а) плату за перестрахование

б) причитающиеся перестраховщику премии

в) расходы по ведению договора перестрахования

г) уровень суммы, в пределах которой страховая компания оставляет на своей ответственности страховой риск при заключении договора перестрахования

11. Контроль за деятельностью страховых компаний со стороны специально уполномоченных государственных органов – это:

а) страховой надзор

б) лицензирование страховой деятельности

в) страховой аудит

г) независимый аудит

12. Аварийный комиссар – это:

- а) представитель службы страхового надзора, контролирующей соблюдение законодательства в страховании
- б) лицо, уполномоченное страхователем для контроля за выполнением страховщиком его обязательств по договору страхования
- в) лицо, занимающееся установлением причин, обстоятельств и размера убытка по застрахованным грузам и судам по поручению страховщика
- г) эксперт, осуществляющий оценку риска

13. Сюрвейер – это эксперт, осуществляющий осмотр застрахованных или подлежащих страхованию судов и грузов:

- а) по просьбе страхователя
- б) по просьбе страховщика
- в) по просьбе страхователя или страховщика
- г) для определения вероятности неблагоприятных событий с данными объектами

14. Актуарий – это специалист в области математической статистики и теории вероятности, профессионально занимающийся расчетами:

- а) тарифов, резервов и обязательств страховой компании
- б) доходов и расходов страховой компании
- в) прибылей и убытков страховой компании
- г) инвестиционного дохода страховщика

15. Андеррайтер - это специалист:

- а) в области международного морского права
- б) осуществляющий от имени страховщика осмотр и оценку имущества, принимаемого на страхование
- в) по урегулированию претензий к страховой компании в суде
- г) в области сопровождения грузоперевозок:

Текущий контроль успеваемости по теме 7

Рынок медицинских страховых услуг России. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на рынке медицинского страхования на основе знания экономических основ поведения медицинских организаций, структур рынков и конкурентной среды страховой отрасли

Перечень вопросов к занятию:

1. Характеристика современного состояния организации ОМС в России.
2. Основные проблемы и пути их решения.
3. Современное состояние рынка ДМС.
4. Характеристика страховщиков - лидеров ДМС.
5. Факторы, сдерживающие развитие ДМС.
6. Направления совершенствования медицинского страхования в России.
7. Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на рынке медицинского страхования на основе знания экономических основ поведения медицинских организаций, структур рынков и конкурентной среды страховой отрасли

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Обзор рынка обязательного медицинского страхования в России.
2. Обзор рынка добровольного медицинского страхования в России.
3. Совершенствование деятельности СМО и медицинских организаций в системе медицинского страхования.
4. Критерии классификации систем медицинского страхования разных стран.
5. В каких странах преобладает обязательное медицинское страхование?
6. В каких странах существует всеобщее обязательное медицинское страхование?
7. В каких странах ДМС носит дополнительный характер?

Задания для практического занятия:

Задание №1

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного на дожитие по договору страхования жизни сроком на 3 года. Норма доходности $i=8\%$. Страховая сумма $S=250$ тыс. руб. Нагрузка $f=10\%$.

Задание №1

Необходимо обосновать выбор системы страхового возмещения – пропорциональной ответственности или по первому риску.

Исходные данные:

Стоимость имущества жилого дома $W=14000$ ден. ед.

Средства для страхования $S=215$ ден. ед.

Страховой тариф $P=3\%$.

Задание №3

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного на дожитие по договору страхования жизни сроком на 3 года. Норма доходности $i=8\%$. Страховая сумма $S=250$ тыс. руб. Нагрузка $f=10\%$.

Фонд тестовых заданий по теме № 7:

1. Страховая сумма – это денежная сумма:
 - а) установленная законом или договором, исходя из которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты
 - б) ущерба, причиненного имуществу или личности страхователя
 - в) выплачиваемого страхового возмещения
 - г) уплаченная посреднику при заключении договора страхования
2. Страховая премия – это сумма, уплачиваемая:
 - а) страховщиком страхователю в связи с наступлением страхового события
 - б) страховщиком страховому агенту за заключение договора страхования
 - в) страхователем страховщику за страхование при заключении договора
 - г) перестраховщиком при заключении договора перестрахования
3. Размер страховой премии рассчитывается как произведение страховой суммы и:
 - а) величины ущерба
 - б) страхового тарифа
 - в) нормы амортизации
 - г) ставки подоходного налога с физических лиц
4. Для расчета страховой премии следует:
 - а) страховую сумму умножить на страховой тариф
 - б) страховую сумму разделить на страховой тариф
 - в) вычесть из страховой суммы страховой тариф

- г) вычесть из страхового тарифа страховую сумму
5. Договор страхования заключен на сумму 20 млн. руб., страхователь уплатил 20 тыс. руб. В результате страхового случая выплачена сумма в 10 млн. руб. Страховым возмещением по договору является сумма:
- а) 20 млн. руб.
 - б) 20 тыс. руб.
 - в) 10 млн. руб.
 - г) 30 млн. руб.
6. Договор страхования заключен на сумму 20 млн. руб., страхователь уплатил 20 тыс. руб. В результате страхового случая выплачена сумма в 10 млн. руб. Страховой премией по договору является сумма:
- а) 20 млн. руб.
 - б) 20 тыс. руб.
 - в) 10 млн. руб.
 - г) 30 млн. руб.
7. Договор страхования заключен на сумму 20 млн. руб., страхователь уплатил 20 тыс. руб. В результате страхового случая выплачена сумма в 10 млн. руб. Страховой суммой по договору является сумма:
- а) 20 млн. руб.
 - б) 20 тыс. руб.
 - в) 10 млн. руб.
 - г) 30 млн. руб.
8. Страховая выплата по договору страхования всегда:
- а) превышает страховую сумму
 - б) равна страховой сумме
 - в) находится в пределах страховой суммы, если иное не предусмотрено договором страхования
 - г) меньше страховой суммы
9. Страховой тариф – это:
- а) плата за заключенные договора страхования
 - б) ставка комиссионного вознаграждения посреднику
 - в) ставка страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования
 - г) ставка налога на прибыль от страховой деятельности
10. Страховая ответственность - это обязанность:
- а) страхователя уплатить страховые взносы
 - б) страховщика произвести страховую выплату
 - в) страхователя в установленные сроки сообщить о наступившем страховом случае
 - г) страховщика уплатить налоги
11. Перестраховщик по договору перестрахования несет ответственность:
- а) непосредственно перед клиентом прямого страховщика
 - б) только перед прямым страховщиком
 - в) вместе с прямым страховщиком перед страхователем
 - г) перед органом страхового надзора
12. Ответственность страховой компании по договору страхования имущества предприятия перестрахована. Перед страхователем несет ответственность:
- а) страховщик
 - б) перестраховщик
 - в) страховщик и перестраховщик солидарно

- г) орган страхового надзора
13. Форма перестрахования, при которой перестрахователь обязан передать, а перестраховщик обязан принять определенные доли всех рисков портфеля, обозначенных в договоре:
- факультативной
 - облигаторной
 - солидарной
 - государственной
14. Слип - это:
- письменный расчет cedentом премии, причитающейся перестраховщику
 - письменное предложение страховщиком риска в перестрахование потенциальному перестраховщику
 - выписка из страхового портфеля страховщика с перечнем передаваемых в перестрахование рисков и оплаченных по этим рискам убытков
 - налоговая декларация
15. Страховая сумма в договоре страхования имущества:
- может превышать действительную стоимость имущества
 - не может превышать действительную стоимость имущества, если иное не предусмотрено договором страхования
 - не связана с действительной стоимостью имущества
 - зависит от нормы амортизации по имуществу

2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы к зачету

№	Вопросы для промежуточной аттестации студента	Проверяемые компетенции
1.	Понятие страхования, причины его возникновения, истоки развития. Принципы страхования.	ПК-9, ПК-15
2.	Функции и виды страхования. Приведите примеры.	ПК-9, ПК-15
3.	Необходимость и сущность медицинского страхования. Принципы медицинского страхования.	ПК-9, ПК-15
4.	Основные этапы развития медицинского страхования в России.	ПК-9, ПК-15
5.	Организационные основы функционирования системы здравоохранения в России в 1933-1990 гг.	ПК-9, ПК-15
6.	Основные этапы развития медицинского страхования в России с 1991 г. по настоящее время.	ПК-9, ПК-15
7.	История развития медицинского страхования за рубежом.	ПК-9, ПК-15
8.	Типы систем здравоохранения, выделяемые ВОЗ, достоинства и недостатки каждой из них. Определите, к какому типу здравоохранения относится современная система российского здравоохранения.	ПК-9, ПК-15
9.	Система медицинского страхования в России. Принципы организации ОМС.	ПК-9, ПК-15
10.	Объект, субъекты, функции, виды (формы) медицинского страхования. Участники системы ОМС, схема их взаимодействия	ПК-9, ПК-15
11.	Страхователи в системе ОМС, их права и обязанности. Страховые взносы на медицинское страхование.	ПК-9, ПК-15
12.	Застрахованные лица в системе ОМС, их права и обязанности. Страховой медицинский полис.	ПК-9, ПК-15

13.	Программы обязательного медицинского страхования, сущность и содержание.	ПК-9, ПК-15
14.	Основные нормативно-правовые документы организации системы ОМС. Фонды обязательного медицинского страхования, их основные функции.	ПК-9, ПК-15
15.	Федеральный фонд ОМС и его основные функции. Финансовые средства и расходы ФФОМС.	ПК-9, ПК-15
16.	Территориальный фонд ОМС, основные задачи, финансовые средства и расходы ТФОМС.	ПК-9, ПК-15
17.	Субъекты и участники обязательного медицинского страхования, их правовой статус.	ПК-9, ПК-15
18.	Страховая медицинская организация в системе ОМС, функции, правовой статус, финансовые основы функционирования. Лицензирование СМО.	ПК-9, ПК-15
19.	Медицинские организации в системе ОМС, функции, правовой статус.	ПК-9, ПК-15
20.	Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС	ПК-9, ПК-15
21.	Права и обязанности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений.	ПК-9, ПК-15
22.	Защита прав застрахованных в системе ОМС. Контроль за качеством оказания медицинской помощи.	ПК-9, ПК-15
23.	Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.	ПК-9, ПК-15
24.	Источники финансирования здравоохранения в РФ. Финансовое обеспечение ОМС.	ПК-9, ПК-15
25.	Финансирование страховых медицинских организаций. Договор о финансовом обеспечении ОМС. Подушевые нормативы.	ПК-9, ПК-15
26.	Методы оплаты медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи.	ПК-9, ПК-15
27.	Методы оплаты медицинских услуг стационаров.	ПК-9, ПК-15
28.	Тарифная политика в системе ОМС. Себестоимость медицинской услуги в системе здравоохранения.	ПК-9, ПК-15
29.	Добровольное медицинское страхование в России, сущность, субъекты, схемы взаимодействия. Страховой случай в ДМС	ПК-9, ПК-15
30.	Отличительные особенности ОМС и ДМС. Особенности договора и программы ДМС.	ПК-9, ПК-15
31.	Продукты ДМС на российском страховом рынке, их содержание.	ПК-9, ПК-15
32.	Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж.	ПК-9, ПК-15
33.	Медицинское страхование в странах Западной Европы, США, Канады, Великобритании.	ПК-9, ПК-15
34.	Проблемы и перспективы развития системы ОМС в России.	ПК-9, ПК-15
35.	Проблемы, особенности реализации и перспективы развития системы ДМС в России.	ПК-9, ПК-15
36.	Роль органов государственного и муниципального управления в поддержке страхового дела в сфере предоставления медицинских услуг	ПК-9, ПК-15
37.	Анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений в сфере медицинского страхования	ПК-9, ПК-15
38.	Оценка воздействия макроэкономической среды на функционирование организаций в сфере медицинского страхования	ПК-9, ПК-15

39.	Анализ поведения потребителей экономических благ и формирование спроса на рынке медицинского страхования на основе знания экономических основ поведения медицинских организаций, структур рынков и конкурентной среды страховой отрасли	ПК-9, ПК-15
-----	---	-------------

1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p> <p>В полной мере овладел компетенциями.</p>	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p> <p>В полной мере овладел компетенциями.</p>	B	95-91	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура,</p>	C	90-86	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)

логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	D	85-81	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	E	80-76	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Достаточный уровень освоения компетенциями	F	75-71	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может	G	70-66	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)

<p>конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями</p>				
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями</p>	Н	61-65	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетенции не сформированы</p>	I	60-0	НЕ СФОРМИРОВАН	2

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих основные этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины.

