

## Глава 7

# МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ - НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ИНДУСТРИИ ЗДОРОВЬЯ

### 7.1

#### МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ПОНЯТИЕ И ПРИНЦИПЫ

**Понятие медицинского страхования.** В индустрии здоровья под медицинским страхованием понимается совокупной видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванного обращением застрахованного в медицинские организации за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования. Система медицинского страхования в России была введена Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1.

Медицинское страхование в условиях рыночных отношений является составной частью здравоохранительной системы, призванной устранять или смягчать влияние непредвиденных обстоятельств, возникающих в жизни человека и негативно отражающихся на его здоровье, путем полного или частичного восстановления трудоспособности. Цель медицинского страхования - гарантирование гражданам при наступлении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных целевых средств страхового фонда, а также финансирование профилактических мероприятий. При этом, если страховая медицина — это институт организационно-экономического и правового обеспечения процесса оказания медицинской помощи населению, то медицинское страхование — это организационно-финансовый механизм обеспечения граждан лечебно-диагностическими и реабилитационными услугами.

Медицинское страхование регулируется законами РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Гражданским кодексом РФ, нормативно-методическими документами государственного органа контроля за страховой деятельностью, другими ведомственными актами и заключаемыми договорами между страхователями и страховщиками.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Согласно Закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (ст. 6), все граждане РФ имеют право:

- на обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор лечебно-профилактической организации и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение 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 или лечебно-профилактической организации, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
- возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это предусмотрено договором.

Эффективно функционирующая система медицинского страхования должна не только гарантировать каждому гражданину при возникновении страхового случая получение квалифицированной медицинской помощи, но и финансировать необходимые профилактические мероприятия.

Имея в виду перспективу дальнейшего развития индустрии здоровья, необходимо отказаться от понимания отношений в сфере медицинского страхования как явления второстепенного, несущественного. Особенно четко это должны осознавать представители федеральных и местных органов власти, страхователи и страховщики, руководители и работники медицинских организаций. Не может

находиться в стороне от этого вопроса и широкая российская общественность.

**Принципы медицинского страхования.** Концепция медицинского страхования построена на принципе солидарного (замкнутого) распределения ущербов и потерь от нездоровья граждан согласно формуле: «богатый платит за бедного, здоровый - за больного», благодаря которому обеспечивается относительное смягчение последствий событий такого рода для каждого из них. Согласно теории вероятности, с увеличением числа объединяемых рисков фактические потери от нездоровья граждан устремляются к своим расчетным значениям, а размеры страховых взносов страхователей становятся более устойчивыми и определенными.

Конечным результатом деятельности медицинского страхования являются страховые услуги. При их продаже покупатель (застрахованный) имеет право на получение в будущем денежного возмещения (выражающегося в медико-социальном обслуживании) на оговоренные последствия произошедшего страхового случая.

Функционирование медицинского страхования предусматривает возмещение лечебно-профилактическим организациям расходов, связанных с оказанием ими медицинской помощи населению (кроме видов помощи, обеспеченных бюджетным финансированием) из средств медицинских страховых фондов. В условиях ограниченности средств государственного бюджета уровень финансирования индустрии здоровья во многом зависит от эффективности функционирования системы медицинского страхования. Вместе с тем пока приходится констатировать, что хотя медицинское страхование и обеспечивает определенную финансовую поддержку охраны и укрепления здоровья, однако общий уровень финансирования индустрии здоровья остается по-прежнему низким.

## 7.2

### ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И ЕГО ЗАДАЧИ

**Понятие обязательного медицинского страхования.** Страхование является обязательным, если страховые отношения возникают в силу закона, на основе соответствующих законодательных актов, устанавливающих перечень объектов (рисков) и условия

страхования. Одним из видов такого страхования является обязательное медицинское страхование.

*Обязательное медицинское страхование* (ОМС) — составная часть системы государственного социального страхования. В России социальное и обязательное медицинское страхование изначально существуют независимо друг от друга. Однако Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации предусматривается в дальнейшем объединение средств, предназначенных на социальное и обязательное медицинское страхование, в целях обеспечения более эффективного их использования в рамках единой системы обязательного медицинского страхования.

**Основные признаки обязательного медицинского страхования.** ОМС является государственным страхованием, для которого характерны следующие признаки:

- охватывает все население страны и проводится на основе программ ОМС, которые гарантируют определенный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам;
- формирование и использование средств специальных фондов ОМС осуществляются при участии и контроле государства, специальных государственных органов управления этими средствами, находящимися в государственной собственности, а также субъектов данного вида страхования;
- часть средств ОМС образуется за счет местных бюджетов;
- ОМС проводится страховыми медицинскими организациями на некоммерческой основе.

*Страховым случаем* является обращение застрахованного лица в медицинскую организацию из числа включенных в систему ОМС в связи с болезнью, повреждением здоровья или определенным его состоянием, которые требуют оказания медицинской помощи (услуг), предусмотренной территориальной программой ОМС (ТП ОМС).

ОМС осуществляется на основе двух видов программ — базовой программы и территориальных программ. Программы обязательного медицинского страхования предусматривают виды и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам согласно перечню оказываемых услуг и перечню медицинских организаций, входящих в систему ОМС, а также требования к медицинской

помощи и предельные тарифы на медицинские услуги, принять в установленном порядке.

*Базовая программа* разрабатывается Минздравом РФ при согласовании с Минфином РФ, профсоюзными органами и утверждается Правительством РФ. В соответствии с базовой программой ОМС гарантируется:

- первичная медико-социальная помощь (скорая медицинская помощь, диагностика и лечение в амбулаторных условиях, консультации специалистов, прививки, периодические осмотры установленных контингентов, дородовой или послеродовой патронаж, прерывание беременности);
- первичная медико-социальная помощь;
- восстановительное лечение, реабилитация и динамическое наблюдение детей, подростков, инвалидов;
- стационарная медицинская помощь больным с острыми заболеваниями и обострениями, хроническими заболеваниями, при травмах, отравлениях, ожогах, инфекционных заболеваниях, лицам, подлежащим лечению в стационаре, плановой госпитализации для диагностических исследований и лечения.

На основе базовой программы разрабатываются и утверждаются *территориальные программы* ОМС.

Субъектами ОМС являются страхователи, страховщики, застрахованные лица, медицинские организации.

*Страхователи* — это юридические лица, обязанные в соответствии с законом заключать договор ОМС и выплачивать страховые взносы. Для работающих граждан страхователями являются работодатели (включая предпринимателей без образования юридического лица). Для неработающих граждан в качестве страхователей выступают государственные органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления.

К страховщикам относятся юридические лица — страховые медицинские организации (СМО), имеющие государственную лицензию на осуществление ОМС<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Страховая медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы на дату регистрации должна иметь оплаченный уставный капитал стоимостью не менее 1200-кратного минимального размера оплаты труда, установленного законодательством.

Застрахованными лицами являются физические лица, в пользу которых заключен договор ОМС.

В системе ОМС медицинские организации включают лечебно-профилактические организации (поликлиники, больницы, медицинские центры, научно-исследовательские медицинские институты, медицинские организации, имеющие лицензии на оказание медицинской помощи по программам ОМС и добровольного медицинского страхования, а также прошедшие аккредитацию).

**Финансовые средства ОМС.** Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет страховых взносов страхователей в фонды обязательного медицинского страхования РФ. С 1 января 2001 года указанные средства перечисляются посредством части единого социального налога (взноса) в соответствии со ст. 24 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая). Ставка налога (взноса) находится в прямой зависимости налоговой базы на каждого отдельного работника нарастающим итогом с начала года (табл. 7.1).

Таблица 7.1

**Ставки взносов хозяйствующих субъектов  
в фонды обязательного медицинского страхования Российской Федерации<sup>1</sup>**

Налоговая база на каждого отдельного работника нарастающим итогом с начала года	Ставка взноса (налога)	
	в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	в территориальные фонды обязательного медицинского страхования
До 100 000 рублей	0,2%	3,4%
От 100 001 рублей до 300 000 рублей	200 рублей+ 0,1% с суммы, превышающей 100 000 рублей	3400 рублей+1,9% с суммы, превышающей 100 000 рублей
От 300 001 рублей До 600 000 рублей	400 рублей+ 0,1% с суммы, превышающей 300 000 рублей	7200 рублей + 0,9% с суммы, превышающей 300 000 рублей
Свыше 600 000 рублей	700 рублей	9900 рублей

За неработающих граждан взносы перечисляются соответствующими органами исполнительной власти.

Страховая медицинская организация получает средства на оплату оказанных застрахованным лицам медицинских услуг по ОМС

<sup>1</sup> См.: Налоговый кодекс Российской Федерации. 4.2. Гл. 24. Ст. 241.

от территориальных фондов ОМС на основании договора о проведении ОМС и его финансировании между страховщиком и этим фондом.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании двух видов договоров: договора на оказание медицинских услуг, заключаемого между страховщиком и медицинской организацией, и договора ОМС между страхователем и страховой организацией.

Обязательное медицинское страхование выступает в роли главного системообразующего фактора в построении и развитии бюджетно-страховой модели медицинского обслуживания населения, опирающейся на организацию общественной защиты индивидуумов от наступления страховых случаев — непредвиденных обстоятельств в форме заболеваний. При ОМС средства, поступающие в лечебно-профилактические организации в качестве платы за оказанные ими медицинские услуги, направляются на лечение конкретных пациентов, а не на содержание сети медицинских организаций с централизованно утвержденным штатным расписанием, коечным фондом и т. д., как это практиковалось прежде - при административно-распределительной системе. В соответствии с таким подходом становится возможным осуществление плавного перехода к оплате труда в здравоохранении пропорционально количеству фактически пролеченных больных или реально оказанных услуг в соответствии с их объемом и качеством. Таким образом, в число важнейших функций управления системой ОМС входят не только учет и контроль за поступлением и расходованием целевых страховых платежей, своевременностью их перечисления лечебно-профилактическим организациям, но и организация оплаты труда медицинских работников с учетом объемов и качества фактически выполненных ими работ (оказанных услуг).

ОМС играет роль главного фактора стабильности ресурсного обеспечения здравоохранения. Средства, направляемые фондами ОМС на лечение основной массы больных в государственном секторе здравоохранения (включая оплату труда медицинских работников, стоимость лекарственных средств, питание стационарных больных, подготовку и переподготовку кадров, научное сопровождение и т. п.), оказывают положительное влияние на формирование цен на рынке медицинских услуг.

**Преимущества обязательного медицинского страхования.** В результате внедрения системы ОМС каждая из сторон лечебного процесса оказалась в выигрыше (табл. 7.2).

**Преимущества обязательного медицинского страхования  
для участников лечебного процесса**

<b>Участники лечебного процесса</b>	
<b>здравоохранение</b>	<b>население</b>
Имеет надежный, не зависящий от бюджета источник финансирования	Сохранилось право на получение бесплатной медицинской помощи
Повысилась эффективность распределения ресурсов между конкретными лечебно-профилактическими организациями	Может по своему усмотрению выбирать лечащего врача и лечебно-профилактическую организацию
Практически в неизменном виде сохранился единый медико-производственный комплекс страны	Существуют эффективные механизмы защиты своих прав и законных интересов в области охраны личного и общественного здоровья
Более действенными стали стимулы к созданию и внедрению новых медико-производственных технологий	
Повысилось качество услуг и товаров медицинского назначения	

Чтобы реализовать основные преимущества бюджетно-страховой модели медицинского обслуживания населения, все субъекты должны в полном объеме соблюдать требования законодательства о медицинском страховании, необходимым условием является, кроме того, и эффективное управление системой ОМС.

Реализацию государственной политики в области ОМС обеспечивают федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации.

### 7.3

#### ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**Задачи Федерального фонда.** В индустрии здоровья создан и успешно функционирует Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС). Это государственная некоммерческая финансово-кредитная организация, ее основные задачи следующие.

1. Обеспечение реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».



2. Обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС.
3. Достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС.
4. Участие в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области ОМС.
5. Разработка и осуществление комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и созданию условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ.

**Деятельность Федерального фонда.** ФФОМС способствует выравниванию условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по обеспечению финансирования программ ОМС. Фонд осуществляет финансирование целевых программ в рамках ОМС, утверждает типовые правила ОМС граждан.

Одна из функций ФФОМС — организация разработки нормативно-методических документов, обеспечивающих реализацию Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». ФФОМС проводит сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС.

ФФОМС принимает участие в создании территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Фонд осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств системы ОМС.

Финансовые средства ФФОМС образуются за счет:

- части страховых взносов организаций и иных хозяйствующих субъектов на ОМС в размерах, устанавливаемых законодательством РФ;
- взносов территориальных фондов на реализацию совместных программ, выполняемых на договорных началах;
- ассигнований из федерального бюджета на выполнение программ ОМС;
- добровольных взносов физических и юридических лиц;
- доходов от использования временно свободных финансовых средств Фонда;
- нормированного страхового запаса финансовых средств Фонда;
- поступлений иных финансовых средств, не запрещенных законодательством РФ.

Основу доходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования составляют страховые взносы (табл. 7.3).

Таблица 73

**Поступление и расходование средств Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>  
(млн руб.; до 1998 г. — млрд руб.)<sup>2</sup>**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Остаток средств на начало года		26	14	9	57	13	12	27
Поступление,	54	274	512	846	1102	1278	1984	2887
в том числе:								
• страховые взносы, налоговые платежи	54	258	507	810	1052	1116	1907	2818
• от вклада на депозит и прочих финансовых вложений	—	11	5	13	7	12	9	16
• возврат ранее размещенных средств	—	5	0,0	23	11	53	0,1	12
• штрафы, пени, прочие санкции	—	—	—	—	32	43	68	41
• прочие поступления	—	—	—	—	—	54	—	0,2
Расходование	28	286	516	798	1146	1279	1969	2872
в том числе:								
• на финансирование целевых программ обязательного медицинского страхования и отдельных мероприятий по здравоохранению		24	47	69	108	127	166	420
• субвенции территориальным фондам	14	116	397	660	947	1024	1703	2352
• финансирование расходов по науке и научному обслуживанию				3	4	3	4	4

<sup>1</sup> Статистическое наблюдение ведется с 1993 года.

<sup>2</sup> См.: Российский статистический ежегодник. С. 534.

Продолжение таблицы 7.3

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
• финансирование расходов по образованию		—	—	4	4	4	6	3
• финансирование исполнительной дирекции Фонда	1	4	11	17	20	25	28	34
• финансирование расходов по созданию и совершенствованию информационной системы Фонда	—	19	26	21	25	30	40	38
• платежи в бюджет	5	110	—	—	—	0,0	—	—
• финансовые вложения	5	—	25	—	—	2	—	—
• прочие расходы	3	13	10	24	38	64	22	21

Средства ФФОМС направляются на оплату медицинских услуг, предоставляемых гражданам, финансирование целевых медицинских программ, мероприятий по подготовке и переподготовке специалистов, на развитие медицинской науки, на улучшение материально-технического обеспечения здравоохранения и другие цели. Однако основная часть расходов ФФОМС приходится на субвенции, предоставляемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования, а также финансирование целевых программ в рамках ОМС.

## 7.4

### ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**Функции территориального фонда.** В индустрии здоровья созданы и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Это государственные некоммерческие финансово-кредитные организации. К функциям ТФОМС относятся:

- аккумуляция финансовых средств ТФОМС;
- осуществление финансирования ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями, имеющими соот-

ветствующие лицензии, заключившими договоры ОМС по дифференцированным подушевым нормативам, устанавливаемым правлением территориального фонда;

- ведение финансово-кредитной деятельности по обеспечению системы ОМС;
- выравнивание финансовых ресурсов городов и районов, направляемых на проведение ОМС;
- предоставление кредитов, в том числе на льготных условиях, страховщикам при обоснованной нехватке у них финансовых средств;
- накопление финансовых резервов для обеспечения устойчивости системы ОМС;
- разработка правил ОМС граждан соответствующей территории;
- контроль совместно с государственными налоговыми органами за своевременным и полным поступлением в территориальный фонд страховых взносов;
- контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на ОМС граждан;
- согласование совместно с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями тарификации стоимости медицинской помощи; территориальной программы ОМС населения и внесение предложений о финансовых ресурсах, необходимых для ее осуществления;
- согласование совместно с органами исполнительной власти, местной администрацией, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховщиками тарифов на медицинские и иные услуги ОМС;
- осуществление взаимодействия с ФФОМС;
- другие мероприятия.

**Доходы и расходы территориального фонда.** Финансовые средства ТФОМС находятся в собственности Российской Федерации и не входят в состав бюджетов других фондов. Они образуются за счет следующих источников:

- части страховых взносов организаций и иных хозяйствующих субъектов на ОМС;
- средств, предусматриваемых органами исполнительной власти в соответствующих бюджетах на ОМС неработающего населения;

- доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств ТФОМС;
- финансовых средств, взыскиваемых со страхователей медицинских организаций и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных требований;
- добровольных взносов физических и юридических лиц;
- иных поступлений, не запрещенных законодательством РФ.

Расходы территориальных фондов носят целевой характер. Они включают:

- оплату медицинских услуг, предусмотренных территориальной программой ОМС;
- оплату за лечение граждан других субъектов Российской Федерации;
- финансирование страховых медицинских организаций (на ведение дела и т. п.);
- содержание территориального фонда (в том числе на содержание филиалов, выполняющих функции страховщиков);
- финансирование отдельных мероприятий по здравоохранению: финансовая помощь, кредиты, ссуды, предоставленные лечебно-профилактическим организациям, входящим в систему ОМС; финансовая помощь, кредиты, ссуды, предоставленные лечебно-профилактическим организациям, не входящим в систему ОМС; кредиты и ссуды, предоставленные органам управления здравоохранением; кредиты и ссуды, предоставленные ПО «Фармация», ПО «Медтехника», СЭС; финансирование других мероприятий по здравоохранению;
- затраты на приобретение для лечебно-профилактических организаций медикаментов, медицинского оборудования, санитарного транспорта, оргтехники и т. п.;
- кредиты и ссуды, предоставленные организациям, не входящим в систему здравоохранения (страховым медицинским и другим организациям);
- штрафы, пени (страховым медицинским и лечебно-профилактическим организациям, налоговой инспекции и др.);
- оплату за лечение застрахованных граждан за пределами территории страхования;
- налоги;

- прочие расходы (возврат полученных кредитов и выплата процентов по кредитам, перечисление штрафных санкций в Федеральный фонд ОМС, проведение экспертизы качества лечения, информационная деятельность и т. п.).

В каждом конкретном случае размер доходов и расходов территориальных фондов ОМС будет зависеть как от социально-экономического состояния и санитарно-эпидемиологического благополучия обслуживаемых ими территорий, состояния здоровья их населения, так и от активности и эффективности работы самих территориальных фондов ОМС.

## 7.5

### МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

В роли *страховых медицинских организаций* (СМО) в системе ОМС выступают юридические лица, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Обязательное медицинское страхование СМО осуществляют на некоммерческой основе.

Финансирование фондами ОМС страховых медицинских организаций осуществляется на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования, заключенных между ФОМС и СМО в соответствии с Типовыми правилами обязательного медицинского страхования, согласованными с Росстрахнадзором и утвержденными ФФОМС, и Территориальными правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными органами исполнительной власти соответствующих территорий, дифференцированным подушевым нормативам, определяемым в соответствии с Порядком определения дифференцированных подушевых нормативов на обязательное медицинское страхование, утвержденным органом исполнительной власти субъекта федерации, на основе Порядка финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования, утвержденного Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином и Минздравом России. Основу финансового благополучия страховых медицинских организаций составляют отчисления на ведение дел СМО в размере 3,5% от объема передаваемых им средств ОМС. В дополнение к этому они могут по своему усмотрению расходовать до 30% доходов от инвестирования временно свободных средств и 20% средств от финансовых санкций, налагаемых на ЛПО.

В сельской местности и в районах с малой плотностью населения, где объективно затруднена деятельность СМО и их конкуренция друг с другом, Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации допускается возможного финансирования медицинских организаций филиалами ТФОМС.

К числу важнейших функций Федерального и территориальных фондов ОМС относится контроль за целевым и рациональным использованием финансовых средств обязательного медицинского страхования и выполнением договорных обязательств страховыми медицинскими организациями. Основой для осуществления контроля со стороны территориальных фондов ОМС за деятельностью страховых медицинских организаций служат договоры о финансировании обязательного медицинского страхования. Порядок проведения проверок страховых медицинских организаций территориальными фондами ОМС определяется Методическими рекомендациями по проведению территориальными фондами обязательного медицинского страхования контрольных проверок деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование (утверждены Федеральным фондом ОМС 17.06.1997 г. № 2469/11).

## 7.6

### ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

На 1 января 1997 года в системе ОМС функционировали 88 территориальных фондов ОМС, 1108 филиалов фондов (из них 423 выступали в роли страховщиков) и 538 страховых медицинских организаций. На 19 территориях применялась установленная законом схема организации ОМС: «Страхователь — ТФОМС - СМО — ЛПО — Застрахованный». Комбинированные схемы с участием СМО использовались на 36 территориях, без участия СМО — на 17 территориях. На 16 территориях Закон «О медицинском страховании...» действовал в основном только в части, касающейся сбора страховых взносов. Платежи за неработающее население осуществлялись в 64 субъектах Российской Федерации.

На 1 января 1999 года в систему ОМС входило 90 территориальных фондов, 1193 ТФОМС и 415 СМО. К 1 января 1997 года число застрахованных по линии ОМС достигло 122 млн человек, к 1 июля 1997 года — 125 млн человек (85% от общей численности

Сумма взносов работодателей в фонды ОМС за работающее население составила в 1997 году 0,71% от ВВП, субъектов РФ за неработающее население — 0,25% от ВВП. В 2000 году страховые взносы ОМС составляли около 27% от общей суммы страховых взносов. Необходимо отметить, что по сравнению с 1998 годом доля страховых взносов ОМС несколько уменьшилась в общей сумме страховых взносов (рис. 7.1).



*Рис. 7.1.* Страховые взносы и страховые выплаты в системе обязательного медицинского страхования РФ (в % к итогу)

Практически во всех регионах страны сформировалась инфраструктура ОМС. Уточнены процедуры взаимодействия субъектов активно создаются перестраховочные фонды, способствующие обеспечению финансовой стабильности страховых компаний и связанных с ними ЛПО.

За годы функционирования системы обязательного медицинского страхования ее специалистами был подготовлен ряд нормативных и организационно-распорядительных документов — инструкций, положений, регламентов и т.п., определяющих порядок взаимодействия органов здравоохранения, территориальных фондов ОМС, стра-



ховых медицинских организаций, лечебно-профилактических организаций, пациентов и других участников лечебно-оздоровительных процессов. Осуществлен переход от постатейного финансирования ЛПО к расчетам по законченным случаям лечения. Концептуально унифицирована методика определения тарифов на медицинские услуги. Организован информационный обмен между субъектами ОМС по взаиморасчетам. Сформирована база данных страховых случаев.

Механизм персонифицированного учета средств в системе ОМС способствует решению следующих основных задач:

- повышению уровня интеграции системы ОМС;
- организации адресного учета поступления и расходования денежных средств;
- упрощению процедуры выдачи страховых полисов;
- повышению ответственности работодателей и иных категорий плательщиков за своевременность и правильность внесения страховых взносов.

В целях повышения эффективности использования финансовых ресурсов ФФОМС, совершенствования работы по выравниванию условий деятельности ТФОМС по обеспечению финансирования программ обязательного медицинского страхования и усиления контроля за целевым и рациональным расходованием средств приказом ФФОМС от 17 января 1997 года № 7 «О совершенствовании работы по оказанию финансовой помощи территориальным фондам ОМС» создана Комиссия Федерального фонда ОМС по оказанию территориальным фондам помощи в реализации программ обязательного медицинского страхования. Рассмотрение заявок на получение финансовой помощи, поступающих от территориальных фондов ОМС, производится Комиссией на основе Методики расчета сумм финансовой помощи (субвенций) территориям с учетом принятых Федеральным фондом оценочных критериев деятельности ТФОМС.

## 7.7

### ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**Организация независимой экспертизы.** Проблема контроля качества медицинской помощи в системе ОМС решается путем организации независимой (вневедомственной) экспертизы. Оценка качества медицинской помощи проводится экспертами территори-

альных фондов ОМС и страховых медицинских организаций. Экспертизы могут проводиться как заочно (ретроспективно — на основе анализа медико-страховой документации по законченным случаям лечения), так и очно (непосредственно в процессе оказания лечебно-профилактической организацией медицинских услуг застрахованным пациентам). Выявление экспертами фактов оказания застрахованным медицинской помощи ненадлежащего объема и качества служит правовым основанием для применения страхователями к ЛПО экономических санкций, предусмотренных Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию, заключенным между СМО и ЛПО в соответствии с Типовыми правилами обязательного медицинского страхования, согласованными Госстрахнадзором и утвержденными Федеральным фондом ОМС.

Дальнейшему повышению качества медицинской помощи населению Российской Федерации, усилению роли Федерального и территориальных фондов ОМС в создании, развитии, координации и организационно-методическом руководстве деятельностью страховых медицинских организаций и филиалов ТФОМС в значительной мере способствовало принятие Федеральным фондом «Типового положения о структурном подразделении ТФОМС по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи» (приказ ФФОМС от 20 января 1997 года №9) и утверждение «Методических рекомендаций по проведению территориальными фондами обязательного медицинского страхования контрольных проверок деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование» (№2469/11) и статистической формы ведомственной отчетности (№ ПГ) по организации защиты прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Согласно «Типовому положению о структурном подразделении ТФОМС по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи», основными задачами структурных подразделений ТФОМС по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС являются:

- участие в обеспечении прав застрахованных граждан на получение своевременной медицинской помощи надлежащего качества и объема;
- организация вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи населению территорий (проведение пла-

новых, по обращениям застрахованных, и повторных пертиз<sup>1</sup>);

- участие в подготовке проектов законодательных и нормативно-методических документов, обеспечивающих реализацию государственной политики в области ОМС по вопросам организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в условиях ОМС, разработки механизмов и методов проведения экспертизы качества медицинской помощи, применения санкций за ненадлежащее качество медицинской помощи застрахованным гражданам;
- участие в подготовке заключений по проектам законодательных и нормативных актов, касающихся вопросов экспертизы качества медицинской помощи населению;
- изучение и обобщение опыта работы экспертных служб страховых медицинских организаций по проведению экспертизы качества медицинской помощи;
- осуществление контроля и оказание практической помощи субъектам медицинского страхования по вопросам организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи населению территорий;
- подготовка рекомендаций по проведению организационных мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи населению территорий.

**Защита прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.** Ведомственная отчетность по организации защиты прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования была введена ФФОМС с целью получения полной и достоверной информации по защите прав застрахованных граждан, в том числе: по количеству и качеству обращений и жалоб застрахованных в страховые медицинские организации и территориальные фонды ОМС, по доле обращений (жалоб), признанных обоснованными, по организации досудебной и судебной защиты и интересов застрахованных, применению регрессных исков, организации и проведению экспертизы качества медицинской помощи и использованию средств, полученных при применении штрафных санкций. Филиалы территориальных фондов и страховые медицинские организации отчитываются перед своими ТФОМС (за полугодие - до 20 июля текущего года, за год — до 1 февраля года, следующего

---

<sup>1</sup> Повторные экспертизы могут проводиться, в частности, и случае несогласия ЛПО с результатами первичных экспертиз.

за отчетным), территориальные фонды— перед ФФОМС<sup>1</sup> (за полугодие — до 15 августа текущего года, за год — до 1 марта года, следующего за отчетным).

В 1996 году в целом по РФ было зарегистрировано 36 900 жалоб застрахованных по поводу нарушения их прав, в 1999 году— 1 203 152. За 4 года показатель обращаемости пациентов вырос в 32,6 раза. Активно проводится досудебное разрешение споров между лечебно-профилактическими организациями и пациентами. В 1999 году досудебная защита прав граждан проводилась в 85 субъектах РФ, против 65 субъектов в 1998 году.

Из 304 829 признанных обоснованными обращений и разрешенных в досудебном порядке удовлетворено 285 399, из которых 19 517 — с материальным возмещением. Сумма возмещения ущерба составила в среднем 760,8 рублей на один случай.

К числу основных причин обращений (жалоб) застрахованных относятся:

- нарушение обеспечения страховыми медицинскими полисами;
- выбор лечебной организации и врача;
- нарушения в режиме работы лечебно-профилактических организаций;
- неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние ЛПО;
- нарушение этики и деонтологии медицинскими работниками;
- качество медицинской помощи;
- лекарственное обеспечение;
- отказ в оказании медицинской помощи (отдельно на территории постоянного проживания и вне ее);
- отказ в защите интересов застрахованных;
- взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь (как на территории постоянного проживания, так и вне ее);
- просьба о выделении средств для оплаты медицинских услуг (учитываются все обращения застрахованных по поводу выделения финансовых средств для оплаты видов меди-

---

<sup>1</sup> В сводные отчеты территориальных фондов об организации защиты прав застрахованных должны входить обобщенные данные по всем филиалам ТФОМС и страховым медицинским организациям.

цинских услуг, не предусмотренных территориальной программой ОМС или предоставляемых лечебно-профилактическими организациями, не входящими в систему ОМС)

Особое внимание в отчетности территориальных фондов ОМС, филиалов ТФОМС и страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных уделяется учету случаев ненадлежащего качества медицинской помощи и применения финансовых санкций к ЛПО по этим случаям:

- за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи взимание платы с застрахованных за медицинскую помощь, оказанную по ОМС;
- оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- завышение объема оказанной медицинской помощи;
- необоснованную госпитализацию;
- несоответствие сроков госпитализации;
- необоснованное ограничение доступности медицинской помощи;
- действия, препятствующие проведению оценки качества медицинской помощи<sup>1</sup>, и др.

Средства финансовых санкций, остающиеся в страховых медицинских организациях в виде неоплаты счетов ЛПО по результатам экспертизы качества медицинской помощи, должны использоваться этими организациями следующим образом:

- на устранение причин неудовлетворительного качества медицинской помощи (повышение квалификации медперсонала, приобретение оборудования, внедрение новых технологий и т.п.) — 70% (категорически запрещается использовать эти средства на оплату труда работников ЛПО);
- на ведение дела (организацию и проведение экспертизы качества медицинской помощи) — 20%;
- на формирование резерва оплаты медицинских услуг — 10%.

Наряду с информацией, касающейся различных аспектов организации экспертиз качества медицинской помощи, в отчетности территориальных фондов ОМС, их филиалов и страховых меди-

---

<sup>1</sup> К числу действий, препятствующих проведению оценки качества медицинской помощи, относятся, в частности, отказ администрации в проведении экспертизы, отсутствие или непредоставление медицинской документации и т. п.

цинских организаций отражаются также результаты проведения медико-экономических экспертиз реестров пролеченных больных и применения по этим случаям финансовых санкций к ЛПО.

В соответствующих графах формы № ПГ учитываются судебные иски, предъявленные лечебно-профилактическим организациям, указываются денежные суммы, определенные судом в качестве возмещения ущерба застрахованным. В отдельном разделе содержатся сведения о применении регрессных исков с целью возврата финансовых средств за оказанную медицинскую помощь гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц.

## 7.8

### ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Согласно Постановлению Правительства РСФСР от 23 января 1992 года №41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», программами ОМС должна предусматриваться оплата медикаментозной помощи больным в стационаре и при оказании скорой и неотложной медицинской помощи. Сегодня в лечебно-профилактических организациях доля затрат, связанных с приобретением лекарственных средств, достигает в структуре расходов средств ОМС 30%, и это, несомненно, крайне негативно сказывается на динамике показателей обеспеченности пациентов лекарственными средствами при оказании им стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. Ни для кого не секрет, что в больничных стационарах уже давно и, видимо, повсеместно практикуется оплата лекарств за счет средств самого больного. Значительной части россиян приходится тратить на медикаментозное лечение хронических заболеваний до 1/5 семейного бюджета.

После 17 августа 1998 года ситуация с медикаментозным обеспечением населения и ЛПО существенно ухудшилась. Резкий рост цен на высококачественные импортные препараты вынудил многих больных отказаться от их приобретения и заставил либо переориентироваться на относительно дешевые, но менее эффективные дженерики (в основном восточноевропейского или индийского производства, на долю которых приходится более 2/3 забракованных в России фармпрепаратов), либо вовсе прекратить лечение, не

считаясь с возможными последствиями — утяжелением болезненного состояния, увеличением продолжительности и снижением качества лечения, опасностью для окружающих и др.

Среди факторов, способствующих ухудшению качества бесплатного лекарственного обеспечения, необоснованному росту расходов финансовых ресурсов и удорожанию программ ОМС, следует отметить такие, как децентрализация системы лекарственного обеспечения, появление на российском фармацевтическом рынке широкого ассортимента импортных лекарственных средств при отсутствии налаженного механизма распространения информации о них и об их производителях.

Несбалансированность выделяемых средств и выписки лекарств по льготным и бесплатным рецептам приводит к значительным задолженностям бюджета перед аптеками. Удельный вес льготных рецептов в товарообороте аптечных организаций достигает 40%.

Для рационализации использования финансовых ресурсов и улучшения качества лекарственного обеспечения в системе ОМС необходимо выполнить комплекс мероприятий:

- осуществить государственную политику, направленную на поддержку отечественных производителей медикаментов;
- разработать механизм лекарственного обеспечения населения и ЛПО, направленный на снижение финансовых затрат на эти цели в структуре стоимости медицинской помощи;
- разработать организационно-методические материалы по лекарственному обеспечению в системе ОМС на федеральном уровне;
- сформировать в регионах единое информационно-маркетинговое пространство;
- осуществить контроль за рациональным и эффективным использованием лекарственных средств при предоставлении стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

## 7.9

### МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**Программы профилактики заболеваний.** Согласно последним данным, наибольшее влияние на уровень здоровья населения в развитых странах мира сегодня оказывает отнюдь не эффективность функционирования национальных систем здравоохранения

(на долю которых в формировании общественного здоровья приходится 8—10%), а совокупность разнородных социально-экономических и экологических факторов. В такой ситуации важнейшим стратегическим резервом системы охраны индивидуального и общественного здоровья россиян становится медико-профилактическая деятельность. Российское законодательство относит приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан к числу основных принципов государственной политики в области здравоохранения<sup>1</sup>.

Как показывает опыт организации профилактики заболеваний в стране и за рубежом, глобальный социально-экономический эффект от проведения профилактических мероприятий определяется прежде всего степенью заинтересованности населения в их позитивных результатах. В новых для России экономических условиях, когда значительную часть расходов на цели здравоохранения приходится нести непосредственно самим гражданам, активизация их стремления к своевременному получению профилактической помощи становится еще более актуальной.

Однако из этого вовсе не следует, что государство, переложив всю ответственность за состояние общественного здоровья на плечи россиян, может теперь полностью прекратить финансирование национальных программ профилактики заболеваний. Такого рода программы, с учетом их социальной значимости, должны по-прежнему разрабатываться на федеральном уровне и финансироваться в основном из федеральных источников. Нужно только, чтобы все выделяемые для этого средства расходовались строго по назначению и наиболее рационально.

В отличие от федеральных, территориальным программам профилактики заболеваний приходится ориентироваться преимущественно на внебюджетные источники финансирования — средства ОМС и личные средства граждан.

В подготовке и проведении профилактических мероприятий, предусмотренных территориальными программами ОМС, важная роль отводится страховым медицинским организациям, непосредственно заинтересованным в снижении общего уровня заболеваемости в обслуживаемом ими регионе. Действуя в своих интересах, страховщики по собственной инициативе должны совместно с другими участниками здравоохранительных процессов способствовать обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия реги-

---

<sup>1</sup> См.: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Ст. 2.



она; выявлять факторы, неблагоприятно влияющие на здоровье граждан, информировать о них население и участвовать в мероприятиях по их устранению; оказывать финансовую и иную поддержку инициаторам проведения профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер.

Определенной профилактической направленностью обладают процедуры лицензирования, аккредитации и сертификации, предусмотренные законодательством об ОМС. Они нацелены на обеспечение контроля за соблюдением страховыми медицинскими и лечебно-профилактическими организациями и лицами, занимающимися частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью, требований, предъявляемых к ним и осуществляемым ими видам деятельности, а также к используемым ими помещениям (по части санитарно-эпидемиологических условий, пожарной безопасности и т. п.), инженерному и медико-технологическому оборудованию, лекарственным средствам и другим изделиям медицинского назначения законодательными и иными правовыми актами, стандартами (включая стандарты качества медицинской помощи), техническими условиями и т. д.

В более пристальном внимании со стороны властных структур нуждается сегодня контроль за соблюдением работодателями санитарно-гигиенических норм и правил. Острее всего проблема качества условий труда проявляется в строительстве, розничной торговле.

Реализуя свои полномочия в области охраны здоровья граждан и используя для этого весь спектр административных и экономических мер воздействия на работодателей, нарушающих право граждан на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены<sup>1</sup>, региональные и местные органы власти и управления не должны забывать и о стимулировании процессов, направленных на оздоровление условий труда, охрану и восстановление здоровья работников. В частности, неплохие результаты могло бы принести активное поощрение работодателей за поддержание существующих и открытие новых здравпунктов, медико-санитарных частей, стоматологических кабинетов, профилакториев, приобретение работникам путевок в санатории и дома отдыха и т.п.<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Конституция Российской Федерации. Ст. 37.

<sup>2</sup> Можно, например, заинтересовать их предложением частичного финансирования этих здравоохранительных объектов и лечебно-профилактических мероприятий страховыми медицинскими организациями.

## 7.10

### ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Практически во всех странах с рыночной экономикой есть организации, занимающиеся государственной защитой интересов граждан при неблагоприятных обстоятельствах, связанных с их здоровьем (болезнями, старостью, нетрудоспособностью). В разных странах их называют по-разному: больничными кассами, медицинскими страховыми фондами и т. п. Тем не менее нигде в мире не обеспечиваются пока абсолютно равные возможности в медицинском обслуживании всех граждан.

За рубежом медико-страховые фонды формируются, как правило, на трехсторонней основе: страхующийся— работодатель— государство. В ряде стран средства ОМС аккумулируются в фондах социального страхования. Такой подход обеспечивает более эффективное использование накопленных финансовых ресурсов за счет экономии той их части, которую пришлось бы расходовать на содержание отдельного фонда ОМС. Во многих случаях медицинское страхование включает в себя как страхование от временной утраты трудоспособности из-за болезни, так и предоставление медицинской помощи. При этом за обобщающий критерий,

который определяет размер страхового тарифа, принимается показатель уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Как показывает мировая практика, высокая концентрация в одном регионе конкурирующих между собой маломощных медицинских страховых компаний отрицательно сказывается на социально-экономической эффективности медико-страхового процесса. По этой причине существуют строгие ограничения на порядок создания СМО, а также жесткие условия предоставления права заниматься страховой деятельностью в этой сфере.

Весьма интересен и полезен опыт создания больничных касс, не столь громоздких и легче контролируемых, чем действующая в России система ОМС. Основными задачами территориальных больничных касс являются сбор страховых взносов, оплата лечения застрахованных и защита их интересов. Они же обеспечивают и государственные гарантии населению в оказании медицинской помощи.

## 7.11

### ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

**Понятие добровольного медицинского страхования.**  
Граждане, застрахованные через *добровольное медицинское страхование* (ДМС), обеспечиваются возможностью получения за

свой счет дополнительных медицинских и иных (медико-социальных, сервисных) услуг сверх установленных программами ОМС. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Добровольное медицинское страхование регулируется теми же нормативными документами, что и обязательное медицинское страхование. В отличие от обязательного страхования, добровольное медицинское страхование может быть не только коллективным, но и индивидуальным.

Программами ДМС может гарантироваться:

- высококвалифицированное амбулаторно-поликлиническое обслуживание застрахованных в медицинских организациях соответствующего профиля;
- размещение в госпитальных лечебных организациях;
- санаторно-курортное лечение;
- стоматологическое лечение;
- предоставление физиотерапевтических и оздоровительных процедур;
- предоставление косметических процедур, услуг;
- ведение динамического наблюдения (мониторинга) за состоянием здоровья;
- другие медицинские услуги.

Необходимо отметить, что обеспечение лекарственными средствами в рамках ДМС предусматривается далеко не всеми страховщиками. Это связано в основном с достаточно высокой стоимостью лекарственных препаратов.

Предметом ДМС выступает здоровье застрахованного лица. Объект ДМС — имущественные интересы застрахованного лица, связанные с затратами на получение соответствующей медицинской помощи в связи с обращением в медицинские организации.

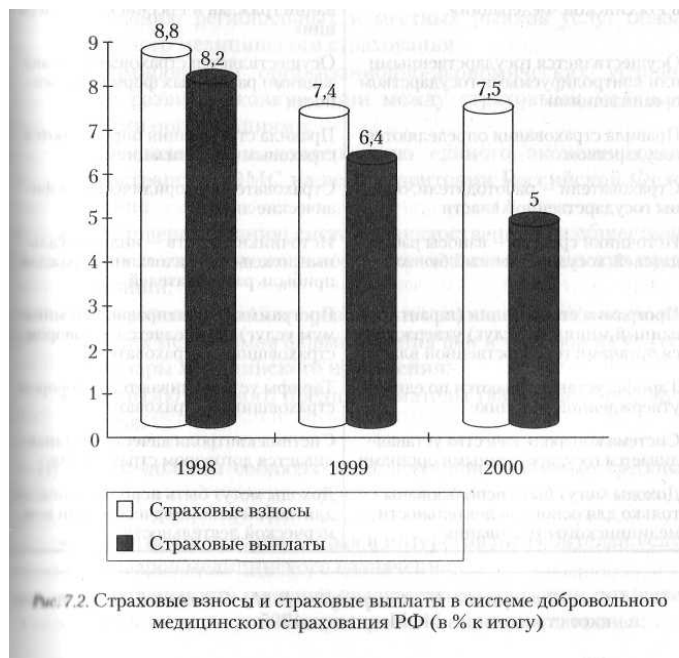
*Страховым случаем* считается обращение застрахованного лица в течение срока действия договора ДМС в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором для получения медицинской услуги, включенной в программу (договор) ДМС.

Субъектами ДМС являются страхователи, страховщики, застрахованные лица, медицинские организации.

Страхователями при ДМС могут быть дееспособные физические лица, заключающие договоры индивидуального медицинского страхования в свою пользу. Страхователями могут быть также юри-

дические лица, заключающие договоры коллективного медицинского страхования в пользу своих работников. Страховщиками при ДМС могут быть как СМО, так и страховые компании, осуществляющие другие виды личного и имущественного страхования и имеющие лицензию на ДМС. Медицинские организации, оказывающие услуги в рамках ДМС, должны соответствовать тем же требованиям, что и при ОМС. Они предоставляют медицинские услуги по программе ДМС на договорной основе со страховщиками.

Страховые фонды ДМС формируются и используются децентрализованно — непосредственно страховщиками. В договоре ДМС предусматривается страховая сумма как предельный уровень страхового обеспечения, определяемая исходя из перечня и стоимости медицинских услуг по данному договору. В настоящее время на долю страховых взносов на добровольное медицинское страхование приходится 7,5 % от общей суммы страховых взносов. Соответственно доля выплат составляет 5% от общей суммы страховых выплат (рис. 7.2.).



**Сравнительный анализ добровольного и обязательного медицинского страхования.** Общее представление об основных особенностях добровольного и обязательного медицинского страхования дает информация, представленная в табл. 7.4.1

Таблица 7.4

**Сравнительная характеристика обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации**

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
<b>Признак</b>	
<p>Некоммерческое Один из видов социального страхования Всеобщее или массовое Регламентируется Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»</p> <p>Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями Правила страхования определяются государством Страхователи — работодатели, органы государственной власти Источники средств — взносы работодателей, государственный бюджет</p> <p>Программа страхования (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти</p> <p>Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике Система контроля качества устанавливается государственными органами</p> <p>Доходы могут быть использованы только для основной деятельности — медицинского страхования</p>	<p>Коммерческое Один из видов личного страхования Индивидуальное или групповое Регламентируется законами «О страховании» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»</p> <p>Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности</p> <p>Правила страхования определяются страховыми организациями Страхователи — юридические и физические лица Источники средств — индивидуальные доходы застрахованных граждан, прибыль работодателей Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя</p> <p>Тарифы устанавливаются договором страховщика и страхователя Система контроля качества устанавливается договором страхования</p> <p>Доходы могут быть использованы для любой некоммерческой или коммерческой деятельности</p>

<sup>1</sup> См.: Лисицын Ю. П., Стародубов В. И., Савельев Е. И. Медицинское страхование. М.: Медицина, 1995.