

Департамент образования и науки Тюменской области  
Государственное автономное профессиональное образование  
учреждение Тюменской области «Тюменский медицинский колледж»

# Тема: «Организация медицинского страхования в РФ»

Выполнила: студентка 40 группы,  
2 бригады Тюрина В.Ю.

Медицинское страхование – форма страхования здоровья человека, которая покрывает часть расходов, вызванных страховым случаем, консультацией с врачом или иные расходы на медицинские услуги посредством регулярного совместного вложения средств в общий фонд.

В соответствии со Статьей 41 Конституции Российской Федерации (РФ) каждый гражданин имеет право на получение у государственных и муниципальных учреждений бесплатной медицинской помощи и охрану здоровья: «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».

Началом развития страховой медицины в России считается подписание федерального закона №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», принятого в июне 1991 года. Позднее его заменил принятый в 2010 году Госдумой закон N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который установил порядок страхования, прав и обязанностей страховщиков, страхователей (нанимателей работников), РФ и её субъектов, а также порядок деятельности федерального и территориальных (страховых) фондов.



**Обязательное медицинское страхование (ОМС)** – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение, при наступлении страхового случая, гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в случаях, установленных Федеральным законом, в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. В 2017 году Банком России опубликован доклад для общественных консультаций «Предложения по развитию медицинского страхования в Российской Федерации». Наличие договора со страховой медицинской организацией не обязательно.

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

Субъектами РФ гарантируется также дополнительный объём бесплатной медицинской помощи.

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

- скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;
- амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при следующих заболеваниях: заболеваниях, передаваемых половым путём; заразных заболеваниях кожи (чесотке, микроспории); туберкулезе; заболеваниях, вызванных особо опасными инфекциями; синдроме приобретенного иммунодефицита; психических расстройствах и расстройствах поведения; наркологических заболеваниях;
- оказание дорогостоящих видов медицинской помощи, перечень которых утверждается Комитетом по здравоохранению;
- льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное, ушное);

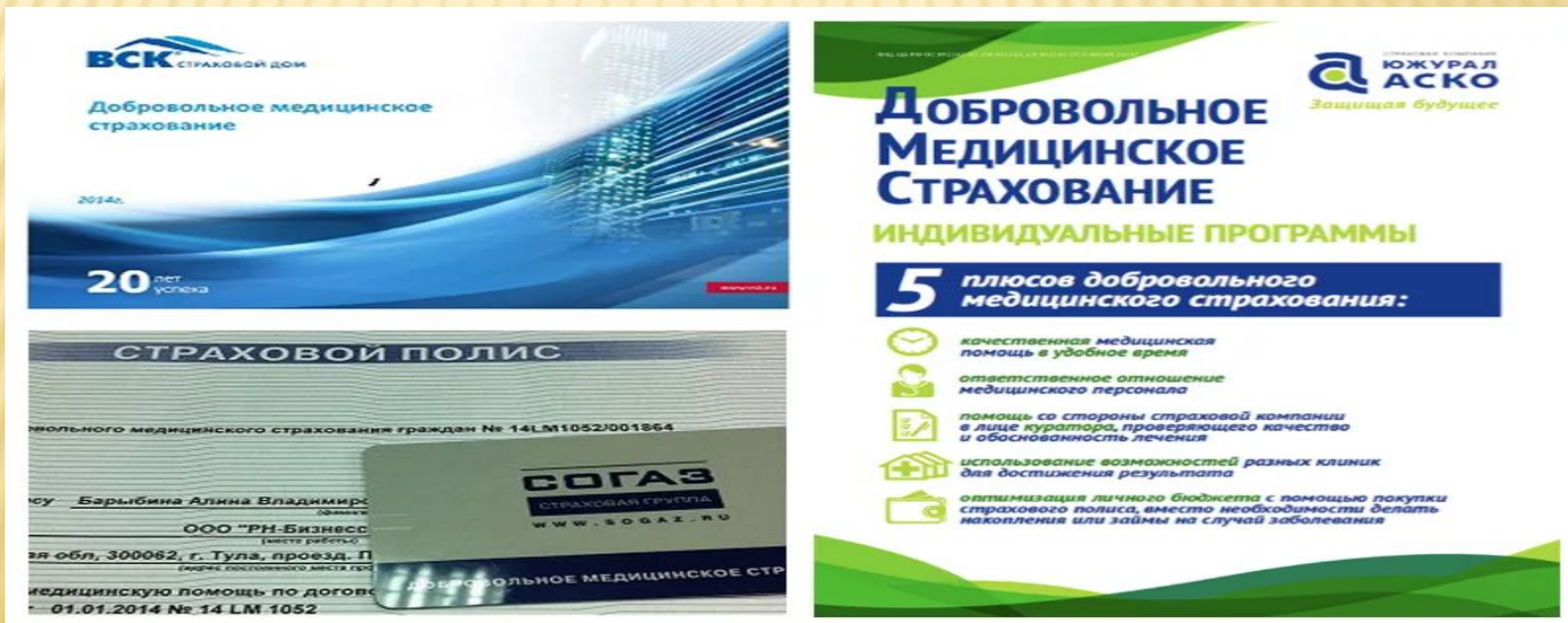
- вакцинопрофилактика декретированного контингента и населения по эпидемиологическим показаниям;
- проведение профилактических флюорографических обследований в целях раннего выявления заболевания туберкулезом;
- медицинская помощь при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у детей и отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, в соответствии с перечнем, утверждаемым Комитетом по здравоохранению;
- стоматологическая и онкологическая медицинская помощь, в соответствии с перечнем, утверждаемым Комитетом по здравоохранению Российской Федерации.

Страхователь по ОМС – в Российской Федерации – субъект обязательного медицинского страхования (ОМС), обязанный в соответствии с законом заключать договоры ОМС в отношении определённой категории граждан, наделённый с этой целью определёнными правами и обременённый определёнными обязанностями.

Перечень категорий страхователей:

- органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации или органы местного самоуправления в отношении неработающих граждан, проживающих на соответствующей территории;
- организации (юридические лица);
- физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей;
- нотариусы, занимающиеся частной практикой;
- адвокаты;
- физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками и выплачивающие по ним страховые платежи, - в отношении своих работников, а также в отношении самих себя для категорий.

**Страховые медицинские организации** – специализированные организации, осуществляющие отдельные полномочия страховщиков в системе ОМС и осуществляющие финансовый контроль работы медицинских учреждений. Работают в сфере ОМС не на основании договоров страхования, а на основании договоров оказания и оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Крупнейшими страховыми медицинскими организациями по итогам 2017 года являлись «Росгосстрах-медицина», «СОГАЗ-Мед», «ВТБ МС», «МАКС-М» и «АльфаСтрахование-ОМС».





## Права страхователя:

- участие во всех видах медицинского страхования;
- свободный выбор страховой медицинской организации;
- контроль выполнения условий договора ОМС.

Согласно российскому законодательству, обеспечением и защитой прав застрахованных граждан занимаются:

- органы законодательной власти субъектов РФ;
- органы исполнительной власти субъектов РФ;
- страхователи (работодатели);
- территориальные фонды обязательного медицинского страхования (для соответствующей системы);
- страховые медицинские организации и их ассоциации;
- органы управления здравоохранением;
- лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы);
- лицензионно-аккредитационные комиссии;
- органы государственного контроля (прокуратура, антимонопольный комитет, Уполномоченный по правам человека, Представитель Президента РФ, Росздравнадзор);
- субъекты общественного контроля (профсоюзные органы, общества защиты прав потребителей, СМИ, граждане);
- субъекты досудебного и судебного разрешения споров.

## Обязанности страхователя:

- зарегистрироваться в качестве страхователя в Территориальном фонде ОМС;
- заключить договоры ОМС со страховыми медицинскими организациями в отношении граждан, подлежащих страхованию;
- вносить страховые взносы в установленном порядке;
- принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан (в пределах своей компетенции);
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья граждан, подлежащих страхованию.

Обязанность страхователя зарегистрироваться в Территориальном фонде ОМС – самостоятельном некоммерческом финансово-кредитном учреждении, реализующим государственную политику в области ОМС, аккумулирующим финансовые средства на ОМС и распределяющим их между СМО в соответствии с потребностью застрахованных ими граждан на медицинскую помощь, – связана с необходимостью контроля и учёта средств платежей страхователей на территории субъекта РФ.

Обязанность страхователя заключить договора ОМС со страховыми медицинскими организациями в отношении граждан, подлежащих страхованию, является его основной обязанностью.

## Ответственность страхователя:

- за нарушение обязанности зарегистрироваться в качестве страхователя в Территориальном фонде ОМС влечет наложение административного штрафа в размере от 500 до одной тысячи рублей;
- за нарушение установленных законодательством РФ о страховых взносах сроков представления расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам в органы государственных внебюджетных фондов, осуществляющие контроль за уплатой страховых взносов, влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 300 до 500 рублей.

Страховые медицинские организации несут ответственность за качественное исполнение обязательств по контролю качества медицинских услуг, на оплату которых они направляют средства фонда обязательного медицинского страхования. Деятельность страховых медицинских организаций контролируют территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС). В случае выявления нарушения закона по результатам проверок со стороны ФОМС в соответствии с пунктом 13 статьи 38 ФЗ № 326 и с приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» на страховую компанию налагается штраф.

## **Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС**

Законом на страховые медицинские организации возложена обязанность контролировать должный порядок и качество оказания медицинских услуг лечебными учреждениями. Крупные медицинские страховые организации имеют специальные отделы для экспертизы качества медицинских услуг и защиты прав застрахованных. Эти отделы проводят экспертизу (в том числе независимую, с привлечением экспертов из других регионов). Экспертиза проводится выборочно в рабочем порядке, а также по жалобам пациентов (бесплатно для заявителя). В случае выявления нарушений медицинское учреждение несёт материальную ответственность в виде удержания части оплаты за оказанные услуги и штрафов. Ряд страховых компаний помогают пострадавшим пациентам в судебных тяжбах с врачами и медучреждениями. Результаты стандартной и независимой экспертизы могут разительным образом отличаться друг от друга. Право на независимую экспертизу закреплено в пункте 3 статьи 58 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Медико-экономический контроль** – установление соответствия сведений об объёмах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Здесь проверяется, в том числе, соответствие объёма оказанных услуг (например, частота посещений) принятым официальным стандартам. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций, федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

**Приняты 2 формы экспертизы – медико-экономическая и экспертиза качества.**

Под медико-экономической экспертизой понимают установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объёма предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учётно-отчетной документации медицинской организации (статья 40 ФЗ № 326) .

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи (статья 40 ФЗ № 326).

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по поручению федерального фонда ОМС, территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации. Экспертиза может иметь целевой или плановый характер.

## Санкции для медицинских организаций

В случае выявленных дефектов качества медицинских услуг, страховая компания применяет к медицинскому учреждению санкции в форме удержания части средств, потраченных на оплату этих услуг. Согласно статье 41 вышеупомянутого закона, неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации. В случае, если застрахованное лицо желает получить компенсацию за физический, материальный и моральный ущерб, причиненный некомпетентными или халатными действиями врачей, ему следует обращаться в суд в гражданском порядке.



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

Добровольное медицинское страхование принято подразделять на индивидуальное (учитывающее сложность конкретного заболевания конкретного лица) и на коллективное (учитывающее риск возникновения определённых заболеваний у группы лиц).

Страхователями выступают физические лица (как правило по индивидуальным программам – беременность, клещевой энцефалит и т. п.) и работодатели (как правило по коллективным программам – амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарное лечение, стоматология).

Застрахованными выступают физические лица.

Выгодоприобретателями являются лечебно профилактические учреждения.

Застрахованные получают бесплатно медицинскую помощь в учреждениях-выгодоприобретателях. Страховщик компенсирует выгодоприобретателю понесенные затраты.

В исключительных случаях (при невозможности получить помощь в ЛПУ, предусмотренному в договоре страхования) допускается возмещение страховщиком понесенных расходов непосредственно застрахованному.

Платные медицинские услуги предоставляются гражданам медицинскими учреждениями в рамках заключённых договоров в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи.

Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей. Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

Платными медицинскими услугами являются:

- виды медицинской помощи, не включённые в перечень гарантированных государством и субъектом РФ;
- медицинские услуги, предоставляемые по желанию граждан, в полном объёме стандарта медицинской помощи, утверждённого Минздравом России, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи;
- медицинские услуги, предоставляемые в плановом порядке гражданам, не имеющим права на их бесплатное получение.

