

Медицинское страхование в РФ



Медицинское страхование

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



Настоящий Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации.

Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивают конституционное право граждан Российской Федерации на медицинскую помощь.



Цель медицинского страхования

гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.



Медицинское страхование осуществляется в двух видах:

- обязательном;
- добровольном.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) 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.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Обязательное медицинское страхование

Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставления за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. ОМС является частью системы государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относятся амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно правовой формы при любых заболеваниях, за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет средств федерального бюджета (дорогостоящие виды медицинской помощи и лечение в федеральных медицинских учреждениях) или бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований (лечение в специализированных диспансерах и больницах, льготное лекарственное обеспечение, профилактика, скорая медицинская помощь и др.).

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет обязательных целевых платежей различных категорий страхователей.

Добровольное медицинское страхование

ДМС преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования.

ДМС является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

Участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая.

Социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения; осуществление тех видов лечения, которые включены в сферу «медицинской помощи по жизненным показаниям».

Субъектами медицинского страхования

являются:

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



- Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления - для неработающего населения; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, - для работающего населения.
- Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан.

- Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.
- Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Объектом добровольного медицинского страхования

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



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.

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».)



Договор медицинского страхования

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать 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:

- ☐ наименование сторон;
- ☐ сроки действия договора;
- ☐ численность застрахованных;
- ☐ размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- ☐ перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;
- ☐ права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации 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 первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

В случае утраты страхователем в период действия договора обязательного медицинского страхования прав юридического лица вследствие реорганизации или ликвидации предприятия, права и обязанности по указанному договору переходят к его правопреемнику.

В период действия договора добровольного медицинского страхования при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

Форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении утверждаются Советом Министров Российской Федерации.

Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российской Федерации имеет соглашения о медицинском страховании граждан



Права и обязанности страхователя

Страхователь имеет право на:

- участие во всех видах медицинского страхования;
- свободный выбор страховой организации;
- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
- возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Предприятие-страхователь, кроме прав, перечисленных в части первой настоящей статьи, имеет право на:

- привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

- заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
- вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования;
- в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию;
- регистрироваться в качестве страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 9.1 настоящего Закона.

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) заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;
- 4) с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;
- 5) осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования;
- 6) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- 7) защищать интересы застрахованных.



Контактная информация

Полное наименование: Территориальный
фонд обязательного медицинского
страхования Забайкальского края

Краткое наименование: ТФОМС
Забайкальского края

Адрес: 672000, Забайкальский край, г.Чита,
ул. Бутина, д. 21

Телефон: (3022) 21-26-00 (приёмная)

Факс: (3022) 32-08-53

E-mail: tf1@tfoms.chita.ru

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
8 (3022) 21-03-03

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ
Территориального органа
РОСЗДРАВНАДЗОРА
по Забайкальскому краю
8 (3022) 21-71-67

Структура территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края



Движение средств в системе обязательного медицинского страхования представлено на рис. Суммы страховых взносов работодателей зачисляются на счет, открытый управлению Федерального казначейства.

Управление Федерального казначейства платежными поручениями перечисляет средства на счета Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Средства территориальных фондов обязательного медицинского страхования формируются за счет поступлений из бюджетов субъектов РФ, а также дотаций из Федерального фонда обязательного медицинского страхования. В дальнейшем средства обязательного медицинского страхования поступают из территориальных фондов в страховые медицинские организации для оплаты фактически оказанной медицинской помощи застрахованным.

