

Регулирование страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию в государственных и частных учреждениях здравоохранения

Актуальность данной работы обуславливается тем, что многие из рядовых граждан до конца не имеют представления об устройстве, работе, бюджетном ассигновании фонда обязательного медицинского страхования.

Цель работы состоит в проведении анализа теоретических основ формирования системы обязательного медицинского страхования, составлении аналитического обзора современного состояния системы обязательного медицинского страхования

Задачи:

- выявить сущность системы обязательного медицинского страхования, охарактеризовать её участников и рассмотреть их функции;
- проанализировать нормативно-правовую базу, регулиующую систему обязательного медицинского страхования;

Обязательное медицинское страхование (далее ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

Страховая система здравоохранения – это сложная структура, имеющая:

- свои собственные фонды (Федеральный и территориальные),
- отлаженную систему финансирования в виде платежей (работодатели ежемесячно направляют 5,1% от фонда оплаты труда в Фонды ОМС (далее - ФФОМС),
- систему подчиненности,
- способность к саморегулированию

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. **Обязательное страхование** является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств ОМС. **Добровольное медицинское страхование** (далее - ДМС) осуществляется на основе соответствующих государственных программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверхустановленных программами ОМС. Оно может быть коллективным и индивидуальным.

Нормативно-правовое регулирование системы обязательного медицинского страхования

ОМС формируется на основе:

- федеральных законов (ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ);
- постановлений Правительства РФ (Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299 (ред. от 11.03.2021) "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов");
- нормативных документов по лекарственному обеспечению (ФЗ "Об обращении лекарственных средств" от 12.04.2010 N 61-ФЗ);
- нормативных документов, регламентирующих деятельность ЛПУ в системе ОМС;
- нормативных документов, регламентирующих деятельность страховых медицинских организаций в системе ОМС;
- нормативных документов, определяющих права граждан на медицинскую помощь в системе ОМС;
- нормативных документов по стандартизации и сертификации в системе ОМС (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»)

Правовыми основами охраны здоровья в России прежде всего является основной закон государства – Конституция Российской Федерации, в соответствии со статьей 41.

Субъектами ОМС являются:

- застрахованное лицо;
- страхователь;
- Федеральный Фонд ОМС (далее – ФФОМС);
- территориальные ФОМС (далее – ТФОМС);
- страховые медицинские организации (далее – СМО);
- медицинская организация.

Страхователями при ОМС являются:

- органы исполнительной власти субъектов РФ 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 РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в ФОМС (для работающего населения).

С целью реализации государственной политики в области ОМС граждан созданы **ФФОМС и ТФОМС**. Они аккумулируют поступающие от страхователей финансовые средства, разрабатывают правила ОМС граждан, а также выполняют другие функции в рамках реализации возложенных на них задач.

Страховщиками в сфере ОМС выступает ФФОМС.

СМО (страховщики) - юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.



рис. 1 "Схема взаимодействия участников в системе ОМС"

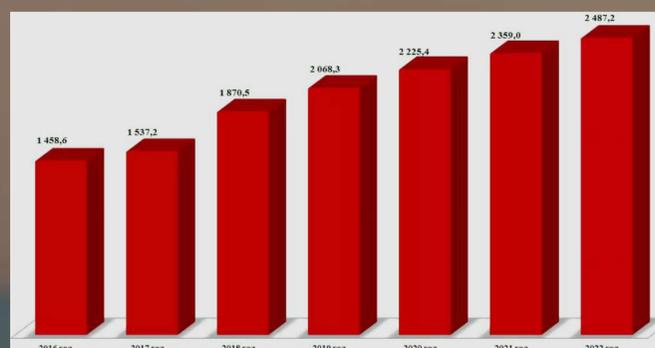


рис. 2 "Субвенции бюджета ТФОМС на выполнение переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий ОМС, млрд. рублей"

Вывод:

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование на территории Российской Федерации осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование осуществляется в силу закона, а добровольное проводится на основе договора, заключенного между страхователем и страховщиком.

Обязательное медицинское страхование - это система юридических и организационно-экономических мероприятий, направленных на обеспечение гарантий бесплатного оказания помощи гражданам при наступлении соответствующих обстоятельств. Финансирование осуществляется за счет средств ФОМС в рамках территориальной либо базовой госпрограммы.