

Содержание:

Введение

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющее своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от 28 июня 1991 г. “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”) и страховику выдается страховой полис ОМС (согласно статье 45 ФЗ №326 об ОМС РФ от 29.11.2010г.) При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине – это дополнительный источник финансирования медицинских затрат в основном медицинские учреждения и находятся в бюджете территориального фонда ОМС.

Цель медицинского страхования является – то чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование на территории России делят на два вида: **обязательном и добровольном.**

Актуальностью нашей темы можно назвать заботу о своем здоровье, в странах с развитой рыночной экономикой медицинское страхование является одной из важнейших элементов системы поддержания здоровья. И мы граждане РФ должны стремиться к лучшему.

Задачей работы является: рассмотреть и изучить виды обязательного медицинского страхования в РФ. Определить основных участников, субъектов системы обязательного медицинского страхования, изучить фонды обязательного медицинского страхования в России.

Глава 1. Принципы и задачи ОМС, и их внедрения в Российскую систему, а так же отличия ОМС от

ДМС

Целью развития в России системы обязательного медицинского страхования является улучшение качества медицинской помощи за счет привлечения дополнительных средств, в том числе и за счет специального налогоободного сбора.

Создание системы ОМС в РФ потребовало тщательного изучения опыта зарубежных стран и учета специфики и особенностей отечественного здравоохранения. При этом в основу ОМС были положены следующие принципы:

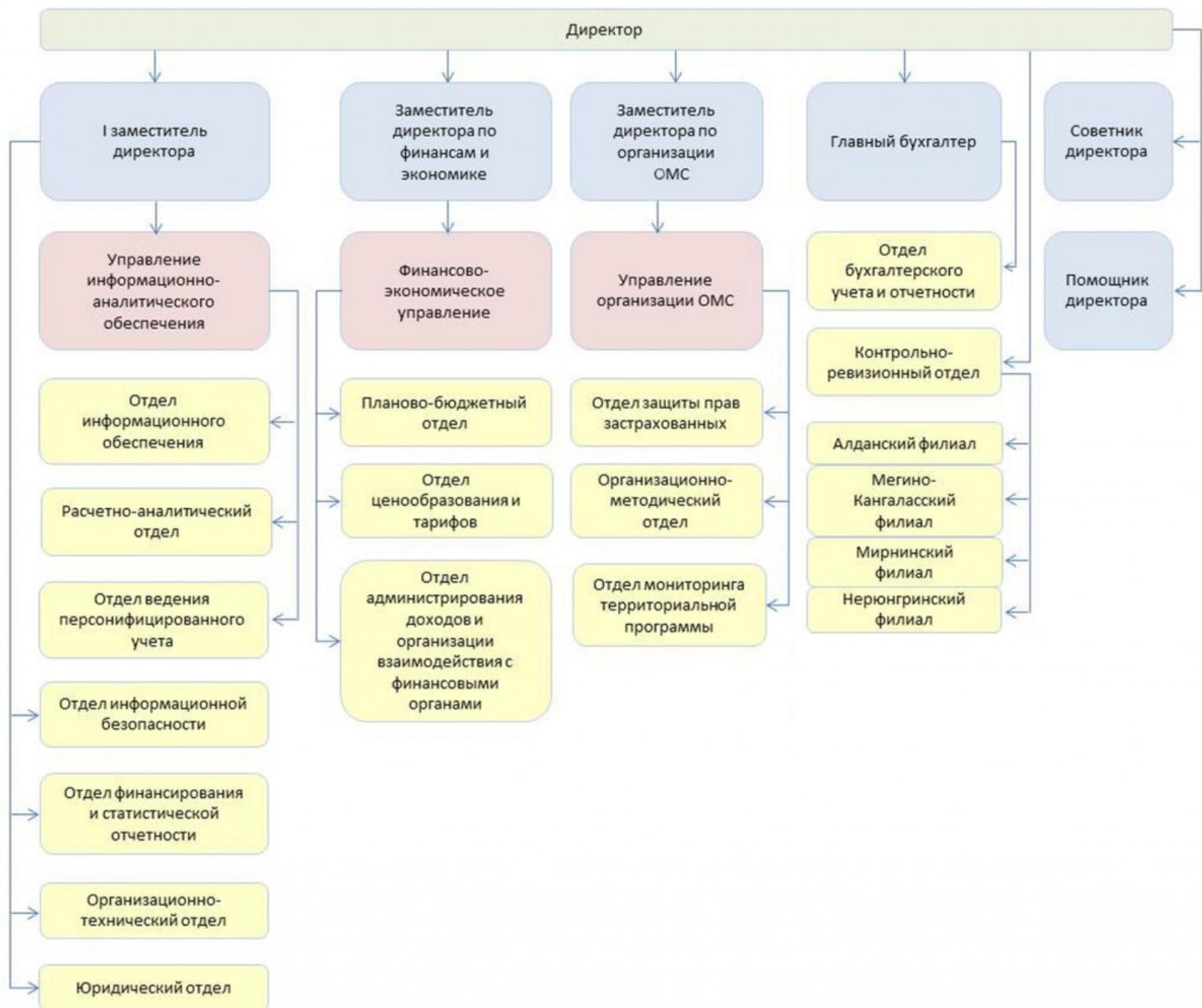
1. Всеобщий и обязательный характер. Все граждане России независимо от расы, от финансовых возможностей имеют право на получение бесплатных медицинских услуг.
2. Все средства системы ОМС находятся в государственной собственности РФ, и конечно же путем распределения идет в бюджет территориального фонда ОМС.
3. Общественная солидарность и социальная справедливость. Граждане с различным уровнем дохода и с различным уровнем перечисления от работодателя взносов на ОМС имеют право на одинаковую медицинскую помощь. Или в простонародье можно назвать равенство ОМС таким способом: «богатый платит за бедного» или в экономическом языке «перекрестное субсидирование».

Обязательное медицинское страхование – составная часть системы государственного социального страхования и занимает особое место в системе социальной защиты населения. Одной из особенностей ОМС является то, что социальная помощь оказывается не в денежной форме, а в натуральной.

Федеральный фонд ОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением и действует как самостоятельное юридическое лицо.

Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат, но не смотря на это в рамках антикоррупционного выставляется финансовый отчет за текущий и предыдущие годы, хочу рассказать на примере Территориального Фонда ОМС Республики Саха (Якутия), начнем со структуры, как показано на таблице, структура ТФОМС РС(Я) такова (приложение





Структура ТФОМ РС(Я)

Таким образом представим, что территориальный фонд ОМС бюджетировует 64 государственных профильных ЛПУ, помимо этого в Республике Саха (Якутия) действуют 44 юридических лиц осуществляющих платные медицинские услуги, но софинансируемые из бюджета ТФОМС РС(Я). т.е. каждый житель Республики Саха должен обслуживаться бесплатно, минимум в двух лечебно-профилактических учреждениях за счет территориального фонда ОМС.

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

Первый вариант средства от страхователей (предприятий и органов исполнительной власти) поступают на счет ТФОМС. Фонд формирует 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.

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. 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. Распоряжаются же собранными средствами местные органы управления здравоохранения, 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.

За необоснованный отказ в заключении договора ОМС страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься данным видом деятельности.

Страховые медицинские организации используют полученные от территориальных фондов ОМС по дифференцированным подушевым нормативам средства на оплату медицинской помощи, формирование резервов и оплату расходов по ведению дела по ОМС.

Страховые компании, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не имеют права выбирать клиентов. Чтобы сделать пожилых клиентов более привлекательными, правительства используют практику доплат из бюджета и внебюджетных фондов тем страховым компаниям, в которых велика доля

пенсионеров.

Включение ЛПУ в систему ОМС предполагало повышение их ответственности за результаты своей деятельности. Предполагалось также, что введение медицинских учреждений в новую для них систему гражданских отношений потребует изменения их организационно-правовой формы и повлияет на качество медицинской деятельности.

Таким образом, деятельность медицинских учреждений в системе ОМС потребовала от них не только повышенной ответственности за результаты своей деятельности, но и изменения организационно-правовых форм учреждений.

Медицинские учреждения, выполняющие программы ОМС, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне этой системы. Кроме того они имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных лиц.

1.1 Понятия и отличия обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования

От всевозможных заболеваний, в том числе вирусных инфекций, повреждений организма не застрахован ни один человек. Течение болезни способно нарушить обычную жизнедеятельность, негативно повлиять на трудоспособность. Система медицинского страхования призвана поддержать людей в период болезни, гарантируя получение медицинских услуг и оплачивая дни нетрудоспособности. В чем разница между обязательным медицинским страхованием и добровольным? Какие преимущества и недостатки есть у обеих систем страхования? Ответим на эти вопросы.

Как уже говорили в данной работе медицинское страхование относится к одному из видов социальной защиты граждан. Право на получение медицинской помощи гражданами закреплено Конституцией РФ (ст. 41).

В качестве предлагаемых услуг могут быть рассмотрены следующие:

- Оказание скорой помощи;
- Проведение медико-санитарных мероприятий;
- Действия по профилактике заболеваний;

- Амбулаторное и стационарное лечение;
- Вакцинация;
- Возможность получения дорогостоящего лечения в рамках федеральных программ;
- Медицинская помощь при наличии врожденных аномалий;
- Прочая помощь.

В России система медицинского страхования развивается достаточно интенсивно. Наряду с базовым пакетом услуг, включающим в себя необходимые мероприятия по поддержке здоровья населения, активно развиваются и возможности получения дополнительного страхования.

И если обязательное медицинское страхование (ОМС) гарантировано государством для каждого гражданина, то добровольное медицинское страхование (ДМС) уже обладает более расширенным пакетом услуг. Иными словами ДМС — это разновидность личного страхования, которое позволяет получать помощь в организациях, не работающих по системе ОМС. Сюда, как правило, входит обслуживание в платных лечебно-профилактических учреждениях. С полисом ДМС уже можно претендовать на более дорогостоящее лечение, например, стоматологические услуги. Дополнительная страховка обеспечивает, как правило, более качественный уровень медицинской помощи. Есть даже крупные работодатели обеспечивающие добровольным медицинским страхованием своих сотрудников т.е. при подписании трудового договора дополнительно подписывается добровольное медицинское страхование, соответственно на весь период работы, работодателем обеспечивается дополнительное медицинское обслуживание, тем самым на мой взгляд очень удобно.

Отличительной особенностью полисов добровольного страхования для их владельцев является отсутствие очередей и внеплановые приемы у врачей. Кроме того, обслуживание по ДМС обладает следующими преимуществами:

- Защита интересов застрахованного лица
- Возможность получения медпомощи, недоступной в рамках ОМС;
- Выбор страховой компании, медицинского учреждения, индивидуальной программы страхования;
- Страховка оказывает услуги лицам, выезжающим за рубеж.
- Граждане, которые делают выбор в пользу добровольного медицинского страхования, должны ориентироваться не только положительные стороны

данного вида страхования, поскольку лечение по ДМС может сопровождаться и некоторыми негативными нюансами.

Таким образом, можно сказать обязательное медицинское страхование доступно для всех слоев населения, и оформляется абсолютно бесплатно. Добровольное же страхование является платной услугой и оформляется за дополнительную плату.

Услуги по ОМС ограничены перечнем бесплатных медуслуг, услуги по ДМС имеют более широкие возможности. Так что если есть проблемы со здоровьем можно смело оформлять ДМС.

Глава II . Участники и субъекты обязательного медицинского страхования

На вопрос кто является субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования? Можно ответить кратко и понятно субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- застрахованные лица;
- страхователи;
- Федеральный фонд ОМС.

А участниками обязательного медицинского страхования являются:

- территориальные фонды ОМС;
- страховые медицинские организации;
- медицинские организации.

Для выполнения поставленных перед ним задач Федеральный фонд ОМС наделен определенными функциями, и наиболее значимые из них это:

1. аккумулирование финансовых средств для обеспечения финансовой стабильности системы ОМС;
2. выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы ОМС;
3. финансирование целевых программ в рамках ОМС;
4. участие в разработке базовой программы ОМС;
5. сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС;

6. контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе ОМС;
7. разработка нормативно-методических документов, обеспечивающих реализацию Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Задачи территориальных фондов ОМС сходны с задачами Федерального фонда и включают:

1. обеспечение реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
2. обеспечение всеобщности обязательного медицинского страхования граждан;
3. достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС;
4. обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

Необходимо подчеркнуть особую роль территориальных фондов в разработке территориальных программ, правил ОМС, в формировании тарифной политики в конкретном субъекте РФ. Именно эти перспективные направления гос. деятельности стали воплощаться в жизнь фондами ОМС.

Глава III. Права и обязанности субъектов ОМС

В данной главе хочу выделить субъекта-страхователя, самый главный помощник в ОМС - это Ваша страховая компания.

- Оплачивает медицинской организации Ваше лечение и обследование в рамках территориальной программы ОМС;
- Контролирует объемы, сроки, качество и условия предоставления Вам медицинской помощи по ОМС;
- Разъясняет Ваши права на получение бесплатной медицинской помощи по ОМС.

Специалисты страховой компании придут Вам на помощь:

- Если не соблюдаются сроки предоставления медицинской помощи;
- Если Вам предлагают оплатить лечение, обследование, лекарства;
- Если есть претензии к качеству лечения.

Также для получения разъяснений по вопросам в сфере ОМС Вы можете обращаться в отдел по защите прав застрахованных Управления организации обязательного медицинского страхования ТФОМС.

А вот права застрахованных регулируется статьей 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

Застрахованные лица имеют право на:

- бесплатное оказание им 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 ОМС

- выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

- замену страховой медицинской организации один раз в год. Для этого необходимо до 1 ноября текущего года выбрать страховую компанию и обратиться с заявлением в один из ее пунктов выдачи полисов ОМС.

Если Вы меняете место жительства или Ваша страховая компания прекратила свою деятельность в сфере ОМС, Вы имеете право на замену страховой компании чаще одного раза в год.

При выборе страховой медицинской организации следует учесть: рейтинг СМО на сайте ФОМС www.ffoms.ru, отзывы в Интернете, рекомендации знакомых, впечатления от личного общения с сотрудниками страховой компании. помощи, в соответствии с законодательством РФ;

Застрахованные лица обязаны:

- предъявлять полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев экстренной медицинской помощи;
- подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

Заключение

Несмотря на то, что медицинское страхование как впрочем и все другие виды страхования в России за последние года сделало огромный шаг вперед, не смотря на то что страхование было уже на Руси, мы все же мы отстаем от развитых стран. И поэтому, как и для многих других сфер экономики, пришедших к нам из-за рубежа, для страхования в России открываются огромные возможности для развития. Медицинское страхование имеет также очень важное значение для развития отечественной системы здравоохранения и медицины. В результате наших работ было выделено два вида страхования: добровольное и обязательное медицинское страхование. Было отражена работа территориального фонда ОМС по РС(Я) выделение средств в ЛПУ РС(Я), выявлены основные понятия и признаки субъектов медицинского страхования.

На примере показали проверку и оформление страхового полиса обязательного медицинского страхования (приложение 2)

В (приложении 1) показана структура на примере ТФОМС РС(Я), руководство, подразделения.

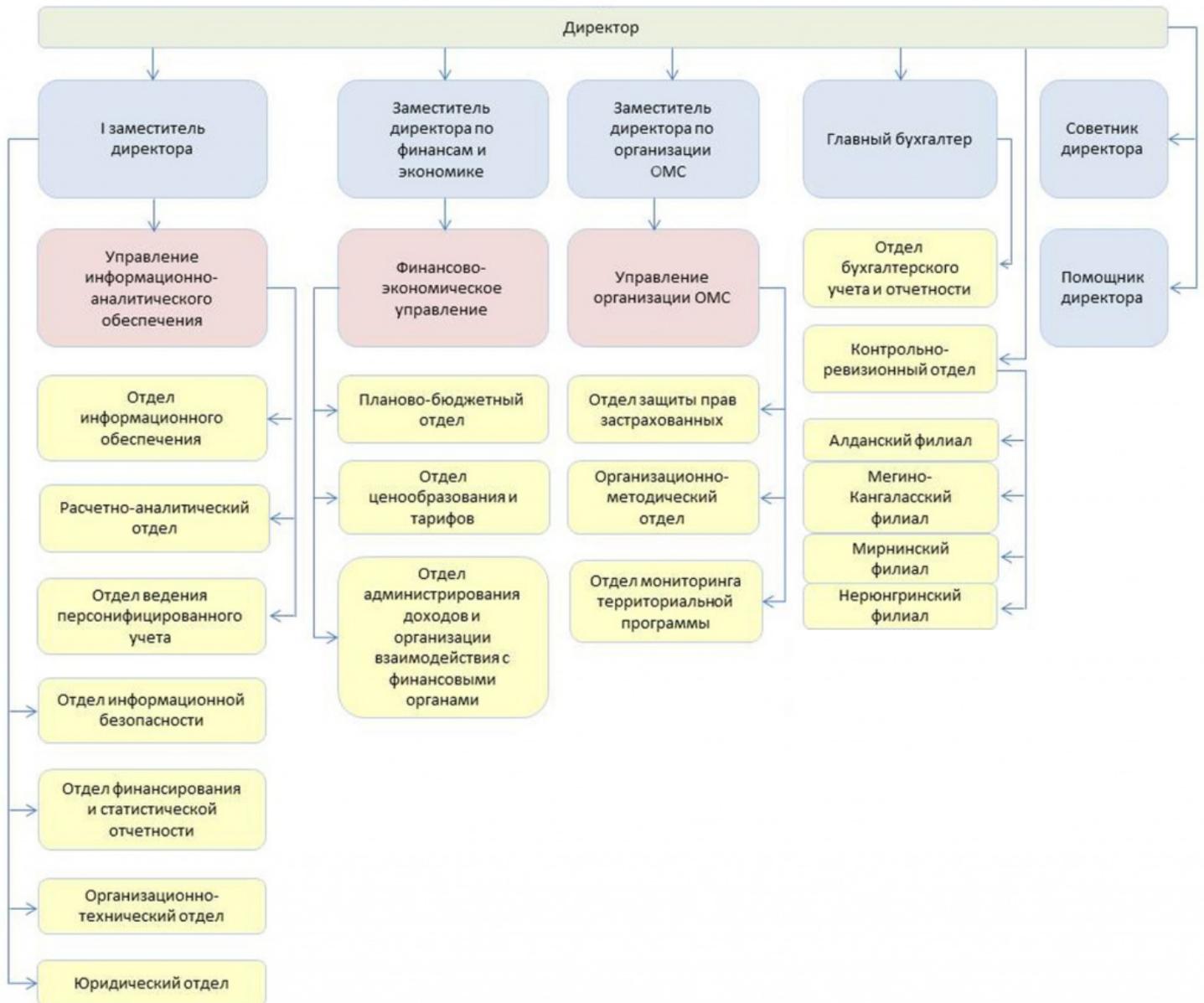
Рассмотрели обязанности сторон, признаки.

Список использованной литературы

- 1. Сербиновский Б.Ю., «Страховое дело», СПб., 2006
- 2. Белозерова О.А. Организационная природа договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию / Журнал «Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева, 2016. – С. 84-86.
- 3. Горбунова О.В. Общая характеристика договора оказания медицинских услуг 2014. – С. 33-35.
- 4. Маслова Т.А. Медицинское страхование граждан. Новшества, возможности выбора: Учебник. / Т.А. Маслова. – М.: Проспект, 2015. - С.150-153.
- 5. Федорова Т.А. Основы страховой деятельности/ Т.А. Федорова.- М.: Юрлитинформ: – 2015. - С.279-280.

6. Пармонова О.Ю. Система социального страхования. Учебник для вузов- М.: Норма-Инфра - 2016. - С.186-191.
7. Гусова К.Н. Право социального обеспечения России , 2008. – С. 488
8. Архипов А.П., Гомелля В.Б., Туленты Д.С. Страхование. Современный курс: Учебник/Под ред. Е.В. Коломина. - М.: Финансы и статистика, 2016. – С.416-418.
9. Интернет источник ТФОМС РС(Я) sakhaoms.ru

Приложения к работе



Приложение 1

По шаговая инструкция по проверке страхового полиса

РОСГОССТРАХ



Главная / Физическим лицам / Путешествия / Проверка действительности полиса

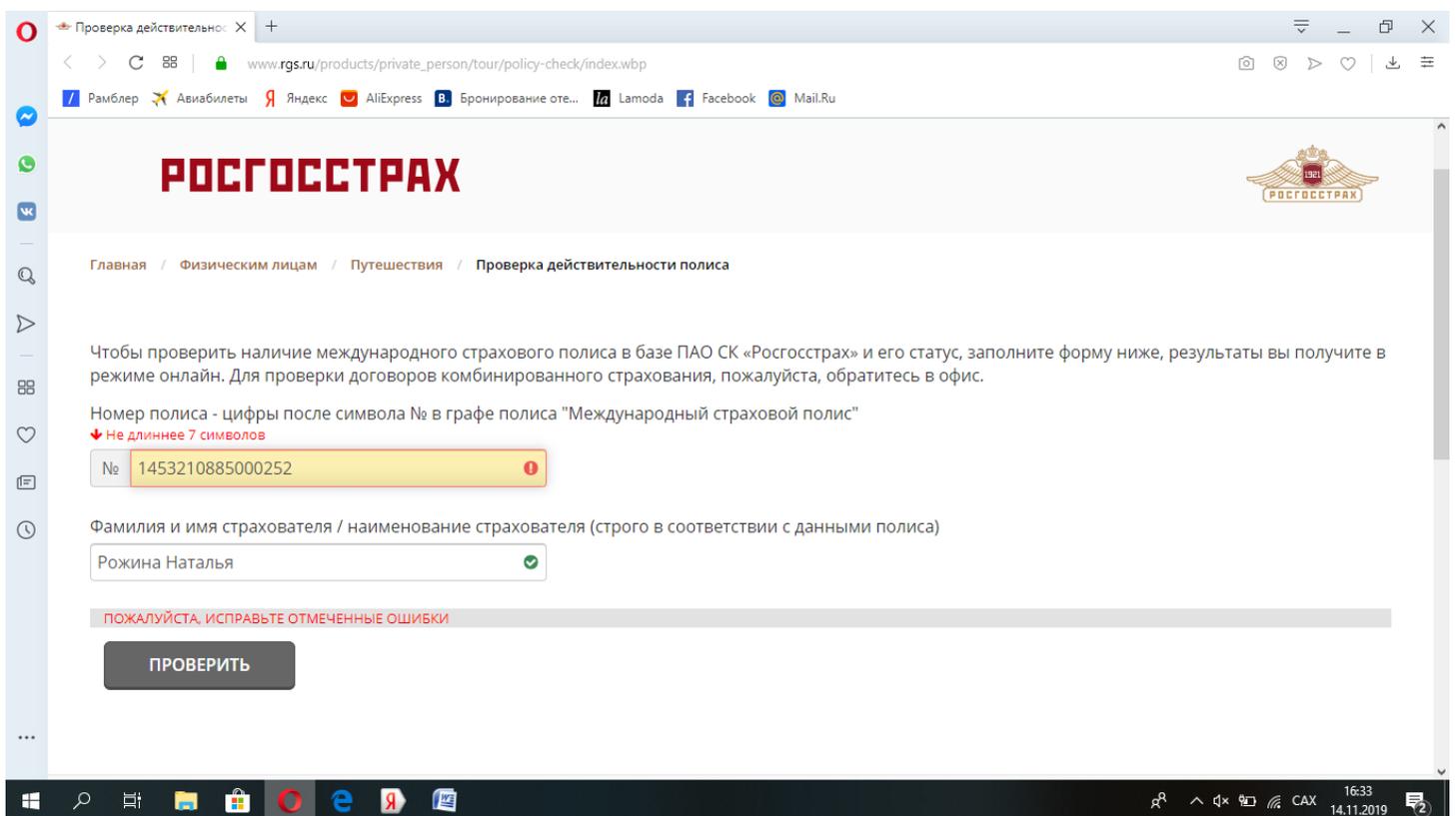
Чтобы проверить наличие международного страхового полиса в базе ПАО СК «Росгосстрах» и его статус, заполните форму ниже, результаты вы получите в режиме онлайн. Для проверки договоров комбинированного страхования, пожалуйста, обратитесь в офис.

Номер полиса - цифры после символа № в графе полиса "Международный страховой полис"

Фамилия и имя страхователя / наименование страхователя (строго в соответствии с данными полиса)

ПРОВЕРИТЬ

1-открываете сайт rgs.ru



Проверка действительности

www.rgs.ru/products/private_person/tour/policy-check/index.wbp

Рамблер | Авиабилеты | Яндекс | AliExpress | Бронирование оте... | Lamoda | Facebook | Mail.Ru

РОСГОССТРАХ



Главная / Физическим лицам / Путешествия / Проверка действительности полиса

Чтобы проверить наличие международного страхового полиса в базе ПАО СК «Росгосстрах» и его статус, заполните форму ниже, результаты вы получите в режиме онлайн. Для проверки договоров комбинированного страхования, пожалуйста, обратитесь в офис.

Номер полиса - цифры после символа № в графе полиса "Международный страховой полис"

↓ Не длинее 7 символов

Фамилия и имя страхователя / наименование страхователя (строго в соответствии с данными полиса)

ПОЖАЛУЙСТА, ИСПРАВЬТЕ ОТМЕЧЕННЫЕ ОШИБКИ

ПРОВЕРИТЬ

16:33 14.11.2019

2- вводим номер страхового полиса и Ф.И. застрахованного лица, и получаем статус страхового полиса.