



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



2012

# НОВОЕ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

г. Грозный, 2012 г.  
[www.tfoms-chr.ru](http://www.tfoms-chr.ru)



**С 1 января 2011 года вступил в силу новый закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», регулирующий обязательное медицинское страхование в России.**

*Цель нового закона - усилить гарантии прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.*

Новый закон определяет принципы обязательного медицинского страхования. Это, в частности, всеобщий характер, доступность и качество медицинской помощи, автономность финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Кроме того закрепляются правовой статус участников обязательного медицинского страхования и механизм их взаимодействия, полномочия государственных органов в этой сфере.



*Центральным элементом правового регулирования нового закона является гражданин, обладающий страховым медицинским полисом.*

## **Закон наделяет застрахованного гражданина следующими правами на:**

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского стра-

хования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

---

*Однако, условием при котором гражданин может быть полноценным участником обязательного медицинского страхования, является соблюдение установленных законом обязанностей.*

## **Итак, застрахованный гражданин обязан:**

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован

гражданин.

Для выбора или замены страховой медицинской организации гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе или замене этой страховой медицинской организации.

На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис обязательного медицинского страхования.

**Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.**



*Право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи обеспечивается обязанностью медицинской организации оказать ее обратившемуся.*

## **Медицинские организации по новому закону обязаны:**

- 1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) вести в соответствии персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;

- 6) размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
  - 7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;
  - 8) выполнять иные обязанности.
- 

## **Помимо обязанностей, медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования наделаны следующими правами:**

- 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях;
  - 2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.
- 



*Право медицинской организации на получение средств за оказанную медицинскую помощь обеспечивается финансовыми средствами страховой медицинской организации.*

## **Обязанностями страховой медицинской организации по новому закону являются:**

- 1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;
- 2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора.

---

## **Вместе с тем страховая медицинская организация наделена по новому закону следующими правами:**

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи.



*Взаимоотношения страховой медицинской организации в рамках нового закона складываются не только с лечебно-профилактическими учреждениями, но и с территориальным фондом обязательного медицинского страхования.*

## **Территориальный фонд по новому закону:**

1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;



2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Федеральным фондом;

3) получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

5) начисляет в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;

6) утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

7) предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования;

8) обеспечивает права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав;

9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

10) вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

11) вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответ-

ственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;

12) осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;

13) собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

15) ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

16) ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

17) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

18) осуществляет подготовку и переподготовку кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

**На территории каждого субъекта Российской Федерации функционирует свой территориальный фонд обязательного медицинского страхования.** В своей деятельности территориальные фонды независимы друг от друга. Государственным органом, координирующим и направляющим деятельность территориальных фондов является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Среди субъектов обязательного медицинского страхования Федеральный фонд определен как самостоятельный субъект, выполняющий по сути роль страховщика. В этой связи территориальные фонды и страховые медицинские организации выполняют только часть функций Федерального фонда, делегированных законом.

Органами управления Федерального фонда являются правление Федерального фонда и председатель Федерального фонда.

В статье 41 Конституции Российской Федерации сказано, что медицинская помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Таким образом, мы вынуждены признать тот факт, что медицинская помощь не может быть бесплатной в принципе, а за любую медицинскую услугу кто-

то должен заплатить.

И как было сказано выше, одним из источников финансирования бесплатной медицинской помощи, являются страховые взносы.

Плательщиками страховых взносов являются страхователи, обладающие по закону самостоятельным статусом.

Закон определяет страхователей двух видов – для работающих граждан и для неработающих граждан.

Страхователями для работающих граждан определены, если говорить условно, работодатели и лица, обеспечивающие себя работой самостоятельно.

Страхователями для неработающих граждан, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

*Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.*

**При этом, страхователь обязан:**

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Специалисты в области обязательного медицинского страхования однозначно сходятся во мнении о том, что пациент и врач находятся в неравном положении в части информированности об оказанной медицинской услуге.

Действительно, не каждый пациент может быть специалистом в столь специфичной области знаний, какой является медицина, для того чтобы дать адекватную оценку, оказанной медицинской помощи. Из этого следует вывод, что основная часть пациентов находится в уязвимом положении.

Для того чтобы исправить эту ситуацию, новый закон устанавливает несколько видов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями.

При этом основная нагрузка по проведению указанного контроля ложится на страховые медицинские организации.

В завершении хотелось бы сказать несколько слов о модернизации здравоохранения субъектов России.

В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.



## **Предусмотренные денежные средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации будут направлены на:**

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

**Как считают эксперты, по окончании модернизации государственные и муниципальные учреждения здравоохранения смогут оказать медицинские услуги более высокого уровня, что позволит им полноценно конкурировать с негосударственными учреждениями здравоохранения в борьбе за право лечить пациента, за которым придут деньги.**

---

**Автор проекта**

Абдулазизов Д.Ш.

**Главный редактор**

Дудаев М.И.

**Редакционная коллегия:**

Дадаева З.Х.

Баудинова З.Ш.

Алиев Э.А.

---

**Арт-директор – Эниев С.М.**

**Издатель – Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики**

[www.tfoms-chr.ru](http://www.tfoms-chr.ru)

*Для заметок*

---



