

Что такое система обязательного медицинского страхования

Несмотря на то что в России система обязательного медицинского страхования работает уже более 30 лет, не каждый обыватель до конца понимает – что такое программа госгарантий, почему нужно предъявлять полис ОМС в поликлинике, когда вы приходите на прием к врачу, и почему из государственной поликлиники отправляют на обследования в частные клиники.

Система ОМС очень пластична. Она подстраивается под запросы населения и потребности медицинских организаций. В этом материале мы опишем общую структуру — это позволит охватить основные вопросы, которые волнуют пациентов.

База

Статья 41 Конституции РФ гарантирует каждому гражданину право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Система ОМС – это один из видов государственного социального страхования, обеспечивающий конституционное право на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи при наступлении страхового случая.

В России действует страховая модель на базе обязательного медицинского страхования. Администрированием и финансированием ОМС занимается Фонд обязательного медицинского страхования.

Как устроена система ОМС

В системе участвуют четыре основных участника: медицинские организации (МО), страховые медицинские организации (СМО) и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС), которые осуществляют полномочия, переданные от учредителя на региональном уровне. Но есть Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общую координацию работы территориальных фондов на федеральном уровне. Четвертый важный участник – застрахованный гражданин на которого работают первые трое, чтобы обеспечить его конституционное право на получение качественной и своевременной и доступной медицинской помощи.

Чтобы обеспечить финансирование получения медпомощи страхователи – это те, кто страхует граждан, – платят взносы: работодатель за своих сотрудников по трудовому договору, региональное правительство за всех неработающих, а также ИП и самозанятые, которые платят за себя сами. Также власти субъекта РФ могут выделить дополнительное финансирование для расширения программы ОМС в своем регионе.

В ФФОМС поступают деньги от работодателей, самозанятых и ИП, собранные через Федеральную налоговую службу. Далее ФФОМС распределяет часть средств по территориальным фондам. Также ТФОМС получает деньги от регионального правительства.

Страховые медицинские организации взаимодействуют с медицинскими организациями, обеспечивая финансирование медицинской помощи гражданам, а также контролируют объемы, сроки и качество оказанных медицинских услуг медорганизациями. А еще со страховыми медицинскими организациями взаимодействуют застрахованные граждане: они получают свои полисы в СМО и обращаются к ним, если их права нарушены. По закону, медицинское страхование является исключительным видом деятельности для СМО, любые другие виды деятельности для неё запрещены.

В каждом регионе создана Комиссия по разработке территориальной программы, которая распределяет в течение года средства на оказание медпомощи в системе ОМС. На основании принятых комиссией решений ТФОМС выделяет денежные средства страховым медицинским организациям, которые далее распределяют между медицинскими организациями. Медицинские организации, заключившие трёхсторонний договор со страховой компанией и ТФОМС, получают оплату за оказанную застрахованным гражданам медицинскую помощь.

На что тратятся деньги в ОМС

Практически все средства ТФОМС расходуют на выполнение территориальной программы ОМС. Крупные суммы выделяют из бюджета на лечение онкологических заболеваний, высокотехнологичную помощь и родовые сертификаты – расходы на которые также администрирует фонд. Еще часть средств идет на изготовление фондом бланков полисов ОМС.

Также существует нормированный страховой запас — это резерв денег на случай непредвиденных расходов.

Программы госгарантий бесплатной медицинской помощи на прошлые и нынешний год формировались с учетом целей национально проекта «Здравоохранение», на 2025 год сформирована с учетом показателей Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Все граждане, кроме военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов, – работающие и не работающие, а также некоторые иностранные лица могут быть застрахованы в системе ОМС, будут получать медицинские услуги в одинаковом объеме в регионе своего проживания, или временного пребывания.

Основной принцип заключается в том, чтобы каждый имел равный доступ к медицинской помощи и не должен финансово пострадать в случае болезни.

Где можно получить помощь по полису ОМС

Помощь, которая оплачивается в рамках ОМС, можно получить в медицинских организациях. Чаще всего это государственные организации, но разного уровня – какие-то созданы федеральными структурами, например, Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Красноярске, какие-то регионального уровня, например, ваша поликлиника. Прикрепление к МО закрепляет за определённой поликлиникой право оказывать первичную медико-санитарную помощь, вести медицинскую карту, проводить диспансеризацию, осуществлять приёмы врачей-терапевтов, врачей-специалистов и получать оплату за пациента. На сайте ТФОМС Красноярского края есть реестр всех медицинских организаций, осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в регионе: <https://www.krasmed.ru/content/reestri-medicinskih-organizaciy.html>

Также помощь по полису ОМС могут оказывать частные клиники, если они заключили договор о работе в системе обязательного медстрахования. К ним пациентов отправляют в тех случаях, когда государственная медорганизация не может оказать необходимые медуслуги. Чаще всего это аппаратные исследования, ЭКО и другие услуги. Важно помнить, что не все услуги в частной клинике оказываются в рамках полиса ОМС.

Защита прав застрахованных

Кроме финансирования у страховых медицинских организаций и территориальных фондов есть очень важная функция – защита прав застрахованных. Рассмотрим основные:

1. Обращения в ТФОМС или СМО. Застрахованные лица могут обратиться за консультацией или с жалобой на качество медицинской помощи, полученной в рамках ОМС. Сделать это можно:

- позвонив по телефонам горячих линий страховых компаний или фонда (например, в Красноярском крае работает телефон горячей линии «Право на здоровье»: 8-800-700-000-3);
- написав по электронной почте в адрес СМО или ТФОМС;
- или заполнив форму «Официального обращения гражданина в электронном виде» на сайте ТФОМС на сайте ТФОМС Красноярского края: <https://www.krasmed.ru/service/ogev>;
- отправив обычным письмом по почте или обратившись лично в страховую компанию или территориальный фонд.

Обращения рассматриваются в рамках действующего законодательства.

2. Мониторинг и контроль качества. Качество оказанной медицинской помощи по ОМС контролируется со стороны государственных органов и организаций. Регулярно проводятся проверки и аудиты медицинских организаций, которые направлены на выявление нарушений и улучшение качества медицинских услуг. Территориальный фонд ведет Реестр экспертов качества медицинской помощи Красноярского края: <https://www.krasmed.ru/content/reestr-ekspertov-kachestva-medicinskoy-pomoshti-krasnoyarskogo-kraya.html>. Этот реестр содержит сведения об экспертах, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3. Судебная защита. Застрахованные имеют право обратиться в суд в случае, если их права и законные интересы нарушены в процессе получения помощи по ОМС. Специалисты СМО и ТФОМС оказывают юридическую помощь застрахованным при обращении в суд.

Цифровизация в ОМС

Еще в системе ОМС есть электронные сервисы, которые облегчают получение гражданами медицинских услуг. Так каждый обладатель зарегистрированного профиля на портале Госуслуг может здесь оформить полис ОМС, изменить прикрепление к поликлинике, записаться на прием к терапевту, проверить сведения об оказанных медицинских услугах.

А скоро будет доступен раздел «Медкарта», с информацией о выданных справках, проведенных исследованиях, консультациях и выданных электронных рецептах.

Портрет ОМС в Красноярском крае

В крае работает свыше 126 тысяч страхователей разных форм собственности. 2 820 790 застрахованных, из них 1 289 099 работающих и 1 531 691 неработающий. В каждом субъекте федерации создан свой территориальный фонд обязательного медицинского страхования — ТФОМС. В Красноярском крае фонд работает уже более 31 года.

Три страховые медицинские организации: Красноярский филиал ООО "СМК РЕСО-Мед", Красноярский филиал АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед", Структурное подразделение ООО "СК "Ингосстрах-М".

Медицинскую помощь в крае оказывают 242 медицинские организации, из них 115 (48%) частные, 112 (46%) краевые, 8 (3%) федеральные, 6 (2,5%) структурные подразделения РЖД и 1 (0,5%) муниципальная. Если сравнивать в объемах оказанной помощи, то за 11 месяцев 2024 года на частные медицинские организации пришлось

6,6% средств из территориальной программы ОМС, а на региональные и федеральные медицинские организации пришлось 93,5% средств террпрограммы.

Бюджет фонда в 2023 году составил более 71 миллиарда рублей, в нынешнем году это свыше 80 миллиардов рублей, а в 2025 году будут рекордные 100 миллиардов. Все эти деньги будут потрачены на оказание медицинской помощи.

Если говорить про количество денег на одного жителя края в рамках территориальной программы, то в 2023 году на одного застрахованного предусмотрено было 23 761 руб., в нынешнем году – 28 371 руб., а на 2025 году запланировано потратить на одного застрахованного 33 150 руб.

В следующем году увеличатся охваты лечения онкобольных, пациентов с вирусным гепатитом С, расширится программа оценки репродуктивного здоровья, вырастет объем проводимых процедур ЭКО, расширится внедрение технологий искусственного интеллекта для диагностики и при принятии врачебных решений по результатам КТ и МРТ, маммографии, рентгенографии и флюорографии. Кроме того, продолжит развиваться такое важное направление, как реабилитация.

А еще в крае работает круглосуточный телефон горячей линии «Право на здоровье»:
8-800-700-000-3,

куда можно обратиться за консультацией по вопросам оказания помощи в системе ОМС. Этот колл-центр работает на базе ТФОМС и ваше обращение не останется без ответа.