

ОМС: вопросы нормативно-правового регулирования

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
Доцент кафедры организации
здравоохранения и общественного
здоровья, к.м.н. Лихова И.Н.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

1. Основные принципы осуществления ОМС
2. Полномочия Российской Федерации и субъектов РФ в сфере ОМС
3. Права и обязанности субъектов и участников ОМС
4. Финансовое обеспечение ОМС
5. Правовое обеспечение ФФОМС и ТФОМС
6. Программы ОМС (базовая и территориальная)
7. Система договоров в ОМС
8. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи
9. Организация персонифицированного учета в сфере ОМС

Изменения, внесенные Законом РФ от 29.07.2018 №268-ФЗ, Законом РФ от 27.11.2018 № 425-ФЗ, Законом РФ от 28.11.2018 №437-ФЗ, Законом РФ от 02.12.2019 №399-ФЗ, Законом от 28.01.2020 № 3-ФЗ

- порядок и методика определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета ФФОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации (а не Федеральным законом);
- изменен порядок информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах
- установлен порядок приостановление действия полиса ОМС , признание полиса ОМС недействительным
- уточнены категории застрахованных лиц и страхователей
- средства нормированного страхового запаса территориального фонда для финансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала (НСЗ 3);
- рассмотрение тарифного соглашения ФФОМС

Изменения, внесенные Законом РФ от 29.07.2018 №268-ФЗ, Законом РФ от 27.11.2018 № 425-ФЗ, Законом РФ от 28.11.2018 №437-ФЗ, Законом РФ от 02.12.2019 №399-ФЗ, Законом от 28.01.2020 № 3-ФЗ

- Предусматриваются стимулирующие выплаты врачам за выявление онкозаболеваний: в 2020 - 2022 годах из бюджета ФФОМС в бюджеты территориальных фондов будут предоставляться межбюджетные трансферты для осуществления стимулирующих денежных выплат медработникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медосмотров населения. Правительством РФ утверждены правила представления соответствующих межбюджетных трансфертов.
- Отменено право страховых медицинских организаций в сфере ОМС на получение десяти процентов от сэкономленных целевых средств на оплату медицинской помощи
Это позволит вернуть неиспользованные средства в систему обязательного медицинского страхования и направить их на оплату медицинской помощи гражданам.

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС
- устойчивость финансовой системы ОМС , обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС;
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- паритетность представительства субъектов ОМС и участников ОМС

Объектом ОМС является страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск - это предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай -совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС.

Страховое обеспечение по ОМС - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Страховые взносы на ОМС - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Полномочия Российской Федерации в сфере ОМС

- разработка и реализация государственной политики в сфере ОМС;
- организация ОМС на территории Российской Федерации;
- установление круга лиц, подлежащих ОМС;
- установление тарифов страховых взносов на ОМС и порядка взимания страховых взносов;
- утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС;
- установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС;
- установление ответственности субъектов и участников ОМС за нарушение законодательства об ОМС;
- организация управления средствами ОМС;
- определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере ОМС, ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС

Переданные полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере ОМС

организация ОМС на территории субъекта, в том числе:

утверждение территориальных программ ОМС и реализация базовой программы ОМС на территориях субъектов РФ в пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС;

утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС на территориях субъектов РФ для страховых медицинских организаций в соответствии с федеральными Правилами ОМС;

регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

администрирование доходов бюджета ФФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения на территориях субъектов РФ;

контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов РФ, проведение проверок и ревизий;

осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

обеспечение прав граждан в сфере ОМС на территориях субъектов РФ;

ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

ведение отчетности в сфере ОМС.

Полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере ОМС

уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения;

установление в территориальных программах ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

финансовое обеспечение и реализация территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета ФФОМС;

утверждение бюджетов ТФОМС и отчетов об их исполнении

Субъекты ОМС

Застрахованные лица

Страхователи

(**для неработающих**- исполнительные органы государственной власти субъекта РФ,

для работающих - лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, и индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, патентные поверенные, физические лица, применяющие специальный налоговый режим «Налог на профессиональный доход», и иные лица, занимающиеся частной практикой)

Федеральный фонд – страховщик.

Участники ОМС

территориальные фонды:

осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС, а также полномочия страховщика в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

страховые медицинские организации:

страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке Центральным банком РФ.

не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность.

также осуществляют отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией

медицинские организации

Медицинские организации в ОМС

организации **любой** предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, имеющие право на осуществление медицинской деятельности, и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, и включенные в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС .

включаются в Реестр, на основании уведомления, направляемого в территориальный фонд ОМС до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС

осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

Правила ОМС

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, начало действия 28.05.2019

Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о сдаче (утрате) полиса ОМС

Единые требования к полису ОМС

Порядок выдачи полиса ОМС

Приостановление действия полиса ОМС и признание полиса недействительным

Порядки ведения реестра страховых медицинских организаций и медицинских организаций

Порядок направления ТФОМС сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС

Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ

Порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС

Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС

Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации

Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

Права и обязанности медицинских организаций в ОМС

Медицинские организации имеют право:

получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Медицинские организации обязаны:

бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
предоставлять страховым медицинским организациям и ТФОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
предоставлять отчетность о деятельности в сфере ОМС в порядке и по формам, которые установлены ФФОМС;
использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС;
размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и ТФОМС сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи,
использовать средства нормированного страхового запаса ТФОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;
использовать средства нормированного страхового запаса ТФОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала

Установление объемов медицинской помощи

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС распределяются между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из:

количества, пола и возраста застрахованных лиц,
количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь,
потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис ОМС, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте РФ создается **комиссия по разработке территориальной программы ОМС**.

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам ОМС.

Комиссия по разработке территориальной программы ОМС (приложение № 1 к Правилам ОМС)

В состав Комиссии на паритетных началах входят :

представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации,
ТФОМС,
страховых медицинских организаций
медицинских организаций,
представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций
(союзов)
представители профессиональных союзов медицинских работников или их объединений
(ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта РФ

Функции Комиссии:

разработка проекта территориальной программы ОМС;

разработка и установление показателей эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие провести оценку возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи;

распределение на отчетный год с поквартальной разбивкой и корректировка в течение года объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, в пределах и на основе установленных территориальной программой ОМС объемов предоставления медицинской помощи

рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных ФФОМС;

установление иных сроков подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС для вновь создаваемых медицинских организаций;

определение порядка представления информации членами Комиссии.

Порядок распределения объемов предоставления МП, установленных территориальной программой ОМС в Ивановской области.

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) создана Правительством Ивановской области в целях обеспечения реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Состав комиссии утвержден постановлением Правительства Ивановской области от 17.01.2012 № 10-п (в редакции от 19.06.2019) «Об утверждении состава комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования». Комиссия осуществляет деятельность в соответствии с Регламентом работы комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденным протоколом № 9 от 31.07.2017.

Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями

Распределение объемов медицинской помощи медицинской организации осуществляется Комиссией в объемах, **не превышающих** предложения медицинской организации, представленные в уведомлении, по следующим критериям:

количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме **при отсутствии или недостаточности** у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;

Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями

соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации;

необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;

наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

При распределении объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями критерии рассматриваются Комиссией **комплексно**.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

(приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н)

Типовая форма утверждена приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н

Договор заключается на год.

Приложениями к договору являются:

объемы медицинской помощи, установленные для медицинской организации, в разрезе видов и форм оказания медицинской помощи, сведения о численности застрахованных, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медицинской помощи.

Предмет договора: организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

Индивидуально устанавливаются даты ежемесячного проведения авансирования и окончательного расчета, а также сроки ежемесячной сверки списков застрахованных, прикрепленных к медицинской организации.

Рабочая группа по тарифам на оплату медицинской помощи

Создается для разработки проекта тарифного соглашения

В срок до 15 декабря текущего года страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, исполнительным органом государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья предоставляются к заседанию рабочей группы **данные статистической и финансовой отчетности, необходимые для расчета тарифов** на оплату медицинской помощи, и предложения по способам оплаты медицинской помощи и структуре тарифов на оплату медицинской помощи, установленные территориальной программой

На основании представленных данных рабочая группа:

в срок до 15 декабря текущего года осуществляет необходимые расчеты для формирования тарифов на оплату медицинской помощи на плановый период в соответствии с Методикой, требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Федеральным фондом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона (приказ ФФОМС № 246)

в срок до 20 декабря текущего года готовит проект тарифного соглашения;

в срок до 25 декабря текущего года направляет для рассмотрения проект тарифного соглашения членам Комиссии.

После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гугл-формы.

***Ссылка для прохождения
тестирования***

https://docs.google.com/forms/d/1Nkk7On-nM-v4b9uuiM2_HMSFzbXdmEQerRmhCMnbT6Y

***Пожалуйста, корректно заполняйте
поля: ФИО, название цикла***

ПП - профессиональная переподготовка

ПК – повышение квалификации