

23. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



В Российской Федерации источниками финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению являются:

1. Средства бюджетов:
 - федерального;
 - субъектов Российской Федерации;
 - муниципальных.
2. Средства обязательного медицинского страхования.
3. Личные средства граждан и организаций, добровольное медицинское страхование (ДМС) и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Финансовые средства, поступающие на нужды здравоохранения из всех источников, образуют консолидированный бюджет здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Конституция Российской Федерации

Принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с изменениями от 01.07.2020)

2.	Об основах обязательного социального страхования	Федеральный закон от 16.07.1999 №165-ФЗ
3.	Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации	Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ
4.	Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ
5.	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов	Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940

С 1991 года в Российской Федерации действовал Федеральный закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». В качестве основы реформирования здравоохранения закон утверждал систему социального страхования в виде системы обязательного и добровольного медицинского страхования.

Конституционным правом граждан Российской Федерации является бесплатное оказание медицинской помощи (статья 41). Медицинская помощь в государственных и муниципальных организациях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений.



Страхование – отношения по защите интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных

образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

В Российской Федерации осуществляются 24 вида страхования, в том числе:

- страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события;
- пенсионное страхование;
- страхование жизни с условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика;
- страхование от несчастных случаев и болезней;
- медицинское страхование в форме ОМС и ДМС.



Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ

Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных законом случаях в пределах базовой программы ОМС.

Основные понятия Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ:

Застрахованное лицо

Лицо, которому окажут медицинскую помощь за счет средств ОМС

– физическое лицо, на которое распространяется ОМС (имеет полис ОМС).

Объект ОМС

Риск возникновения потребности в медицинской помощи

– страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск

Будущая потребность в медицинской помощи

– предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай

Возникшая потребность в медицинской помощи

– 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

Оплата оказанной медицинской помощи

– исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Страховые взносы по ОМС

Источник оплаты медицинской помощи

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

СУБЪЕКТЫ СИСТЕМЫ ОМС

1

Застрахованные лица:

- граждане Российской Федерации;
- иностранные граждане, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации;
- лица без гражданства (беженцы), которые:
 - работают по трудовому договору;
 - самостоятельно обеспечивают себя работой (индивидуальные предприниматели (ИП), самозанятые и так далее);
 - являются членами фермерских хозяйств или членами семейных общин малочисленных народов;
 - не работают (дети до 18 лет, пенсионеры, студенты, безработные, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, занятые уходом за детьми-инвалидами) и другие.

2

Страхователи:

- **для работающих граждан** – лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам. Например, работодатель организации, индивидуальный предприниматель (ИП), физические лица, не признаваемые ИП и другие.

- **для неработающих граждан** – орган исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Например, Правительство субъекта Российской Федерации.

- 3 **Федеральный фонд** – некоммерческая организация, созданная для реализации государственной политики в сфере ОМС. Является страховщиком в части реализации базовой программы ОМС.

УЧАСТНИКИ СИСТЕМЫ ОМС

- 1 **Территориальные фонды ОМС** – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере ОМС.
- 2 **Страховые медицинские организации (СМО)** осуществляют свою деятельность на основании договоров с:
 - территориальным фондом ОМС (о финансовом обеспечении ОМС);
 - медицинской организацией (на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).
- 3 **Медицинские организации** – юридические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии.



Тариф страхового взноса на ОМС составляет 5,1% от выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц в рамках трудовых отношений.

Страховые взносы за неработающее население перечисляют органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливаются федеральным законом.

В Российской Федерации каждый гражданин застрахован в системе обязательного медицинского страхования и имеет полис ОМС.



Полис ОМС – документ, который удостоверяет право застрахованного лица на бесплатную медицинскую помощь на всей территории Российской Федерации в объеме базовой программы ОМС и на территории страхования в объеме территориальной программы.

Отличительные характеристики обязательного и добровольного медицинского страхования:

Характеристика	ОМС	ДМС
Обязательность	Обязательное	Добровольное
Объем медицинской помощи	Устанавливает базовая программа ОМС	Договор может включать различный объем страхования

Характеристика	ОМС	ДМС
Охват населения	Полный	Выборочный
Срок действия	Бессрочный	Ограничен сроком договора
Взаимосвязь между объемом медицинской помощи и размером страхового взноса	Отсутствует (фиксированный страховой взнос)	Размер страхового взноса зависит от объема страхования

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ](#)

В случае, когда система государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи не может удовлетворить все потребности по оказанию медицинской помощи, граждане имеют право на получение платных медицинских услуг за счет личных средств, средств работодателя и иных средств на основе договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.