Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

- Права и обязанности застрахованных граждан
- Контроль качества медицинской помощи

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

№ 326 – ФЗ от 29 ноября 2010 года

Вступает в силу с 1 января 2011 года.
Отдельные положения в соответствии со статьей 53 п. 2 - с 1 января 2012 года.

(Ст. 5 - 8, часть 6 ст. 14, часть 7 ст. 17, часть 7 ст. 24, пункт 1 части 4 ст. 26, ст. 27, 28, 35, 36, часть 1, пункты 3 - 5 и 14 части 2, пункты 1 - 3 части 4, части 7 - 9, 11 и 12 ст. 38.)

Комментируя принятие Госдумой в третьем чтении законопроекта, глава Минздравсоцразвития РФ Татьяна Голикова отметила:

«Принятие закона об обязательном медицинском страховании – это важный этап в модернизации здравоохранения. Мы переходим к конкурентной модели, в которой на первый план выходит пациент и качество медпомощи. Но чтобы система заработала полностью – нам необходимо в течение 2011-2012 годов привести в порядок региональные медучреждения. На эти цели будут направлены значительные инвестиции.

Комментируя принятие Госдумой в третьем чтении законопроекта, глава Минздравсоцразвития РФ Татьяна Голикова отметила:

Система здравоохранения достаточная инертна, поэтому в одночасье все изменить невозможно. Нужно двигаться поступательно, параллельно обновляя и материально-техническую базу и законодательную.

Новый закон об обязательном медстраховании – отправная точка в создании современной системы здравоохранения в России».

Особенности Нового Закона

- **Регулирует отношения, возникающие в рамках обязательного медицинского страхования;**

состоит из 11 глав и 53 статей; около 50 страниц

(ранее было 3 раздела и 28 статей, около 10 страниц).

Закон об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации

Глава 1. Общие положения.

Глава 2. Полномочия РФ и субъектов РФ в сфере обязательного медицинского страхования (далее ОМС).

Глава 3. Субъекты ОМС и участники ОМС.

Глава 4. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций.

Глава 5. Финансовое обеспечение ОМС.

Глава 6. Правовое положение Федерального фонда и территориального фонда.

Глава 7. Программы ОМС.

Глава 8. Система договоров в сфере ОМС.

Глава 9. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Глава 10. Организация персонифицированного учета в сфере ОМС.

Глава 11. Заключительные положения.

Глава 1. Общие положения.

Включает в себя следующие статьи:

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона;

Статья 2. Правовые основы ОМС;

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе (9 понятий);

Статья 4. Основные принципы осуществления ОМС.

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

1) 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 настоящим Федеральным законом

Статья 4. Основные принципы осуществления ОМС

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;

(страховые взносы на ОМС … обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения – из ст.3 п.6);

Статья 4. Основные принципы осуществления ОМС

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;

(страховщиком по ОМС является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы ОМС – ст.12 п.1)

Глава 2. Полномочия РФ и субъектов РФ в сфере ОМС

Вступает в силу с 01.01.2012 года

Определяются:

Статья 5.
Российской Федерации

Статья 6.
(в т.ч. переданные субъектам РФ)

Статья 7.
Права и обязанности МинЗдравСоцразвития и ФФОМС по осуществлению переданных полномочий РФ

Статья 8.
Органов государственной власти субъектов РФ

Глава 3. Субъекты ОМС и участники ОМС

Статья 9

субъекты	участники
1) застрахованные лица, 2) страхователи, 3) Федеральный фонд ОМС.	1) территориальные фонды, 2) СМО, 3) медицинские организации.

(ранее субъекты ОМС: гражданин, страхователь, СМО, медицинское учреждение)

Глава 3. Субъекты ОМС и участники ОМС

ФФ ОМС - **страховщик**

(Статья 12)

ТФ ОМС

(Статья 13)

1. **отдельные полномочия страховщика (ФФОМС) в рамках базовой программы ОМС**

2. **полномочия страховщика в рамках ТП ОМС, превышающей базовую программу ОМС**

СМО

(Статья 14)

отдельные полномочия страховщика в рамках договора между ТФОМС и СМО

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

1. Застрахованные лица имеют право на:

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

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном ТП ОМС;

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

1. Застрахованные лица имеют право на:

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС;

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 ОМС в порядке, установленном правилами ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную СМО;

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

1. Застрахованные лица имеют право на:

4) **выбор медицинской организации** из медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС в соответствии с законодательством РФ;

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

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

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

1. Застрахованные лица имеют право на:

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС;

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.

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

2. Застрахованные лица обязаны:

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

2) подать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО в соответствии с правилами ОМС;

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

4) осуществить выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия СМО, в которой ранее был застрахован гражданин.

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

3. ОМС детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители…

4. Выбор или замена СМО осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка его родителями или другими законными представителями), путем обращения в СМО из числа включенных в реестр СМО, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети «Интернет».

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

5. Для выбора или замены СМО застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им СМО с заявлением о выборе (замене) этой СМО. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) СМО, такое лицо считается застрахованным той СМО, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в СМО за выдачей им полисов ОМС, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в СМО, осуществляющие деятельность в сфере ОМС в субъекте РФ, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении ОМС. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в СМО, которое отражается в сведениях, направляемых в СМО, должно быть равным.

Статья 16. Права и обязанности застрахованных граждан

7. СМО, указанные в части 6 настоящей статьи:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса ОМС в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Глава 9. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены ТП ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом.

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

1. Медико-экономический контроль

2. Медико-экономическая экспертиза

3. Экспертиза качества медицинской помощи

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

3. Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

4. Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

5. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

11. Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью СМО путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальный фонд и (или) СМО в порядке, установленном Федеральным фондом, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с ТП ОМС.

Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

1. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, перечнем оснований для отказа в оплате либо уменьшению оплаты в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

3. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества **не освобождает** медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 42. Обжалование заключений СМО по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

1. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение СМО при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

Статья 42. Обжалование заключений СМО по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

3. Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Статья 42. Обжалование заключений СМО по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

4. Повторные медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.

5. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Благодарю
за внимание

Информация о новом Законе размещена на сайте ЛОФОМС:
lofoms.spb.ru