

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»**

В.Ф. Олейниченко, В.Я. Ткачева

**Система государственного социального
и медицинского страхования – основа социальной
защиты граждан Российской Федерации**

Учебное пособие

Под редакцией проф. С.М. Хлынина

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2007

УДК 614.2:368.4
ББК С587+Р11(2Рос)+Р.805
О 532

Олейниченко В.Ф., Ткачева В.Я.

Система государственного социального и медицинского страхования – основа социальной защиты граждан Российской Федерации: учебное пособие / В.Ф. Олейниченко, В.Я. Ткачева; ред. проф. С.М. Хлынин. – Томск: СибГМУ, 2007. – 135 с.

В настоящем пособии описаны система социального и медицинского страхования в Российской Федерации, структура и функции государственных внебюджетных социальных фондов.

Изложены законодательные и правовые основы, история развития социального и медицинского страхования в стране. Даны схемы технологии обязательного медицинского страхования и финансового взаимодействия его субъектов, таблица отличительных особенностей обязательного и добровольного медицинского страхования.

Приводятся источники финансирования здравоохранения Российской Федерации в условиях медицинского страхования и способы оплаты медицинских услуг застрахованным гражданам. Излагаются положения о порядке обеспечения пособиями по социальному страхованию. Достаточно полно изложен раздел лицензирования и аккредитации медицинских учреждений. Приводится перечень основных федеральных нормативных правовых актов, регулирующих лицензирование медицинской деятельности.

Пособие предназначено для студентов всех факультетов медицинских вузов.

Рекомендовано к изданию объединенным Ученым Советом ФКПП и ФЭУЗ (протокол № 7 от 11.11.2006 г) и Центральным Методическим Советом СибГМУ (протокол № 2 от 28.02.2007 г.)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	6
Список сокращений.....	7
Глава 1. Страхование и страховое дело в Российской Федерации.....	8
1.1. Краткая история развития страхования.....	10
1.2. Отрасли и виды страхования.....	11
1.3. Основные понятия и термины, применяемые в страховании.....	14
1.4. Принципы обязательной и добровольной форм социального страхования.....	15
Глава 2. Фонд социального страхования и другие органы социального страхования, их структура и функции.....	17
2.1. Комиссия по социальному страхованию на предприятиях, в учреждениях и организациях. Функции комиссии по социальному страхованию.....	18
2.2. Государственные пособия и другие выплаты семьям, имеющим детей.....	20
Глава 3. Положение о порядке обеспечения пособиями по социальному страхованию.....	23
3.1. Врачебно-трудовая экспертиза: правовое обеспечение, виды нетрудоспособности	28
3.2. Порядок и особенности оформления документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан	33
Глава 4. Обязательное медицинское страхование как конституционная гарантия основных прав и свобод человека.....	37
4.1 Краткая история развития медицинского страхования.....	38
4.2. Предпосылки введения медицинского страхования в России на современном этапе.....	43
4.3. Законодательная база медицинского страхования в Российской Федерации.....	43
4.4. Источники финансирования здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования.....	46

Глава 5. Охрана здоровья застрахованных и социальная защита граждан в условиях медицинского страхования.....	50
5.1. Правовое положение граждан в системе ОМС.....	51
5.2. Перечень прав граждан в области охраны здоровья.....	53
5.3. Права пациента.....	54
5.4. Права и обязанности страхователя.....	55
Глава 6. Организация медицинского страхования и деятельность страховых медицинских организаций в Российской Федерации.....	57
6.1. Сравнительный анализ ОМС и ДМС.....	58
6.2. Основные организационно-экономические и правовые принципы ОМС.....	59
6.3. Понятия и термины, применяемые в медицинском страховании.....	60
6.4. Особенности деятельности страховых медицинских организаций в обязательном медицинском страховании.....	61
6.5. Понятие гражданского правового договора возмездного оказания услуг и его отличие от других гражданских договоров.....	65
6.6. Порядок возмещения вреда, причиненного пациенту.....	66
6.7. Порядок обращения в страховую медицинскую организацию.....	67
6.8. Правила составления и подачи искового заявления.....	69
6.9. Договор ОМС и страховой медицинский полис.....	70
Глава 7. Фонды обязательного медицинского страхования (Федеральный и территориальный), их формирование и назначение	74
7.1. Фонды территориальный и Федеральный	75
7.2. Федеральная (базовая) и территориальная программы ОМС. Принципы формирования Федеральной и территориальной программ госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению	78
Глава 8. Соотношение обязательного медицинского страхования и социальной защиты населения.....	81
8.1. Понятие – социальная защита, ее принципы.....	83
8.2. Механизмы общественного воздействия (управления) на социальную защиту населения.....	84
Глава 9. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений.....	85
9.1. Основные понятия, применяемые при осуществлении лицензирования.....	86
9.2. Основные принципы осуществления лицензирования.....	86
9.3. Этапы лицензирования	87
9.4. Контроль за деятельностью лицензиатов.....	89

9.5 Порядок продления срока действия лицензии.....	89
9.6. Лицензирующие органы.....	90
9.7. Аккредитация медицинских учреждений. Этапы прохождения аккредитации.....	90
9.8. Перечень основных федеральных нормативных правовых актов, регулирующих лицензирование медицинской деятельности.....	91
Приложение.....	93
Вопросы для контроля уровня теоретических знаний и практических навыков по теме «Система государственного социального и медицинского страхования – основа социальной защиты граждан Российской Федерации».....	102
Тесты по теме «Система государственного социального и медицинского страхования – основа социальной защиты граждан Российской Федерации».....	105
Литература	133

ВВЕДЕНИЕ

Государственное социальное и медицинское страхование является важнейшим механизмом реализации прав, свобод и законных интересов граждан РФ в сфере охраны их здоровья.

Социальная защита граждан – один из основных конституционных принципов социально-правового государства. Механизмом этой социальной защиты является социальное страхование в широком смысле этого слова, включающее страхование на случай утраты трудоспособности и медицинское страхование.

В настоящем пособии даны основные понятия и определения отдельных видов и элементов систем медицинского и социального страхования, страхования на случай утраты трудоспособности. В пособии доступно и подробно описаны указанные системы социального страхования, функции и структура государственных социальных Фондов, обеспечивающих эти виды страхования в Российской Федерации.

Описан определенный нормативными актами порядок выплаты пособий по социальному страхованию. Изложена структура и функции врачебно-трудовой экспертизы, подробно описан порядок оформления документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан и особенности оформления листов нетрудоспособности. Большое внимание уделено истории развития и механизмам обеспечения социального и медицинского страхования. В достаточно полном объеме изложены система и порядок лицензирования и аккредитации медицинских учреждений. Приводится перечень основных федеральных нормативных правовых актов, регулирующих лицензирование медицинской деятельности.

Авторы выражают надежду, что настоящее пособие поможет студентам всех факультетов медицинских вузов глубоко изучить и понять системы социального и медицинского страхования России и ознакомиться с механизмом реализации прав граждан в условиях медицинского и социального страхования.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВН	– временная нетрудоспособность
КЭК	– клинико-экспертная комиссия
МСЭК	– медико-социальная экспертная комиссия
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
ЛН	– листок нетрудоспособности
СМО	– страховая медицинская организация
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
МЗ и СР	– Министерство здравоохранения и социального развития
РФ	– Российская Федерация
ФЗ	– Федеральный закон
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ДМС	– добровольное медицинское страхование
ФФОМС	– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ТФОМС	– Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УП	– упрощенный налог
ЕСН	– единый социальный налог
ЕНВД	– единый налог на вмененный доход
МРОТ	– минимальный размер оплаты труда
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
МОТ	– Международная организация труда
МАСО	– Международная ассоциация социального обеспечения
ЗоЗПП	– Закон «О защите прав потребителей»
ГК РФ	– Гражданский кодекс РФ
УК РФ	– Уголовный кодекс РФ
ТК РФ	– Трудовой кодекс РФ
ГПК РФ	– Гражданско-процессуальный кодекс РФ

Глава 1

СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВОЕ ДЕЛО В РФ

Под социальным страхованием в широком смысле слова понимают систему, гарантирующую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг.

Социальное страхование – это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть родственников.

Государственное социальное страхование осуществляется за счет специальных фондов, образуемых из обязательных взносов работодателей и в некоторых случаях из взносов работников, а также дотаций из федерального бюджета на материальное обеспечение работников и членов их семей.

В соответствии с ТК РФ все работники подлежат обязательному государственному социальному страхованию. Средства социального страхования формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, организаций, использующих труд наемных работников, а также отдельных работников из своего заработка.

Взносы большинства предприятий в виде Единого социального налога в настоящее время составляют 26 % к фонду оплаты труда: 20,0 % – в пенсионный фонд; 3,2 % – в фонд социального страхования; 2,8 % – в фонд ОМС.

Неуплата работодателями взносов на государственное социальное страхование не лишает работника права на материальное обеспечение за счет средств государственного социального страхования.

От уплаты взносов в перечисленные фонды освобождаются общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия и учреждения, созданные для осуществления уставных целей.

Обеспечение по государственному социальному страхованию подразделяется на денежные выплаты, материальные блага и услуги.

В первую группу входят денежные выплаты в виде пенсий и пособий. Работники и их семьи обеспечиваются за счет средств государственного социального страхования: пособиями по временной нетрудоспособности, пособиями по беременности и родам, пособиями по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, пособиями по случаю рождения ребенка,

пенсиями по старости, по инвалидности и по случаю потери кормильца, в случае смерти на погребение.

Во вторую группу входят средства государственного социального страхования, направленные на проведение оздоровительно-профилактических мероприятий: на оплату санаторно-курортного лечения, отдыха, лечебного (диетического) питания, на содержание оздоровительных учреждений для детей.

Из всего вышесказанного следует, что основная функция государственного социального страхования состоит в материальном обеспечении работников и членов их семей в предусмотренных законом случаях и всемерной охране здоровья работников и их семей.

Право на социальное обеспечение закреплено в Конституции РФ от 12 декабря 1993 г., которая провозгласила, что Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ст. 7 Конституции РФ).

Конкретизация этого положения содержится в ст. 39 Конституции РФ. Признавая право каждого гражданина на социальное обеспечение, Конституция РФ одновременно возлагает на государство обязанность создавать все необходимые условия для осуществления этого права. Закрепление в Конституции РФ гарантий социального обеспечения соответствует положениям таких международных правовых актов, как Всеобщая декларация прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Конвенция о правах ребенка.

Часть 1 ст. 39 Конституции РФ перечисляет условия, наступление которых является основанием для социального обеспечения. Это могут быть определенные периоды жизни человека, связанные с его возрастом (детство, старость), состояние здоровья или трудоспособности (болезнь, инвалидность), выполнение либо невозможность выполнения семейных обязанностей (воспитание детей, потеря кормильца). Социальное страхование выступает и в случае приобретения статуса безработного, пребывание в отпуске по беременности и родам или по уходу за ребенком и др.

В ст. 39 Конституции РФ говорится только о денежной форме социального обеспечения – о государственных пенсиях и социальных пособиях. Кроме денежных выплат, социальное обеспечение может осуществляться и в натуральных формах: содержание в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, детских домах, социальное обслуживание на дому и т. д.

Испокон веков люди стремились оградить себя и свое дело от случайных опасностей. Едва человечество начало обзаводиться имуществом, как тут же возникла тревога за его сохранность. Вполне естественное чувство страха перед стихийными бедствиями и непредсказуемыми поворотами судьбы побуждало искать способ защиты от разрушительных последствий. Так зародилось страхование – одна из древнейших категорий общественных отношений.

1.1. Краткая история развития страхования

Считается, что история страхования берет свое начало со времен возникновения частной собственности. Ураганы, наводнения, пожары, грабежи и прочие опасности заставляли каждого собственника и товаропроизводителя беспокоиться за свое материальное благополучие. Между тем, многолетние наблюдения позволили сделать вывод о случайном характере наступления чрезвычайных событий и неравномерности нанесения ущерба. Замечено, что число заинтересованных хозяйств бывает больше числа пострадавших от случайных опасностей. На этой почве закономерно возникла идея возмещения ущерба путем его солидарного разделения между заинтересованными владельцами имущества. С тех пор на протяжении веков суть страхования остается неизменной – это солидарное замкнутое распределение ущерба.

Наиболее примитивной формой распределения ущерба было натуральное страхование. За счет запасов зерна, фуража и других продуктов, формируемых путем подушевых натуральных взносов, оказывалась материальная помощь отдельным пострадавшим крестьянским хозяйствам. По мере развития товарно-денежных отношений оно уступило место страхованию в денежной форме.

Элементы страховой деятельности широко использовались еще в Древнем Риме. Римские коллегии, принимая вступительные и периодические взносы, брали на себя обязательство оплатить расходы на погребение и содержание осиротевшей семьи, возместить издержки при переводе воина в другой легион, оказать денежную помощь по окончании срока службы.

В Средние века страхование существовало уже как вполне развитый институт. Сформировались его виды: морское, от падежа скота, от огня, от градобития посевов и др. Параллельно с имущественным развивалось и личное страхование от болезней и несчастных случаев.

В России страховое дело начало развиваться довольно поздно – в начале XIX века, однако с образованием частных страховых компаний наступил его настоящий расцвет. Особой популярностью пользовалось страхование от огня. Успешное ведение операций по огневому риску позволило российским страховщикам занять ведущие позиции в Европе. Революционные события 1917 года многое изменили в жизни Российского государства, в том числе и в области страхового дела. Введение государственной монополии на страхование во всех его видах и формах на долгие десятилетия лишило граждан возможности выбора компании, условий и качества страховых продуктов. Возрождение страхового рынка в России началось после 1988 года. С принятием закона «О кооперации» была прекращена государственная монополия на страхование и стали создаваться новые страховые организации, осуществляющие свою деятельность на коммерческой основе. 27 ноября 1992 года был принят Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в РФ» № 4015-1 (в редакции от 31.12.1997 года № 157-ФЗ), открывший новую страницу в истории страхового дела в России.

Сегодня воспользоваться страховой защитой может каждый. Благодаря накопленным страховым знаниям, обобщению и систематизации информации, застраховать можно практически все: дачу и космический спутник, автомобиль и бурильную платформу, жизнь и ответственность за собственную небрежность. Страхование дает гарантии возмещения ущерба. Оно объективно, как объективны непредвиденные обстоятельства: землетрясения, засухи, пожары, банкротства, преступления и несчастные случаи, приводящие к утрате имущества, здоровья или жизни. Страхование – необходимый элемент рынка, так как рынок потенциально содержит риск. Страхование – это средство защиты бизнеса и одновременно бизнес, в котором страховщик и страхователь «играют в одной команде»: им в равной мере выгодно, чтобы страхового события не произошло. Профессиональный страховщик материально заинтересован в процветании своего партнера по бизнесу и работает на его успех. Кроме того, страховой бизнес – мощнейший инструмент обеспечения социальной стабильности общества. Его по праву считают стратегической отраслью экономики. Аккумулированные страховщиком значительные материальные и финансовые ресурсы не только используются на возмещение ущерба, но и являются стабильным источником инвестиций в экономику.

Страховые технологии служат важным фактором стимулирования производственной активности и обеспечения здорового образа жизни. Страховщики заинтересованы в предупреждении страховых случаев, и немало научно-технических открытий было сделано благодаря их стремлению к безопасности. Бесспорно, что страхование способствует экономическому прогрессу общества. В системе социального страхования выделяют следующие отрасли социального страхования (рис. 1).

1.2. Отрасли и виды страхования

В соответствии с законом о страховании и страховой деятельности **страховать** – значит предохранять от чего-либо нежелательного, неприятного, обеспечивать безопасность.

Страхование – универсальный инструмент, созданный человечеством для экономической защиты своих имущественных интересов. Сегодня без него в странах с развитой рыночной экономикой не совершается ни одной коммерческой сделки, не действует практически ни одно предприятие. Страховой полис есть в каждой семье, практически у каждого человека. Все более очевидной становится потребность в страховой защите населения нашей страны. Однако практика страхования в России широкого развития пока не получила. Причиной тому является бывшая монополия государственного страхования, долгое время являвшегося незначительным дополнением финансовой системы. С развитием рыночных отношений меняется и страховое мышление нашего общества. В социальном страховании различают следующие отрасли страхования.

Имущественное
страхование

Страхование
ответственности

Страхование
предпринимательских
рисков

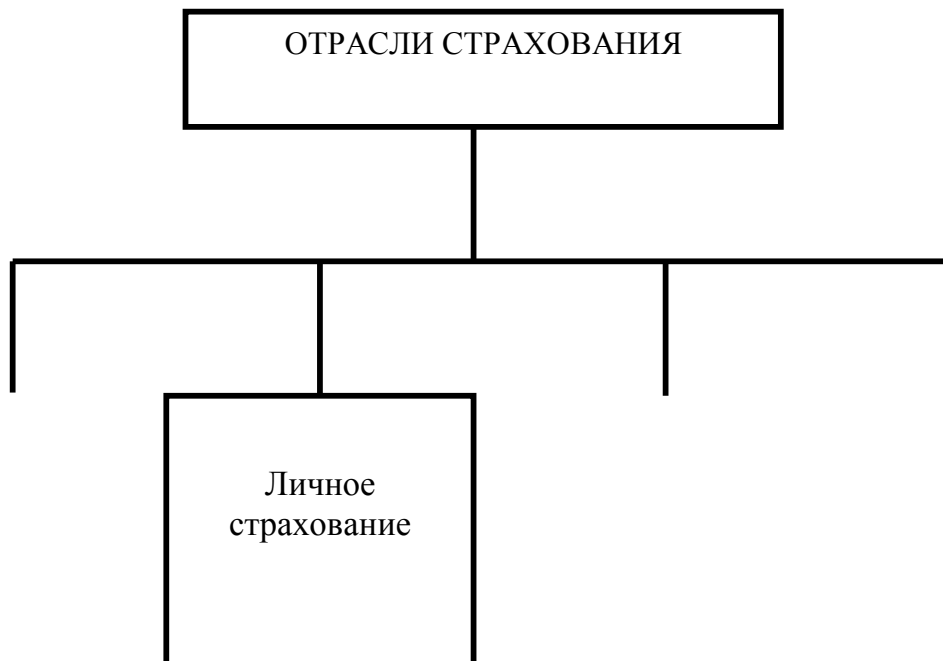


Рис. 1. Отрасли страхования.

Известно, что страхование осуществляется в зависимости от форм его проведения (обязательное и добровольное).

Обязательное страхование проводится на основе соответствующих законодательных актов, сюда относится и страхование транспорта, пассажиров.

С 1 июля 2003 г. действует Закон «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств», обязывающий страховые компании выплачивать страховую сумму за поврежденный автомобиль и за причиненный вред жизни и здоровью человека. Базовую ставку тарифа устанавливает правительство РФ и затем пересматривает в зависимости от результатов деятельности страховой компании. Главное условие деятельности страховой компании по данному виду страхования – 80 % собранных средств должны уходить на страховые выплаты.

Добровольное страхование – это соглашение между страховщиком и страхователем. Оно производится при выполнении страхователем условий, предусмотренных в правилах страхования. Действие договора наступает лишь при внесении страховых платежей (взносов) в установленный срок. Добровольное страхование существует на основе добровольно заключаемого договора между страховщиком и страхователем. Страхование автотранспортного средства, например, на случай его поломки или кражи является добровольным. Порядок добровольного страхования в Российской Федерации регламентируется страховым законодательством, в частности Федеральным Законом «Об организации страхового дела в РФ», принятым 27.11.1992 г. № 4015-1.

В широком смысле слова личное страхование – это страхование, в котором страховым случаем признается событие в жизни конкретного человека (рождение, смерть, вступление в брак, травма, увечье, достижение определенного возраста и т.д.) – (Приложение: рис. 1)

Виды личного страхования: смешанное страхование жизни, страхование детей, пожизненное страхование на случай смерти или утраты

трудоспособности, страхование пенсии, страхование от несчастных случаев (индивидуальное), страхование работников за счет предприятий, организаций всех форм собственности, страхование пассажиров.

Причем страхование пассажиров проводится в обязательном порядке, остальные виды страхования личного вида – только в добровольной форме работодателями либо лично самими работниками.

Что касается обязательной формы личного страхования, то оно в полной мере отвечает принципам сплошного охвата, автоматичности, нормирования страхового обеспечения. Однако такое страхование имеет строго оговоренный срок действия и полностью зависит от уплаты страхового взноса.

К добровольному страхованию относится также имущественное страхование: строений, животных, домашнего имущества, всего более 14 видов – рисунок 2 (гл.10 «Иллюстрации») и страхование ответственности за ущерб перед третьими лицами. Страхование ответственности перед третьими лицами состоит в защите экономических интересов страхователя, в случае если ему придется кому-то возмещать убытки. В данном случае выгодоприобретателем считается гипотетическое лицо, которому страхователь может нанести ущерб в результате определенной деятельности (управления автомобилем, эксплуатации опасных производственных объектов и т.д.). Страхование ответственности перед третьими лицами не предусматривает установленной страховой суммы и конкретного выгодоприобретателя. И то, и другое выявляется только при наступлении страхового случая, когда вред, причиненный третьим лицам, становится очевиден. Страхование ответственности страхователей представлено на рис.2.

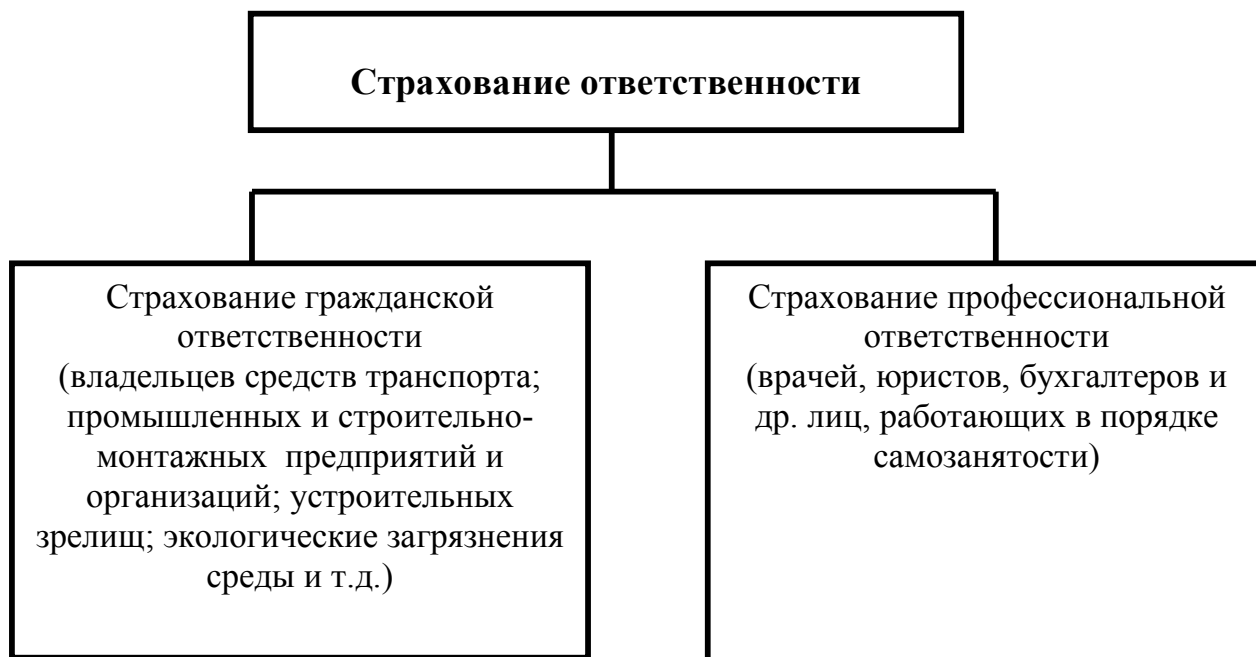


Рис. 2. Страхование ответственности.

1.3. Основные понятия и термины, применяемые в страховании

Практика проведения страхования выработала общепринятые специфические страховые термины и понятия, которые применяются и в настоящее время.

В любом виде страхования участвуют две основные стороны – страховщик и страхователь.

Страховщик – организация, проводящая страхование, принимающая на себя обязательство возместить ущерб или выплатить страховую сумму, а также ведающая созданием и расходованием страхового фонда.

Страхователь – физическое или юридическое лицо, уплачивающее страховые взносы и имеющее право по закону или на основании договора получить денежную сумму при наступлении страхового случая.

В личном страховании страхователем выступает лицо, которое заключает договор страхования и уплачивает страховые взносы. Кроме страховщика и страхователя в личном страховании принимают участие и другие стороны: **застрахованный**, а также лицо, в пользу которого заключен договор страхования. Поскольку в большинстве случаев договор личного страхования заключается на случай наступления событий в жизни самого страхователя, т.е. лица, уплачивающего страховые взносы, понятия «застрахованный» и «страхователь», как правило, совпадают. Вместе с тем в отдельных видах страхования в качестве застрахованного и страхователя выступают разные лица. Например, при страховании от несчастных случаев за счет предприятий и организаций страхователем может быть соответствующее предприятие или организация, а застрахованными ее работники.

В имущественном страховании страхователем обычно считается собственник имущества – фермерское хозяйство, кооперативы, общественные организации, могут быть предприниматели различных форм собственности, а также отдельные граждане.

Взаимоотношения страхователя и страховщика, их права и обязанности при страховании, проводимом в обязательном порядке, регламентируются действующим законодательством, а при добровольном страховании договором, заключенным на основании правил и инструкций.

Страховой интерес – мера материальной заинтересованности в страховании. В имущественном страховании он выражается в стоимости застрахованного имущества. В личном страховании страховой интерес заключается в гарантии получения страховой суммы в случае наступления событий, обусловленных в договоре страхования, его размер определяется, по существу, величиной самой страховой суммы.

Объекты страхования – жизнь, здоровье и трудоспособность граждан в личном страховании; материальные ценности, подлежащие страхованию: здания, сооружения, домашнее имущество и т. д. в имущественном страховании.

Страховой риск – вероятность наступления страхового события, выражает объем ответственности страховщика по тому или иному виду страхования.

Страховой случай – это фактически наступившее событие, обязывающее страховщика возместить ущерб по имущественному страхованию или выплатить страховую сумму по личному страхованию.

По имущественному страхованию страховым случаем обычно считается стихийное бедствие или несчастный случай (пожар, наводнение). В личном страховании страховой случай – это дожитие застрахованного до определенного возраста, утрата трудоспособности в результате несчастного случая и т. д.

Страховая оценка – стоимость имущества, определяемая для целей страхования, зависящая от категории страхователя (предприятия, организации или граждане), вида застрахованного имущества (здания, автотранспорт и др.), условий страхования, установленных законом и правилами.

Страховой ущерб – стоимость полностью утраченных, уничтоженных, погибших или утраченная стоимость частично поврежденных материальных ценностей. Определяется по страховой оценке.

Страховая сумма – сумма, на которую застрахованы материальные ценности (в имущественном страховании), жизнь или здоровье (в личном страховании).

Страховое возмещение – сумма, выплачиваемая в покрытие ущерба в имущественном страховании. В личном страховании средства, выплачиваемые страховщиком, называются страховой суммой.

Страховой тариф – брутто ставка в денежном выражении или в процентах от суммы в рублях.

1.4. Принципы обязательной и добровольной форм социального страхования

Обязательная форма социального страхования базируется на следующих принципах:

- Принцип обязательности сводится к тому, что, в отличие от добровольного страхования, здесь не требуется предварительного соглашения (договора между страхователем и страховщиком). Обязательное страхование устанавливается законом, согласно которому страховщик обязан застраховать соответствующие объекты, а страхователь вносить причитающиеся страховые платежи. Закон, как правило, возлагает проведение обязательного страхования на государственные страховые органы.
- Принцип сплошного охвата обязательным страхованием указанных в законе объектов. Для этого страховые организации ежегодно проводят по всей стране регистрацию застрахованных объектов, начисление страховых платежей и взимание в установленные сроки;
- Принцип автоматичности распространения обязательного страхования на объекты, указанные в законе.

- Принцип действия обязательного страхования независимо от внесения страховых платежей. Если страхователь своевременно не уплатил страховые взносы они взыскиваются с него в судебном порядке.
- Принцип бессрочности обязательного страхования. Принцип действует постоянно в течение всего периода, пока страхователь пользуется застрахованным имуществом.
- Принцип нормирования страхового обеспечения по обязательному страхованию. В целях упрощения страховой оценки и порядка выплаты страхового возмещения устанавливаются нормы страхового обеспечения в процентах от страховой оценки или в рублях для данной местности на один объект.

Добровольная форма социального страхования строится только на основе добровольного заключения договора между страхователем и страховщиком. Добровольная форма страхования базируется на следующих принципах:

- Принцип добровольного участия. Принцип гарантирует заключение договора страхования по первому (даже устному) требованию страхователя.
- Принцип выборочного охвата связан с тем, что не все страхователи изъявляют желание участвовать в страховании. Кроме того, по условию страхования могут действовать ограничения для заключения договора (например, по возрасту).
- Принцип ограничения срока состоит в том, что начало и окончание срока страхования строго оговариваются в договоре. Страховая сумма подлежит выплате только в том случае, если страховой случай произошел в период страхования.
- Принцип уплаты разового и периодических страховых взносов устанавливает, что вступление в силу договора страхования обусловлено уплатой разового или первого страхового взноса. Неуплата очередного взноса влечет за собой прекращение действия договора.
- Принцип страхового обеспечения, на нем базируется величина страховой суммы или размер страхового возмещения. По имущественному страхованию страхователь по своему желанию определяет размер страхового возмещения, но в пределах страховой оценки имущества. По личному страхованию страховая сумма устанавливается соглашением сторон.

Глава 2

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ И ДРУГИЕ ОРГАНЫ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ, ИХ СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ

Фонд социального страхования РФ – специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ, которое управляет средствами государственного социального страхования РФ, является юридическим лицом, имеет гербовую печать, текущие, валютные и иные счета в банках.

Общее руководство социальным страхованием в стране обеспечивает правительство РФ, которое в своей деятельности руководствуется законами, принимаемыми Государственной думой и Указами Президента РФ. Непосредственно вопросами финансирования выплат пособий и материального обеспечения в случаях нетрудоспособности граждан занимается Фонд социального страхования и его региональные отделения, созданные на территориях всех субъектов РФ.

Денежные средства и иное имущество, находящееся в оперативном управлении фонда, а также имущество, закрепленное за подведомственными фонду санаторно-курортными учреждениями, являются федеральной собственностью. Денежные средства Фонда социального страхования не входят в состав бюджетов соответствующих уровней, других фондов и изъятию не подлежат.

Фонд не является сборщиком средств, это функция налоговой инспекции через государственный орган – казначейство, которое является своеобразным банком, контролирующим государственные деньги. Казначейство, в свою очередь, перечисляет в Фонд социального страхования финансы, а налоговая инспекция контролирует своевременность и полноту уплаты страховых взносов.

Функции регионального отделения фонда:

- обеспечить регистрацию страхователей, создание банка данных;
- организовать обеспечение гарантированными государством пособиями по временной нетрудоспособности, беременности и родам, при рождении ребенка до достижения им возраста полутора лет, на погребение, санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей, льготным категориям граждан, а также другие цели государственного социального страхования, предусмотренные законодательством;
- совместно с налоговой инспекцией обеспечить контроль за полнотой и своевременностью уплаты страхователями взносов на социальное страхование;
- собирать и аккумулировать средства страховых взносов и решать вопрос по их целевому использованию;

- осуществлять контроль за правильностью расходования средств социального страхования и производить расчеты со страхователями;
- организовывать работу по подготовке и повышению квалификации специалистов системы государственного социального страхования, проводить разъяснительную работу среди страхователей и населения по вопросам социального страхования;
- осуществлять сотрудничество с аналогичными фондами (службами) других государств и международными организациями по вопросам социального страхования.

Средства Фонда социального страхования образуются за счет:

- страховых взносов работодателей (администраций предприятий, учреждений, других организаций различной формы собственности);
- страховых взносов граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица и обязанных уплачивать взносы на социальное страхование в соответствии с законодательством;
- добровольных взносов граждан и юридических лиц;
- доходов от инвестирования части временно свободных средств Фонда в ликвидные государственные ценные бумаги и банковские вклады;
- ассигнований из федеральных и региональных бюджетов РФ;
- прочих доходов, не противоречащих закону.

2.1. Комиссия по социальному страхованию на предприятиях, в учреждениях и организациях. Функции комиссии по социальному страхованию

Выплата пособий по социальному страхованию, оплата путевок работникам и членам их семей в санаторно-курортные учреждения, финансирование других мероприятий по социальному страхованию на предприятиях, в учреждениях и других организациях независимо от форм собственности осуществляется через бухгалтерию соответствующих предприятий и учреждений. Врач рекомендует санаторно-курортное лечение (справка специального образца, форма 070-у), больной обращается в Фонд социального страхования, тот, в свою очередь, направляет ходатайство в санаторно-курортное учреждение, которое предоставляет путевку. Ответственность за правильностью начисления и расходования средств социального страхования несет администрация предприятия в лице руководителя и главного бухгалтера. В течение 10 дней Фонд социального страхования обязан перечислить эти деньги предприятию. Для обеспечения контроля за правильным начислением и своевременной выплатой пособий по социальному страхованию на предприятии, в учреждении, других организациях независимо от форм собственности трудовыми коллективами образуются комиссии по социальному страхованию из представителей администрации и профсоюза (трудового коллектива) или избираются уполномоченные по социальному страхованию, компетенция комиссии по социальному

страхованию определяется специальным Положением, разработанным на предприятии, в учреждении, организации.

Функции комиссии по социальному страхованию

- Решает вопрос о расходовании средств социального страхования, предусмотренных на санаторно-курортное лечение и отдых работников и членов их семей, в том числе средств на содержание профилакториев и санаторно-оздоровительных лагерей, а также финансирование других мероприятий по социальному страхованию, предусмотренных законом.
- Решает вопрос о распределении, порядке и условиях выдачи застрахованным путевок на санаторно-курортное лечение, отдых, лечебное питание, ведет учет нуждающихся в путевках.
- Осуществляет контроль за правильностью начисления и своевременностью выплаты пособий по социальному страхованию, проводит анализ используемых средств и вносит предложения администрации и профсоюзным организациям по улучшению условий труда, оздоровлению работников, улучшению бытовых условий.

Рассмотрение спорных вопросов между работниками и работодателями по поводу обеспечения пособиями по социальному страхованию осуществляется отделением Фонда социального страхования или его филиалом, зарегистрировавшим страхователя.

Уплата страховых взносов в Фонд социального страхования осуществляется в соответствии с тарифом, установленным законодательством. Страховые взносы начисляются на все виды оплаты труда. Единый социальный налог платят все бюджетные организации и предприятия розничной торговли, причем существует шкала регрессии, зависящая от налогооблагаемой базы, чем она выше, тем меньше налоговых отчислений. Плательщики (работодатели и граждане) несут ответственность за правильность начисления и уплату страхователями страховых взносов и иных платежей, а контроль осуществляется Фондом социального страхования совместно с Государственной налоговой службой РФ. Контроль за расходованием этих средств на предприятиях осуществляется Фондом социального страхования с участием профсоюзов. В Фонд социального страхования не платят индивидуальные предприниматели за себя (за работников платят), частные детективы, охранники, адвокаты, и поэтому пособиями на случай болезни, материнства и детства эти лица не пользуются. Но они могут по желанию перечислять в Фонд социального страхования за себя налог и тогда будут пользоваться всеми пособиями, перейдя на УН (упрощенный налог) или ЕНВД (единый налог на вмененный доход).

2.2. Государственные пособия и другие выплаты

семьям, имеющим детей

Выплата данного пособия регламентируется ФЗ за № 81 от 19 мая 1995 г. (в редакции от 25 июля 2002 г. «О государственных пособиях семьям, имеющим детей»).

Государственные пособия гражданам, имеющим детей, – единая система государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием, которая обеспечивает гарантированную государством материальную поддержку материнства, отцовства и детства.

В соответствии с Законом РФ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей», установлены следующие **виды государственных пособий гражданам, имеющим детей:**

1. пособие по беременности и родам: начисление проводится в размере полной среднемесячной заработной платы, но не более 23400 рублей в месяц;
2. единовременное пособие при рождении ребенка в размере 8 тысяч рублей (женам военнослужащих, у которых мужья проходят военную службу по призыву с 1.01.2008 г., выплачивается дополнительное единовременное пособие в размере 14 тыс. за полгода до родов, независимо от наличия права на иные виды государственных пособий гражданам, имеющим детей);
3. ежемесячное пособие по уходу за детьми до достижения ими полутора лет составляет: для неработающих женщин по 1, 5 тыс. рублей в месяц при рождении первого ребенка и при рождении последующих детей по 3 тыс. рублей в месяц; для работающих женщин ежемесячное пособие зависит от величины заработной платы и может составлять от 1,5-6 тыс. руб. в месяц при рождении первого и от 3 тыс. до 6 тыс. руб. в месяц при рождении последующих детей. Женам военнослужащих пособие ежемесячное выплачивается в размере 6 тыс. рублей на все время, пока папа служит.
4. единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель по документу из женской консультации);
5. ежемесячное пособие на ребенка до достижения ребенком возраста 16 лет (на учащегося общеобразовательного учреждения – до достижения им возраста 18 лет). Данное пособие выплачивают не всем, а только тем, у кого совокупный доход на каждого члена семьи не выше прожиточного минимума. Гражданам, имеющим право на данное пособие, оно назначается и выплачивается в органах социальной защиты населения по месту жительства по предъявлению соответствующих документов установленного образца. Отпуск по уходу за ребенком может предоставляться отцу или другому члену семьи. Студентам,

продолжающим учиться и получать стипендию, пособие выплачивается полностью при наличии оформления в «Альма Матер» отпуска по уходу за ребенком. Если во время отпуска по уходу за ребенком у мамы появляется право на отпуск по беременности и родам (т.е. в случае, когда ожидается новое прибавление в семействе), то придется выбирать: либо получать пособие по беременности и родам, либо – пособие по уходу за ребенком.

Кроме того, предусмотрен родовой сертификат стоимостью 10 тысяч рублей, состоящий из трех частей оплаты услуг специалистов по оказанию лечебно-профилактической помощи женщине и ребенку:

первая часть для женской консультации, стоимостью в 3 тысячи рублей;

вторая часть для родильного дома, стоимостью в 6 тысяч рублей;

третья часть оплата услуг врачей для детской поликлиники, стоимостью 1 тысяча рублей (по 500 рублей на каждое полугодие жизни ребенка).

«Материнский капитал» стоимостью 250 тысяч рублей, которым можно воспользоваться только через три года после рождения ребенка, предназначен семьям при рождении второго ребенка. Данная сумма предназначена на улучшение жилищных условий или для обучения любого ребенка из семьи.

Государственные пособия на детей назначаются и выплачиваются:

- гражданам РФ, проживающим на территории РФ;
- гражданам РФ, проходящим военную службу по контракту, службу в качестве лиц рядового и начальствующего состава в органах внутренних дел, и гражданскому персоналу воинских подразделений РФ, находящихся на территориях иностранных государств, в случаях, когда выплата этих пособий предусмотрена международными договорами РФ;
- иностранным гражданам и лицам без гражданства, в том числе беженцам, проживающим на территории РФ.

Государственные пособия на детей не назначаются:

- гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, дети которых находятся на полном государственном обеспечении;
- гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, лишенным родительских прав;
- гражданам РФ, выехавшим на постоянное место жительства за пределы РФ.

Размеры государственных пособий гражданам, имеющим детей, в районах и местностях, где установлены районные коэффициенты к заработной плате, определяются с применением этих коэффициентов.

В случае отказа в назначении государственных пособий гражданам, имеющим детей, работники социальной защиты письменно извещают об этом в пятидневный срок после принятия решения с указанием причин отказа и порядка его обжалования. Одновременно заявителю возвращаются все документы. Получатель обязан своевременно извещать органы социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размеров пособия или прекращение его выплаты.

Суммы пособий, излишне выплаченных получателям по их вине вследствие злоупотребления с их стороны (предоставление документов с заведомо неверными сведениями, сокрытие данных о доходах, влияющих на право назначения пособий), возмещаются ими добровольно или в судебном порядке. Суммы, излишне выплаченные получателю по вине органов социальной защиты, удержанию не подлежат, за исключением счетной ошибки. Споры по вопросам назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей, разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.

Глава 3

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСОБИЯМИ ПО СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ

Согласно Федеральному Закону «Об основах социального страхования граждан РФ» от 16.07.1999 г. № 163, каждый вновь принятый на работу сотрудник с первого дня считается застрахованным по обязательному социальному страхованию.

Врачебно-трудова́я эксперти́за – область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности и в родах и в других случаях, регламентированных законодательством по социальному страхованию (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и др.).

Согласно ФЗ № 202 от 29.12.2004 «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации» установлено, что с 2005 г. в случае временной нетрудоспособности в связи с материнством, вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) пособие выплачивается застрахованному за первые два дня нетрудоспособности за счет средств работодателя, а с третьего дня ВН за счет средств Фонда.

В случае выплаты пособий по временной нетрудоспособности в связи с необходимостью ухода за заболевшим членом семьи или ребенком, при карантине, если работник был отстранен от работы вследствие заразного заболевания, а также в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием, отпуском по беременности и родам, абортami пособие выплачивается с первого дня наступления страхового случая за счет средств Фонда социального страхования. Пособие по временной нетрудоспособности по страховым случаям за полный календарный месяц не может превышать в размере 16 125 рублей и пособие по беременности и родам 23400 рублей. Если гражданин работает у нескольких работодателей, размер пособия не может превышать указанный максимальный размер по каждому месту работы (раньше выплату по временной нетрудоспособности можно было получить только по основному месту работы). Теперь непрерывность стажа перестала играть решающую роль. Тому, кто проработал больше 8 лет, начисляют пособие в размере 100 % заработной платы, от 5 до 8 лет – 80 %, менее 5 лет – 60 %.

В настоящее время выдачу листов нетрудоспособности ЛПУ по заявкам и контроль за их использованием осуществляет Фонд социального страхования.

На основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 16 марта 2007 г. № 172 (г. Москва, зарегистрирован в Минюсте России 25 апреля 2007 г.

Регистрационный № 9340) «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности» произошли важные изменения в форме бланка листка нетрудоспособности:

1. Обязательная отметка о том, что предъявляется он по основному месту работы или в организацию, где человек работает по совместительству. Связано это с тем, что с 1 января 2007 года пособие по временной нетрудоспособности выплачивается по всем местам работы—и основному (там, где находится трудовая книжка), и в той организации, где человек трудится на условиях совместительства (по трудовому договору). Для этого врач выписывает несколько больничных листов для предъявления по каждому месту работы.

2. Второе отличие — на новом бланке отсутствуют строки, которые предусматривают отметку врача о диагнозе. Во-первых, ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», защищая их интересы, предусмотрел, чтобы подобная информация могла обнародоваться только с согласия пациента. Во-вторых, для Фонда социального страхования в настоящее время неважно, из-за какого заболевания человек потерял трудоспособность, поскольку такие выплаты пособия, как при бытовой травме, травме по пути на работу или с работы, при искусственном прерывании беременности и другие осуществляются по общим правилам, установленным ФЗ от 29.12.2006 №255.

3. На новом бланке фиксируется заключение бюро МСЭ не только с установлением инвалидности, как это было раньше, но и с указанием степени ограничения способности человека к трудовой деятельности. Это важно для правильного определения продолжительности выплаты пособия.

4. Исключена строка о том, что человек переводится на другую, более легкую работу. Согласно Трудовому кодексу выплата пособия при переводе на более легкую работу не предусмотрена, поскольку за работником сохраняется его прежний средний заработок.

На оборотной стороне листка тоже появились изменения.

5. Указывается, работает человек на постоянной основе или по срочному трудовому договору.

6. Указывается не непрерывный, а общий страховой стаж.

7. Указаны различные категории работников, назначение пособий по нетрудоспособности для которых имеет свои особенности. Например, если работник подвергся воздействию радиации, если он работает на Крайнем Севере, пособие ему выплачивается в 100 % размере вне зависимости от продолжительности страхового стажа.

8. Расчет пособия теперь производится из расчета не рабочих дней, как раньше, а календарных дней, что и указано в бланке.

9. Появилась строка о том, что пособие предоставлено по уходу за больным ребенком или членом семьи. Эта информация нужна, так как закон ограничивает максимальное количество оплачиваемых дней при уходе за взрослым членом семьи и детьми. Находиться на «больничном» можно сколько угодно, но Фонд социального страхования оплатит лишь определенный срок. Если ребенку 7 лет, оплата проводится не более чем за 60 календарных дней в году. В исключительных случаях – 90 дней. При лечении ребенка от 7 до 15 лет

лист нетрудоспособности оплачивается до 15 дней в каждом случае, но не более 45 календарных дней в году. По уходу за больным ребенком-инвалидом младше 15 лет оплата идет не более за 120 календарных дней в году. При карантине детей до 7 лет, посещающих ясли или детсад, на весь период карантина. По уходу за больными членами семьи, в том числе за детьми старше 15 лет, оплата производится до 7 дней подряд, но не более 30 дней в календарном году.

10. Появилась строка о том, что пособие снижено или в его выплате отказано. Это предусмотрено законом в случае, если пациент нарушал режим, несвоевременно обратился к врачу, если нетрудоспособность наступила в результате умышленного причинения застрахованным вреда своему здоровью или вследствие совершения им умышленного преступления.

11. В графах, где производится расчет размера пособия, также теперь указываются календарные дни. Это означает, что средний дневной заработок, так же как и общая сумма пособия, определяется с учетом календарных дней, приходящихся на период, за который учитывается заработная плата, или на период временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам.

12. При этом указывается не только общая сумма пособия, но так же суммы, которые выплачивает работодатель и Фонд социального страхования.

заполняется врачом
статуса в медицинской
организации

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

ПЕРВИЧНЫЙ – ПРОДОЛЖЕНИЕ
(соответствующее подчеркнуть)

Серия **ВМ 3785901**

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного) _____ (фамилия врача) _____
 _____ № истории болезни _____
 Место работы _____ Основное/по совместительству
 _____ (наименование организации) _____ (нужное подчеркнуть)
 Для представления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности _____

Подразделение _____ (наименование организации) Должность (профессия) _____ Таб. № _____
 Работа постоянная, срочная (нужное подчеркнуть). Срок трудового договора (служебного контракта) _____
 Не работал с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. Приступил к работе «___» _____ 20__ г.
 Подпись руководителя подразделения _____ Подпись табельщика _____ Дата _____

Продолжительность страхового стажа _____ лет _____ месяцев _____ дней
 Имеет группу инвалидности с ограничением способности к труду – да, нет (нужное подчеркнуть)
 Лицо, подвергшееся воздействию радиации, имеющее поствакцинальное осложнение, работающее в
 районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, осуществляющее уход за ребенком-инвалидом
 _____ (нужное подчеркнуть)
 Подпись руководителя кадровой службы организации _____

НАЗНАЧЕНИЕ ПОСОБИЯ

Ф.И.О. _____ назначено пособие:
 по временной нетрудоспособности в размере _____ % за _____ календарных дней
 по уходу за больным ребенком, членом семьи в течение календарного года за _____ календарных дней
 _____ (с учетом настоящего периода нетрудоспособности) | по беременности и родам в размере 100% за _____ календарных дней
 Пособие снижено с «___» _____ 20__ г. / в пособии отказано (нужное подчеркнуть)
 по причине _____
 Акт формы Н-1 от «___» _____ 20__ г. _____
 Особые отметки _____

СВЕДЕНИЯ О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ

Расчетный период для исчисления пособия	Число календарных дней, учитываемых в расчетном периоде	Сумма фактического заработка за расчетный период	Тарифная ставка (должностной оклад, денежное вознаграждение*)	Средний дневной заработок
с «___» _____ 20__ г.				
по «___» _____ 20__ г.				

* Заполняется при исчислении пособия исходя из тарифной ставки (должностного оклада, денежного вознаграждения)

ПРИЧИТАЕТСЯ ПОСОБИЕ

За период	Число календарных дней, подлежащих оплате	Размер пособия в процентах к заработной плате	Размер дневного пособия (в руб. и коп.)	Размер дневного пособия, исчисленного из максимального размера пособия	Размер дневного пособия, исчисленного из МРОТ (в руб. и коп.)
с «___» _____ 20__ г.					
по «___» _____ 20__ г.					

За счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ (сумма пособия прописью)
 За счет средств работодателя _____ (сумма пособия прописью)
ИТОГО (сумма к выдаче) _____ (сумма пособия прописью)

Подразделение _____ (наименование организации) Должность (профессия) _____ Таб. № _____
 Работа постоянная, срочная (нужное подчеркнуть). Срок трудового договора (служебного контракта) _____
 Не работал с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. Приступил к работе «___» _____ 20__ г.
 Подпись руководителя подразделения _____ Подпись табельщика _____ Дата _____

Продолжительность страхового стажа _____ лет _____ месяцев _____ дней
 Имеет группу инвалидности с ограничением способности к труду – да, нет (нужное подчеркнуть)
 Лицо, подвергшееся воздействию радиации, имеющее поствакцинальное осложнение, работающее в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, осуществляющее уход за ребенком-инвалидом (нужное подчеркнуть)
 Подпись руководителя кадровой службы организации _____

НАЗНАЧЕНИЕ ПОСОБИЯ

Ф.И.О. _____ назначено пособие:

по временной нетрудоспособности в размере _____ % за _____ календарных дней по уходу за больным ребенком, членом семьи в течение календарного года за _____ календарных дней (с учетом настоящего периода нетрудоспособности)		по беременности и родам в размере 100% за _____ календарных дней
---	--	--

Пособие снижено с «___» _____ 20__ г. / в пособии отказано (нужное подчеркнуть) по причине _____

Акт формы Н-1 от «___» _____ 20__ г. _____

Особые отметки _____

СВЕДЕНИЯ О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ

Расчетный период для исчисления пособия	Число календарных дней, учитываемых в расчетном периоде	Сумма фактического заработка за расчетный период	Тарифная ставка (должностной оклад, денежное вознаграждение*)	Средний дневной заработок
с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.				

* Заполняется при исчислении пособия исходя из тарифной ставки (должностного оклада, денежного вознаграждения)

ПРИЧИТАЕТСЯ ПОСОБИЕ

За период	Число календарных дней, подлежащих оплате	Размер пособия в процентах к заработной плате	Размер дневного пособия (в руб. и коп.)	Размер дневного пособия, исчисленного из максимального размера пособия	Размер дневного пособия, исчисленного из МРОТ (в руб. и коп.)
с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.					

За счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____

За счет средств работодателя _____

ИТОГО (сумма к выдаче) _____

(сумма пособия прописью)

(сумма пособия прописью)

(сумма пособия прописью)

3.1. Врачебно-трудовая экспертиза: правовое обеспечение, виды нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности – вид медицинской деятельности, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определение степени и сроков временной нетрудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в соответствии с «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих ВН граждан», действующим законодательством и Положением, утвержденным приказом Минздравмедпрома РФ от 13.01.1995 г. № 5 «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности».

Начальная экспертиза ВН осуществляется лечащими врачами в ЛПУ, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности.

В отдельных случаях (в труднодоступных сельских районах, в районах Крайнего Севера и т. д.) по решению органа управления здравоохранением проведение экспертизы ВН разрешается среднему медицинскому работнику.

Врачи и средний медицинский персонал, работающие в государственных (муниципальных) учреждениях, осуществляют экспертизу ВН на основании лицензии, выданной учреждению. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, должны иметь лицензию на основной вид медицинской деятельности и на проведение экспертизы ВН, а также удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе ВН.

Контроль за соблюдением инструкций об экспертизе ВН в государственных, муниципальных и частных ЛПУ, а также частно-практикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования РФ. Фонд социального страхования сейчас осуществляет основной контроль за выдачей листов нетрудоспособности по заявкам ЛПУ и правильностью оформления листов нетрудоспособности. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов ОМС.

Для решения вопросов врачебно-трудовой экспертизы рассмотрим основные понятия:

Трудоспособность – такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Нетрудоспособность – состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени или постоянно, невозможно.

Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

Временная нетрудоспособность – состояние организма человека, обусловленное заболеваниями, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер. Нетрудоспособность временная может быть полной и частичной.

Полная нетрудоспособность – полная невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Частичная нетрудоспособность – временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Стойким нарушением трудоспособности (инвалидностью) называется такое состояние, при котором функциональные и органические нарушения, обусловленные заболеванием, увечьем или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Экспертиза ВН состоит из пяти уровней:

- 4) лечащий врач;
- 5) КЭК ЛПУ;
- 6) КЭК органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект РФ;
- 7) КЭК органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- 8) Главный специалист по экспертизе ВН Министерства здравоохранения РФ и социального развития.

Лечащий врач является первичным звеном в осуществлении экспертизы ВН, при этом осуществляет следующие функции:

- определяет признаки ВН на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
- в первичных медицинских документах фиксирует все данные, необходимые для постановки диагноза, формирует диагноз заболевания с учетом степени функциональных нарушений, осложнений и степени тяжести;
- на основании этого рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид режима, при необходимости назначает дополнительные обследования, консультации;

- определяет сроки ВН с учетом особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний;
- выдает ЛН (справку) в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих ВН граждан (в том числе и при посещении на дому), назначает дату очередного посещения врача, о чем делает соответствующую запись в первичных медицинских документах;
- при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность лечения, при необходимости продлевает освобождение от работы;
- при нарушении лечебно-охранительного режима (в том числе алкогольное опьянение) делает соответствующую запись в листе нетрудоспособности и в истории болезни (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения;
- осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов (в год четыре и более случаев и сорок дней ВН по одному заболеванию или шесть случаев и шестьдесят дней с учетом всех заболеваний);
- своевременно направляет пациента для консультации на КЭК и в случае необходимости продления листа нетрудоспособности свыше установленных сроков, т.е. 30 дней;
- выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно направляет пациента на КЭК и на МСЭК;
- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия ЛН;
- проводит анализ причин заболеваемости с ВН и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению;
- постоянно повышает свой профессиональный уровень по вопросам экспертизы.

Функции *заведующего отделением* стационара, поликлиники:

- осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы ВН, выдачей документов, удостоверяющих ВН, своевременным и правильным направлением пациентов на КЭК и МСЭК;
- проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи и осмотр медицинской документации;
- ежемесячно анализирует причины и сроки ВН, первичного выхода на инвалидность;
- осуществляет контроль за своевременным повышением квалификации лечащих врачей по вопросам экспертизы ВН.

При отсутствии в штатном расписании должности заведующего отделением их функции выполняет заместитель руководителя учреждения по клинико-экспертной работе:

Заместителем руководителя по клинико-экспертной работе назначается квалифицированный специалист с высшим медицинским

образованием, имеющий опыт лечебной и организационной работы, прошедший специализацию по клинико-экспертной работе либо по экспертизе ВН:

- возглавляет в ЛПУ КЭК;
- организует работу по контролю качества медицинской деятельности ЛПУ, его подразделений, врачей;
- осуществляет выборочно по законченным случаям контроль качества диагностики, лечения, реабилитации, экспертизы ВН, контроль за правильностью ведения документации, статистического учета и отчетности по ВН;
- участвует в разработке моделей конечных результатов деятельности учреждения, подразделений и специалистов, представляет их на КЭК для утверждения и реализации;
- организует повышение квалификации специалистов по вопросам клинико-экспертной работы;
- ежеквартально организует врачебные конференции по вопросам качества оказания медицинской помощи, снижения уровня заболеваемости с ВН, анализирует врачебные ошибки и докладывает о них на врачебных конференциях;
- рассматривает обращения пациентов (жалобы) по вопросам качества и своевременности оказания медицинской помощи и экспертизы ВН; о соответствии профессионального уровня;
- рассматривает иски и претензии медицинских страховых организаций, территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования;

Клинико-экспертная комиссия ЛПУ:

принимает решение по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключение;

- при продлении листа нетрудоспособности свыше 30 дней;
- проведение экспертной оценки качества и эффективности лечебно-диагностического процесса;
- оценка конечных результатов деятельности специалистов и структурных подразделений, выполнение региональных медико-экономических стандартов;
- рассмотрение сложных и конфликтных ситуаций экспертизы нетрудоспособности;
- решение вопросов о целесообразности дальнейшего лечения, либо направление на МСЭК;
- решение вопросов о переводе трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рациональном трудоустройстве лиц с ограниченной трудоспособностью;
- в сложных и конфликтных ситуациях при экспертизе ВН (в т.ч. при определении профессиональной пригодности лиц, работающих во вредных и опасных условиях труда, поступающих в высшие учебные заведения и водителей транспортных средств);

- при нуждаемости по состоянию здоровья в дополнительной жилой площади, первоочередном предоставлении жилья;
- направление нуждающихся лиц на лечение за пределы административной территории;
- освобождение от итоговой аттестации выпускников общеобразовательных учреждений, предоставление академического отпуска по состоянию здоровья студентам всех учебных заведений;
- рассмотрение исков и претензий медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и качеству экспертизы ВН;
- методическая работа (организация проведения конференций для рассмотрения сложных случаев, методические пособия).

Состав комиссии утверждается приказом руководителя ЛПУ. Комиссия создается на функциональной основе из ведущих специалистов ЛПУ, при необходимости привлекаются на договорной основе другие специалисты. Заседания проводятся еженедельно в соответствии с утвержденным планом. Заключение комиссии вносятся в первичные документы и книгу записи заключений комиссии, подписываются председателем и членами комиссии. Копии заключений выдаются пациенту по его требованию.

Руководитель учреждения здравоохранения является ответственным за экспертизу ВН в ЛПУ, при этом:

- издает приказы по вопросам ее организации и проведения;
- организует учет и отчетность по ВН;
- утверждает состав КЭК, положение о регламенте ее работы;
- назначает ответственных за своевременное получение в Фонде социального страхования по заявке ЛПУ, за учет, получение, хранение и расходование бланков документов, удостоверяющих ВН граждан, создает условия для оформления и выдачи;
- сообщает в Фонд социального страхования обо всех случаях хищения бланков;
- применяет меры дисциплинарного и материального воздействия к работникам, допустившим клинично-экспертные ошибки, нарушение порядка проведения экспертизы ВН. При необходимости в установленном законодательством порядке направляет материалы в следственные органы для решения вопроса о привлечении виновных к уголовной ответственности.

Функции КЭК органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и территорий, входящих в состав субъекта РФ:

- осуществляет выборочную экспертизу оценки качества медицинской помощи населению и экспертизы ВН в подведомственных ЛПУ;
- организует контроль выполнения нормативных, инструктивных и методических документов;
- принимает решение и дает заключение в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении экспертной оценки лечебно-диагностического процесса, экспертизы ВН, в случаях исков и претензий

территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования, медицинских страховых организаций, жалоб граждан.

Функции главного внештатного специалиста по клинико-экспертной работе Министерства здравоохранения и социального развития РФ:

- анализирует состояние и качество оказания медицинской помощи, экспертизы ВН в административной территории, готовит предложения и аналитические записки по данному вопросу для рассмотрения на КЭК и коллегии органа управления здравоохранением;
- организует работу по контролю качества медицинской помощи и совершенствованию экспертизы ВН;
- изучает причины заболеваемости, в том числе с ВУТ и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке программ по их снижению;
- контролирует реализацию нормативно-правовых и инструктивных документов по экспертизе ВН;
- организует мероприятия по систематическому повышению квалификации врачей по вопросам экспертизы ВН;
- контролирует организацию и эффективность работы по реабилитации больных и инвалидов;
- рассматривает, при необходимости, совместно с другими главными специалистами, жалобы населения по вопросам экспертизы ВН и качества оказания медицинской помощи;
- взаимодействует с соответствующими органами социальной защиты населения, территориальными исполнительными органами Фонда социального страхования, Фондами медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, профсоюзными организациями;
- определяет потребность ЛПУ административной территории в бланках ВН в установленные сроки до 1 февраля и представляет в Фонд социального страхования РФ соответствующую заявку, согласованную с территориальным исполнительным органом Фонда социального страхования.

3.2. Порядок и особенности оформления документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан

Документами, удостоверяющими ВН и подтверждающими временное освобождение от работы, являются листок нетрудоспособности, а в отдельных случаях – справки установленной формы, выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах, на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара. При предъявлении листа нетрудоспособности в соответствии с действующим

законодательством назначается и выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, беременности и родам.

Листок нетрудоспособности выдается:

- гражданам РФ, иностранным гражданам, в т.ч. стран СНГ, лицам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях, в организациях и учреждениях РФ, независимо от форм собственности;
- гражданам СНГ, не работающим на предприятиях РФ, в случае заболевания и травмы в период пребывания на территории России, выдаются выписка из истории болезни и листок нетрудоспособности, который в ЛПУ по месту постоянного жительства обменивается на документ, удостоверяющий ВН, образца хождения в данной стране;
- гражданам, у которых нетрудоспособность наступила (либо отпуск по беременности и родам) в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительной причине;
- гражданам, признанным безработными и состоявшим на учете в Центре занятости населения;
- бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил при заболевании в течение первого месяца по окончании срока службы;
- иностранным гражданам других государств выдается выписка из истории болезни с указанием сроков ВН.

Иногородним гражданам листок нетрудоспособности выдается с учетом времени проезда к месту жительства.

Документ о нетрудоспособности, выданный российским гражданам в период пребывания за границей, подлежит замене лечащим врачом с утверждением администрации ЛПУ.

Не имеют право на выдачу документов, удостоверяющих ВН, медицинские работники:

- станций скорой медицинской помощи;
- станций переливания крови;
- учреждений судебно-медицинской экспертизы;
- бальнеогрязелечебниц и городских водогрязелечебниц;
- домов отдыха и туристических баз;
- учреждений санэпиднадзора.

В корешке листа нетрудоспособности записывается:

- фамилия, имя, отчество пациента полностью;
- возраст;
- фамилия лечащего врача;
- дата выдачи листа нетрудоспособности;
- подпись пациента, получившего листок нетрудоспособности;
- название ЛПУ, его адрес (для частнопрактикующего врача – фамилия, имя, отчество, номер лицензии, когда и кем выдана);

- фамилия, имя, отчество полностью, пол, возраст пациента;
- полное наименование места работы.

С целью сохранения врачебной тайны графы «диагноз» и «заключительный диагноз» не заполняются.

В графе «причина нетрудоспособности» подчеркивается и ниже записывается вид нетрудоспособности: заболевание, несчастный случай на производстве или в быту, карантин, уход за больным, уход за ребенком, санаторно-курортное лечение, дородовый или послеродовый отпуск.

В графе «режим» отмечается вид предписанного лечебно-охранительного режима: стационарный, амбулаторный, домашний, постельный, санаторный.

В графе «отметка о нарушении режима» ставится дата нарушения и его вид:

- несоблюдение предписанного режима;
- несвоевременная явка на прием к врачу;
- алкогольное опьянение;
- выход на работу без выписки врача;
- самовольный уход из ЛПУ;
- выезд на лечение в другой административный район без разрешения врача;
- отказ от направления или несвоевременная явка на медико-социальную экспертизу.

В случае продолжения нетрудоспособности у пациента, не явившегося своевременно на прием, продление листа (справки) осуществляется со дня явки на прием к врачу. Если пациент признан нетрудоспособным, в графе «приступить к работе» отмечается «явился, указывается дата нетрудоспособности», а при отказе от направления на МСЭК – «от освидетельствования медико-социальной экспертной комиссии отказался».

В разделе «освобождение от работы» записывается арабскими цифрами: с какого числа, месяца, года и прописью по какое число и месяц включительно освобождается от работы пациент. Разборчиво указывается должность врача, его фамилия и ставится подпись. При коллегиальном продлении указываются фамилии членов клинико-экспертной комиссии (не менее трех) и ставятся их подписи.

В графе «приступить к работе» отмечается дата восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания пациента трудоспособным. Могут указываться другие случаи завершения листа нетрудоспособности: дата смерти, дата регистрации документа МСЭК при установлении группы инвалидности. Датой установления инвалидности считается не день вынесения решения МСЭК, а день, когда освидетельственный подал заявление со всеми необходимыми документами.

Листок нетрудоспособности не может быть закрыт по просьбе пациента или по требованию администрации с места работы.

В случае сохраняющийся нетрудоспособности в листе нетрудоспособности подчеркивается «продолжение», записывается дата и номер нового листа. В

корешке и в верхней части бланка подчеркивается «продолжение листа нетрудоспособности» № и указывается № первичного листа.

При утрате листа нетрудоспособности дубликат выдается лечащим врачом при наличии справки с места работы о том, что пособие по данному листу не выплачено. В верхнем углу бланка записывается «дубликат», в разделе «освобождение от работы» одной строкой записывается весь период нетрудоспособности, заверяется лечащим врачом и заместителем руководителя ЛПУ по клинико-экспертной работе. Одновременно соответствующая запись делается в медицинской документации и проставляется номер выданного листа нетрудоспособности.

Для иногородних граждан и в случае частнопрактикующего врача ставится гербовая печать в правых верхнем и нижнем углах.

При продолжении лечения в другом ЛПУ делается соответствующая запись в листе нетрудоспособности, заверяется подписью лечащего врача, заместителя руководителя по клинико-экспертной работе (в сложных и конфликтных ситуациях – тремя членами КЭК), печатью учреждения, выдавшего лист нетрудоспособности.

Номера бланков листов нетрудоспособности, дата их выдачи, дата продления или выписки на работу записываются в амбулаторной карте (истории болезни).

Глава 4

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ОСНОВНЫХ ПРАВ И СВОБОД ЧЕЛОВЕКА

Обязательное медицинское страхование регламентируется ФЗ и другими законодательными документами о медицинском страховании населения РФ.

Настоящий Закон был принят Верховным Советом РСФСР 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» с последующими дополнениями и изменениями, внесенными в Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 01.07.1994 № 9-ФЗ. Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ, направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь.

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющая своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Наиболее представительная группа систем охраны здоровья создана на основе социального медицинского страхования. Такие системы начали складываться в конце XIX – начале XX века и к настоящему времени имеются в большинстве цивилизованных стран. Как правило, эти системы охраны здоровья в той или иной степени управляются государством. Поэтому они также именуется как «регулируемые системы страхования здоровья».

Для системы регулируемого страхования здоровья характерны следующие основные признаки:

- наличие нескольких основных источников финансирования: средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками;
- наличие децентрализованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);
- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг застрахованным;

- многообразии форм собственности и хозяйствования у медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих услуги застрахованным;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи.

Обязательное медицинское страхование является одной из наиболее совершенных систем охраны здоровья населения, соединяющей в себе положительные черты как государственного, так и частного здравоохранения.

Среди наиболее важных положительных черт системы социального медицинского страхования выделяются следующие:

- * полнота охвата населения медицинским страхованием, наличие гарантий бесплатной медико-санитарной помощи;
- * свободный выбор страховых медицинских организаций населением, работодателем;
- * разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг, обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Система обязательного медицинского страхования имеет и ряд существенных проблем, требующих перспективного решения. Среди них необходимо отметить следующие:

- * недостаточно полный охват населения программами ОМС;
- * высокая стоимость медицинских услуг, неэффективность мер по сдерживанию цен;
- * недостаточное применение долгосрочного стратегического планирования в национальном масштабе;
- * высокие административные расходы, обусловленные, прежде всего, введением информационно емких учетных операций.

В настоящее время система регулируемого страхования здоровья действует в ведущих экономически развитых странах: Франции, Германии, Канаде, Японии. Благодаря использованию положительного опыта государственной модели здравоохранения и частной медицины, система социального медицинского страхования становится все более привлекательной для государств с различным уровнем социально-экономического развития и традициями организации систем здравоохранения.

4.1 Краткая история развития медицинского страхования

Предыстория ОМС связана еще с развитием ремесленного производства.

Во все времена существования человека были люди, оказывающие медицинскую помощь больным. Уже в древних цивилизациях действовали определенные правила, гласные и негласные, регулирующие деятельность по оказанию медицинской помощи. Так, еще в Древнем Вавилоне в кодексе Хаммурапи (XVIII век до н. э.) сказано, что если хирург путем операции с помощью бронзового ланцета спасет жизнь пациенту, то он получит 10

шекелей серебра. Если же во время операции здоровью пациента будет нанесен ущерб, то хирургу следует отрезать руку.

Аналогичные условия отношений между пациентом и врачом были характерны для Древней Индии, где согласно Своду законов Ману (X–V веках до н. э.) врач за неудачное лечение подвергался штрафу, размер которого определялся кастовым положением больного.

Такой характер отношений между пациентом, врачом и государством определяет, видимо, самую первую модель здравоохранения. Такую модель сейчас принято называть платной медициной: за все медицинские услуги платит или сам больной или его родственники, друзья.

Однако по мере развития человечества возрастала и потребность в медицинской помощи, да и заболевания становились все более сложными и распространенными. Рост стоимости медицинских услуг и развитие мелкотоварного производства в средневековой Европе привели к появлению группы населения – ремесленников, которые не могли обеспечить себе медицинскую помощь путем ее частичной оплаты и не могли надеяться на государственную и благотворительную помощь, так как не относились к беднейшим слоям населения.

Так и родилась идея создания общих касс, куда люди, объединенные по родственному, профессиональному или территориальному признакам, вносили небольшие платежи, предназначенные на оплату в случае необходимости медицинской помощи одному или нескольким из них. Так очень упрощенно можно представить становление модели, которую сейчас мы называем страховой. В Средние века ремесленники объединялись в гильдии, которые формировали различные фонды на случай заболевания или несчастного случая, каждый член гильдии регулярно платил взносы. Промышленное развитие все больше стимулировало образование фондов для оплаты лечения в случае заболевания, стали заключаться договоры с определенными врачами.

История развития медицинского страхования наиболее показательна в Германии, где на его основе сформировалась «страховая медицина», основанная на трех источниках финансирования: государственном бюджете, обязательных взносах наемного труда и обязательных взносах работодателей. Медицинское страхование возникло уже как добровольное общественное страхование.

Впервые ОМС в законодательном порядке было введено в Пруссии в 1845 г., еще до возникновения Германии как единого государства. Закон обязывал работников определенных профессий и специальностей, но не всех, быть застрахованными на случай заболевания.

Подобные страховые законы были приняты в конце XIX века в большинстве стран Европы.

В истории развития медицинского страхования в России можно выделить несколько периодов:

XVII–XIX вв. – возникновение и развитие медицинского страхования как общественного института, связанного с социальным движением в среде ремесленников и наемных рабочих;

1883–1914 (1917) гг. – принятие страховых законов и формирование ОМС и его учреждений как части системы социального страхования;

с 1917 г. до конца 20-х годов – свертывание медицинского страхования в соответствии с политикой, экономической ситуацией и потребностями здравоохранения в России.

В России наряду с городской и земской медициной уже во второй половине XIX века существовала фабрично-заводская медицина. Врачи получали жалование от заводоуправления и должны были информировать предпринимателей о состоянии здоровья рабочих. Во второй половине XIX века, как и в других странах Европы, получила развитие общественная система страхования ремесленников и наемных рабочих, основой которой становятся больничные кассы. С 1859 г. начинается распространение больничных касс и медицинского страхования как добровольного общественного движения по всей России. В начале XX века, практически одновременно с Голландией, Англией, Норвегией, Румынией и Сербией, в России больничные кассы стали важнейшим звеном в медицинском страховании.

В 1912 г. Государственная Дума России приняла страховые законы об обеспечении рабочих на случай болезни. Средства больничных касс состояли из взносов рабочих и предпринимателей, причем взносы рабочих (1% от заработной платы) в полтора раза превышали взносы предпринимателей. Основной функцией больничных касс была выдача пособий на случай болезни, увечья, родов и смерти. Пособие выдавалось с 4-го дня болезни и не более 26 недель подряд или 30 недель в течение года при повторных заболеваниях и составляло для семейных рабочих $1/2$ - $2/3$ заработка, а для одиноких $1/4$ - $1/2$ заработка. При увечье срок выдачи пособия был на 13 недель меньше. В 1913 г. была принята Программа «Рабочая страховая медицина» и на основании ее принят в 1917 г. новый закон, регламентирующий страховую медицину, гарантирующий страхование и на случай безработицы. В 1919 г. по решению Совета народных комиссаров рабочая страховая медицина была ликвидирована и утверждена единая государственная система здравоохранения. В период НЭПа при возникновении различных форм собственности постановлением СНК в 1921–1923 гг. были определены дифференцированные взносы, дополнительно введено страхование на случай инвалидности, вдовства, сиротства. В период НЭПа в России ОМС являлось реальным дополнительным источником финансирования здравоохранения при сохранении государственного финансирования: 10% взносов передавались Наркомздраву и 90% губернским и местным органам на лечебную помощь.

После окончания НЭПа отдельные элементы медицинского страхования продолжали существовать в советской системе социального страхования. За счет страховых средств финансировалось частично санаторно-курортное лечение, отдельные виды профилактической и оздоровительной работы на промышленных предприятиях.

В настоящее время медицинское страхование широко развито в большинстве стран мира. Несмотря на многообразие форм медицинской помощи, нет ни одной страны, которая была бы полностью удовлетворена

собственным здравоохранением. Практически везде осуществляются или обсуждаются реформы, затрагивающие аспекты и принципы организации системы. Однако в этих реформах можно выделить общие цели:

- Равенство для всех граждан в доступности объема услуг достаточно высокого качества и одинаковым для всех.
- Гарантируемый объем услуг. Он зависит напрямую от расходов здравоохранения. Поэтому одной из задач любого правительства является обеспечение тем или иным способом определенной доли в ВВП, расходуемой на здравоохранение. С другой стороны, проблемой, характерной для всех стран, является эффективное использование ресурсов и как часть этой проблемы – сдерживание расходов, контроль за ценами на медицинские услуги.
- Представление прав человека. Здесь можно выделить право граждан на выбор страховщика, выбор медицинского учреждения и врача в любой системе организации медицинской помощи. Врачи, в свою очередь, должны иметь свободу в выборе организации, технологии и инновациях в медицинской помощи.

Особый интерес для нас представляет развитие системы здравоохранения и медицинского страхования в зарубежных странах. Медицинское страхование является одним из необходимых условий успеха реформ в здравоохранении, особенно на фоне поиска дополнительных источников финансирования здравоохранения. Существующие системы страхования на случай болезни разнообразны: государственные, частные, коммерческие, некоммерческие. В большинстве стран имеются смешанные системы страхования. В одних доминирует государственное страхование на случай болезни, в других – частное.

Большая часть проблем, с которыми сталкиваются различные страны и которые стимулируют процесс реформирования, связана так же со схожими причинами: старение населения, хронизация патологии, изменение структуры заболеваемости, развитие новых медицинских технологий.

Своеобразные варианты системы существуют в Дании, Исландии, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии и Финляндии, где государственным страхованием по болезни охвачено все население, а в Израиле страхование является частным.

В зарубежных странах существуют децентрализованная, централизованная и смешанная система ОМС. Германия – страна, имеющая самую длительную историю медицинского страхования, имеет децентрализованную систему ОМС; с 1983 г. осуществляется социальное страхование, позже пенсионное по инвалидности, защита от необоснованного увольнения. Всего 22 вида социальной помощи.

В Германии наряду с ОМС существует частное медицинское страхование, которое достаточно дорогое и недоступное для большей части населения. В Германии достаточно продуманная система цен на медицинские услуги. Единицей для финансирования расчетов является «очко», число «очков» отражает сложность услуги. Сумма очков для каждой услуги стабильна и

известна всем участникам медицинского обслуживания и представлена в справочниках.

Медицинское страхование во Франции централизованное. Коллективный страховой договор заключается руководителями крупных предприятий, а индивидуальное страхование предусмотрено для лиц свободных профессий и небольших коллективов. Коллективное и индивидуальное страхование является обязательным.

В странах Азии, в частности, в Японии, медицинское страхование централизованное и децентрализованное. Организация здравоохранения в Японии представляет большой интерес в связи с тем, что этой стране удалось в сравнительно короткий срок достигнуть самых высоких показателей здоровья населения. В настоящее время медицинское обслуживание населения в Японии финансируется, в основном, за счет фондов страхования здоровья. Существуют две системы страхования здоровья: национальная система страхования здоровья, построенная по территориальному принципу, и система страхования лиц наемного труда, построенная по производственному принципу. По закону «О благосостоянии престарелых» лица старше 60 лет имеют право на ежегодное бесплатное медицинское освидетельствование. Бесплатной является консультативная помощь по охране здоровья престарелых, сестринская помощь лицам пожилого возраста на дому, медицинская помощь лицам старше 70 лет.

Добровольное медицинское страхование существует в большинстве экономически развитых стран. Наиболее распространен этот вид страхования в США, где развита либеральная рыночная экономика и отсутствуют государственные гарантии в области здравоохранения для большей части населения. Система медицинского страхования в США основана, в основном, на частном страховании с применением государственных программ страхования пенсионеров и малоимущих. Расходы на оказание медицинской помощи в перерасчете на душу населения в долях ВВП самые высокие в мире – 12% и более. Это связано, в частности, с увлечением американцев новой техникой и дорогостоящими технологиями.

В Бельгии 5 страховых компаний и одна общественная организация (вспомогательная страховая касса) обеспечивают в соответствии с законом всю работу по обязательному страхованию. Финансирование ОМС производится за счет социальных взносов предприятий и независимых работников (более 50%), дотаций государства на безработных и пенсионеров (до 40%), взносов пенсионеров, налогообложения на страхование автотранспорта. При этом дети автоматически застрахованы страховкой одного из родителей.

Национальная система здравоохранения в Великобритании построена по модели лорда Бевериджа, которая в основе организации и финансирования имеет приоритетное направление на первичную медицинскую помощь. Все работающие подлежат обязательному страхованию здоровья, за исключением замужних женщин, которые могут присоединиться к страхованию добровольно. Сумма взносов зависит от величины доходов.

Таким образом, можно отметить, что в большинстве зарубежных стран применяется частичная оплата медицинских услуг застрахованным, полностью

бесплатно проводится лечение производственных несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Во всех странах взаимоотношения врачей и больниц со страховыми организациями или государственными службами здравоохранения строятся на договорных началах.

4.2. Предпосылки введения медицинского страхования в России на современном этапе

Необходимость реформирования здравоохранения в России была вызвана существенным ухудшением, начиная с середины 70-х годов, показателей здоровья населения (рост общей заболеваемости, смертности, в том числе в трудоспособном возрасте, снижение рождаемости, стабильно высокий уровень детской смертности, снижение продолжительности жизни); снижением эффективности функционирования системы здравоохранения, проявляющимся в монополизации управления и финансирования, дефиците ресурсов, отсутствии экономической заинтересованности производителя и потребителя медицинских услуг в сохранении и укреплении здоровья.

Начиная с середины 80-х годов XX века, происходит непрерывное реформирование здравоохранения России. В 1987–1991 гг. оно осуществлялось в форме внедрения так называемого нового хозяйственного механизма, а начиная с 1992 г. и по настоящее время происходит становление системы здравоохранения, основанное на социальном (обязательном медицинском) страховании.

В июне 1991 г. Верховный Совет РСФСР принял Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР». Он является исходным пунктом поэтапного перехода к системе обязательного медицинского страхования, призванной укрепить финансовую базу здравоохранения, повысить роль экономических регуляторов деятельности медицинских учреждений.

В ходе становления системы ОМС в России в 1993–1995 гг. осуществлялось частичное фрагментное введение ОМС, в результате чего сложилось несколько организационно-экономических территориальных моделей ОМС.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. ОМС является всеобщим и реализуется в соответствии с правилами и программами, едиными для России. Правила описывают взаимодействие субъектов, а программы гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам.

4.3. Законодательная база медицинского страхования в Российской Федерации

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания

и травмы. В России медицинское страхование является государственным и всеобщим для населения, ОМС является частью государственной системы социальной защиты населения наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. Также благодаря системе ОМС осуществляется дополнительное к бюджетным ассигнованиям финансирование здравоохранения и оплаты медицинских услуг.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – форма проведения медицинского страхования, обеспечивающая гражданам получение медицинских и иных услуг сверх тех, которые установлены программами ОМС. Отношения, возникающие при проведении ДМС, регулируются:

- Законом РФ от 28.06.1991г. № 1499 «О медицинском страховании граждан РСФСР».
- Законом РФ «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992 г. (в редакции Федерального закона от 09.01.1996, № 2-ФЗ, от 17.12.1999 № 212-ФЗ).
- Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
- Приказом Минздравмедпрома РФ от 23.03.1996 г. № 109 «О правилах предоставления платных медицинских услуг населению».
- Законом РФ от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ».
- Гражданским кодексом РФ от 26.11.2001 г. № 146-ФЗ, который принят Государственной Думой РФ 01.11.2000 г.

Необходимость проведения коренных реформ в сфере здравоохранения была продиктована значительным ухудшением здоровья населения, а также неэффективностью действовавшей бюджетной системы финансирования.

С введением Постановления Правительства РФ от 11 октября 1993 г. №1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» были определены основные направления в реализации государственной политики в области медицинского страхования, правовые, экономические и организационные основы, цель и виды медицинского страхования населения в Российской Федерации.

Данным законодательным актом реализация государственной политики в области обязательного медицинского страхования была возложена на Федеральный и территориальные фонды ОМС. Разграничение функций и полномочий фондов, в частности финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования, определены Законом и принятыми в соответствии с ним иными нормативно-правовыми актами.

В течение 1993-1995 гг. в Российской Федерации была создана структура системы обязательного медицинского страхования, представленная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами обязательного медицинского страхования и их

филиалами, страховыми медицинскими организациями, медицинскими учреждениями, началась реализация государственной политики в области ОМС; был сформирован стабильный целевой источник финансирования медицинской помощи, действующий на страховой основе.

На этом этапе становления системы ОМС после введения в действие Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28.06.1991 г. приоритетной задачей являлось формирование нормативно-правовой базы. Система медицинского страхования является основой здравоохранения. Большинство медицинских услуг, оказываемых гражданам ЛПУ, предоставляются на основании договоров ОМС либо ДМС. В законе установлены субъекты медицинского страхования, их права и обязанности, порядок заключения договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи. Положения этого закона нужно рассматривать в совокупности с положениями Гражданского кодекса РФ и Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ» от 27.11.1992 г № 4015-1. Огромную массу источников медицинского права составляют подзаконные нормативные акты: указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, приказы и инструкции федеральных министерств и ведомств. Они не могут противоречить законам и издаются на их основе и во исполнение федеральных законов. Правительство РФ своим постановлением от 23 января 1992 г. № 41 «О мерах по выполнению закона РФ о медицинском страховании граждан» утвердило ряд нормативных документов:

- общее положение о страховых медицинских организациях;
- положение о порядке выдачи лицензий на право заниматься медицинским страхованием;
- базовую программу ОМС граждан РФ;
- типовой договор ОМС;
- типовой договор ДМС;
- страховой медицинский полис ОМС;
- страховой медицинский полис ДМС;
- инструкцию по ведению страхового медицинского полиса;
- порядок дотирования местных бюджетов на ОМС неработающего населения.

В последующем вносилось много изменений и дополнений. В соответствии с приказом МЗ РФ от 20 марта 1992 г. № 41 «О мерах по выполнению Закона «О медицинском страховании» был подготовлен набор документов и внедрены в практическую деятельность. Базовая программа ОМС, пакет технологий лицензирования ЛПУ, методические рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги.

Позднее, уже в 1993 г., появились методические указания по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС, формы учетно-отчетной документации, необходимые для сбора взносов (платежей). Изданы методические рекомендации «О расчетах тарифов на медицинские услуги в системе ОМС граждан» и инструкция о его ведении, утвержденная

постановлением Правительства РФ от 23.01.1992 г. № 41 в редакции постановления Совета Министров – Правительства РФ от 11.10.1993 г. № 1018. Наибольшее значение имеют Постановления Правительства и нормативные акты Министерства здравоохранения РФ и ФФОМС.

Постановлением Правительства РФ от 26.10.1999 г. № 1194 утверждена Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, которая определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. На основании этой программы органы исполнительной власти субъектов РФ создают свои территориальные программы государственных гарантий, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет субъектов РФ. Именно эти документы отвечают на основные вопросы пациента о том, является та или иная медицинская услуга платной или нет. Доля нормативных актов Минздрава РФ среди всех источников медицинского права очень велика и составляет более 50%. Это обусловлено, прежде всего, спецификой медицинских правоотношений, урегулировать которые может лишь специализированный орган.

Поскольку на медицинские услуги распространяется законодательство «О защите прав потребителей» от 09.01.1996 г., следует учитывать, что законодательство о защите прав потребителей распространяется на отношения, возникающие в рамках ОМС. Медицинскую помощь по ОМС все застрахованные получают в соответствии с договорами на предоставление лечебно-профилактической помощи, которые страховые медицинские организации заключают с ЛПУ (ст. 23 Закона «О медицинском страховании граждан РФ»). Этот договор заключается между самостоятельными равноправными субъектами гражданско-правовых отношений и является по существу договором в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ), так как потребителем медицинской услуги, оказываемой во исполнение договора, является гражданин-пациент.

В письме Федерального фонда ОМС от 05. 05.1998 г. № 1993/361-и «О методических рекомендациях «Возмещения вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы ОМС» указано, что при обращении застрахованного по поводу некачественного оказания медицинской помощи страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и провести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, направить заявление застрахованного вместе с необходимыми документами в учреждение здравоохранения.

4.4. Источники финансирования здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования

На основании вступившего в силу с 01.01.2005 г. Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон» Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов

государственной власти субъектов РФ» и «Общих принципах организации местного самоуправления в РФ» от 28.08.2004 г. №58338-4 внесена масса поправок в целях разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, что коренным образом изменило всю систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в т.ч. и по финансированию здравоохранения. В соответствии со ст. 35 нового закона внесены изменения в «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 547-1. В статье, определяющей полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья (ст. 5), признаны утратившими силу статьи, определяющие полномочия органов государственной власти в установлении структуры, порядка организации и деятельности федеральных органов управления государственной системы здравоохранения. Также из Основ исключены полномочия по определению доли расходов на здравоохранение при формировании федерального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики (в т.ч. льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья граждан. Это связано с тем, что структура и порядок организации и деятельности федеральных органов исполнительной власти регулируются Федеральным конституционным законом «О Правительстве РФ» и не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья граждан. Формирование федерального бюджета и налоговая политика определяются бюджетным и налоговым кодексами РФ и также не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья. Экономические отношения в системе медицинского страхования между ее субъектами представлены на рисунке 3.



Рис. 3. Финансовое взаимодействие субъектов в системе социального медицинского страхования.

Источники финансовых ресурсов системы здравоохранения РФ определены ст. 10 Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» рис. 7 (Приложение):

- средства бюджетов всех уровней: республиканского (РФ) бюджета, бюджетов республик в составе РФ и бюджетов местных администраций субъектов РФ или органов местного самоуправления;
- средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий;
- добровольные взносы, безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;
- доходы от ценных бумаг;
- кредиты банков и других кредиторов;
- иные источники, не запрещенные законодательством РФ и республик в составе РФ.

Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования, они имеют различную природу, свои законы формирования, а также направления и способы расходования финансовых средств. С финансово-экономической точки зрения структура любой системы здравоохранения может быть представлена в виде 5 важнейших элементов:

1. Источники финансирования.
2. Держатели финансовых ресурсов здравоохранения.
3. Способы оплаты или способы финансирования здравоохранения.
4. Хозяйственный статус медицинских учреждений.
5. Хозяйственный статус медицинских работников.

Оптимальное сочетание этих элементов обеспечивает эффективно функционирующую систему здравоохранения.

Основными источниками финансирования российского здравоохранения на всех этапах реформы оставались средства бюджета различного уровня. В ходе реформы на втором этапе увеличилась роль платежей ОМС. Следует отметить три основные тенденции по отношению к существующим источникам финансирования:

- 1) сохраняющаяся и даже увеличивающаяся роль государства в финансировании здравоохранения;
- 2) переход основного объема финансирования с федерального уровня на территориальный;
- 3) увеличение роли средств ОМС.

В роли держателей средств здравоохранения выступают распорядители бюджетов различных уровней: органы управления здравоохранением, фонды ОМС, страховые организации с различными формами собственности. Таким образом, имеет место быть конкуренция между различными фондодержателями за право обладания большим количеством средств. В соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ» основными фондодержателями должны быть фонды ОМС и страховые медицинские организации. Движение финансовых средств в системе ОМС в Российской Федерации представлено на рисунке 4 (Приложение).

Фонды ОМС и страховые медицинские организации должны аккумулировать до 80% всех средств здравоохранения. На самом деле в их руках на сегодняшний день находится не более ¼ всех финансовых ресурсов. Это связано с тем, что традиционные распорядители средств здравоохранения, а именно те, кто управляет бюджетом, предпочитают сохранить в своем ведении основную массу финансовых ресурсов. Недостаточную консолидацию средств здравоохранения во внебюджетных фондах можно признать основным тормозом на пути финансовой реформы здравоохранения. Одновременно следует обратить внимание на то, что большие надежды, возлагавшиеся на страховые медицинские организации, не оправдались.

До конца нерешенным остался вопрос о финансовом планировании общего объема средств для финансирования территориальных систем здравоохранения. Сохраняется представление о том, что бесплатная медицинская помощь – это великое благо, поэтому как можно большее число услуг должно оказываться бесплатно. Однако на самом деле объем услуг, предоставляемых населению бесплатно, является условным. Всегда кто-то за кого-то платит. А люди так и не понимают, какие услуги можно получить бесплатно, а за какие должны доплачивать; т.е. гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны, с применением стандартов медицинских услуг по каждому заболеванию.

В случае, когда медицинское учреждение должно оказывать весь объем медицинской помощи бесплатно, а финансирующие органы не в состоянии в полном объеме возместить его расходы, оно рано или поздно становится неплатежеспособным. В данной ситуации государство вынужденно будет пойти либо на ограничение объема медицинских услуг, оказываемых бесплатно, либо на изменение структуры и мощности производителей медицинских услуг, т.е. на уменьшение количества медицинских учреждений или их мощности.

Глава 5

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Под охраной здоровья понимается совокупность мер политического, экономического, правового и медицинского характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставлении ему медико-социальной и медико-санитарной помощи в случаях утраты здоровья.

Основные принципы деятельности органов государственного управления федерального, регионального уровней и негосударственных организаций, предприятий и учреждений основываются на обеспечении прав и законных интересов граждан РФ в области охраны здоровья и оказания им доступной квалифицированной и качественной медицинской помощи. В законодательных актах в сфере охраны здоровья граждан международного уровня и РФ провозглашается ответственность органов государственного управления всех уровней и работодателей в сохранении и укреплении здоровья граждан.

В уставе ВОЗ провозглашается, что правительства всех стран несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мер социального характера в области здравоохранения.

В марте 1994 г. проведено совещание ВОЗ по правам пациента, на котором был принят документ «Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения», представляющие собой свод основных принципов, направленных на поддержку и осуществление прав пациента на территории европейских государств – членов ВОЗ.

Концепция медицинской помощи базируется на принципах, сформулированных в резолюции Ассамблеи ВОЗ о здоровье для всех, принятой 19 мая 1997 г. и на связанной с ними модели медицинской помощи, провозглашенной Алма-Атинской Декларацией (12.09.1978).

Право каждого человека на защиту его здоровья признано в Уставе Европейского Союза, подписанного в Лондоне 5 мая 1949 года.

В области охраны здоровья Конституция РФ исходит из положений Всеобщей Декларации прав человека, принятой на Генеральной Ассамблее ООН, а также Положений Конвенции о защите основных прав и свобод человека, Конвенции о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины.

На 34-й сессии Парламентской Ассамблеи Европейского Совета в 1991 году приняты рекомендации, направленные правительствам всех европейских государств, в которых говорится, что здоровье является показателем качества жизни и составляет неотъемлемую часть социального, экономического и культурного развития индивидуума.

В контексте ст. 7 Конституции РФ охрана здоровья перечислена в ряду задач социального государства. Признается и защита (обеспечение) государством двух основных прав граждан – права на достойную жизнь и права на свободное развитие.

5.1. Правовое положение граждан в системе ОМС

Правовое положение гражданина-пациента устанавливается всеми нормами права, определяющими положение и роль человека в обществе. Система ОМС является одним из двух гарантируемых государством механизмов, используемых в России при предоставлении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи пациентам – механизма, основанного на бюджетном финансировании и страховых принципах.

Поэтому правовые положения граждан в части охраны их здоровья базируются на нормах, установленных законодательством по медицинскому страхованию, и в равной степени на нормах, которые относятся к бесплатной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджета.

Вопросы обеспечения и защиты прав пациентов очень широко обсуждаются на страницах научных изданий, в периодической печати и др.

Практика реформирования современного здравоохранения, становления страховой медицины и развития законодательной базы, обеспечивающей ее функционирование, идут по пути возрастания ответственности субъектов оказания медицинской помощи и системы обязательного медицинского страхования за качество предоставляемой медицинской помощи, за нарушение установленных законодательством прав пациента.

Пациент – лицо, обратившееся в ЛПУ любой организационно-правовой формы или к врачу частной практики за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи. Право пациента определяется всей совокупностью юридических норм, законодательно закрепленных в нормативных актах, регулирующих отношения в сфере здравоохранения.

Права пациента – это специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека и регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг. Осуществление прав пациента предполагает наличие механизмов их реализации и защиты.

Реализация прав пациента – это комплекс мер, направленных на претворение, воплощение прав в фактической деятельности организаций, государственных органов, должностных лиц и граждан.

Защита прав пациента – комплексная система мер, применяемых в тех случаях, когда беспрепятственно реализовать права пациента не удастся и когда

на помощь неудовлетворенному интересу пациента должна прийти соответствующая деятельность государственных и общественных организаций по защите прав и свобод гражданина.

Права граждан, застрахованных в системе ОМС

Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28. 06.1991 г. № 1499 рассматривает права граждан, **застрахованных в ОМС**.

Граждане РФ, застрахованные в ОМС, имеют следующие права (ст. 6):

- право выбора ОМС или ДМС;
- право выбора медицинского учреждения и врача в соответствии с Договорами ОМС или ДМС;
- получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинской услуги, соответствующей по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- возмещение личных средств, затраченных на оплату расходов, входящих в тариф медицинской услуги, оплачиваемой из средств ОМС и предоставляемой в медицинских учреждениях;
- получение полной информации о своем диагнозе, проводимом лечении, возможном (если оно проводилось).

Предоставление других прав застрахованным гражданам регламентируется действующим законодательством РФ.

Права и обязанности граждан союзных республик и лиц, не имеющих гражданства РФ, в системе медицинского страхования (ст.7)

На территории РФ граждане других союзных республик и лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

Медицинское страхование граждан РФ за границей и иностранных граждан на территории РФ (ст.8).

Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан.

Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в РФ осуществляется в порядке, устанавливаемом Правительством РФ. Иностранные граждане, постоянно проживающие в РФ, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ, если международными договорами не предусмотрено иное.

Обязанности гражданина

В законе о медицинском страховании не установлены конкретные обязанности граждан, однако, что в сфере ОМС они должны иметь место можно установить из содержания ст. 7 и 8 данного Закона, а также из его преамбулы, констатирующей, что этот закон направлен на усиление ответственности населения в охране здоровья граждан в новых экономических условиях, в частности возложения на гражданина определенных обязанностей, относящихся к охране как собственного здоровья, так и здоровья окружающих.

В виду объективной ограниченности размера финансовых источников для финансирования бесплатной медицинской помощи в Законе о медицинском страховании закреплены некоторые ограничения. В ст. 6 установлено, что гражданин имеет право на получение бесплатных медицинских услуг в том объеме и с тем качеством, которые оговорены в договорах ОМС, заключенных в его пользу, а в ст. 4, 22, 23 говорится, что объем медицинской помощи ограничен программами ОМС и условиями предоставления бесплатной медицинской помощи. Эти условия содержат определенные обязанности застрахованных, в частности, по соблюдению порядка получения плановой бесплатной медицинской помощи и др.

Установление обязанностей граждан в ОМС может быть предусмотрено соответствующими договорами по ОМС и оказанию медицинских услуг застрахованным.

5.2. Перечень прав граждан в области охраны здоровья

1. Каждый гражданин имеет право на защиту собственного здоровья в той мере, в которой позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней, и должны иметь возможность достичь наивысшего для себя уровня здоровья (Европейская Конвенция по правам и основным свободам человека, 1959).

2. Право гражданина на охрану здоровья, бесплатную и качественную медицинскую помощь, определенную Программой Госгарантий по обеспечению бесплатной медицинской помощью, принятой Правительством РФ; п.1 ст. 41 Конституции РФ; ст. 17, 20, 21 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан; ст. 6 Закона о медицинском страховании граждан РФ.

3. Право граждан на ОМС предусмотрено трудовым Кодексом РФ, ст. 6 Закона о медицинском страховании граждан РФ.

4. Право граждан на выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача определено ст. 6 Закона о медицинском страховании граждан РФ.

5. Право граждан на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи предусмотрено ст. 66, 67, 68 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан РФ, ст. 6 о медицинском страховании граждан РФ.

6. Право граждан на льготное лекарственное обеспечение определено Постановлением Правительства РФ № 890 от 30.07.1994 г. и другими законодательными и нормативными актами.

7. Право женщин на планирование семьи и регулирование репродуктивной функции предусмотрено ст. 35, 36, 37 Основ Законодательства об охране здоровья граждан.

8. Право граждан на независимую экспертизу и отказ от патолого-анатомического вскрытия определено ст. 48, 51, 53 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан.

9. Право граждан на трансплантацию органов и тканей человека предусмотрено Законом «О трансплантации органов и тканей человека» № 4180-1 от 22.12.1992 г., ст. 47 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан, ст. 120 УК РФ.

10. Право на охрану здоровья граждан, страдающих психическими заболеваниями, определено Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 31185-1 от 02.07.1992 г.

11. Право граждан на охрану здоровья при распространении рекламы определено Указом Президента № 161 от 17.02.1995 г. «О гарантиях прав граждан на охрану здоровья при распространении рекламы», ст. 43 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан.

12. Право граждан на охрану здоровья страдающего ВИЧ- инфекцией определено законом «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», № 38-ФЗ от 30.03.1995 г.

13. Право граждан на обжалование действий органов и учреждений, должностных лиц и других руководителей и работников определено ст. 51 Конституции РФ, ст. 69 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан.

14. Права пациента при обращении его за медицинской помощью и ее получении определены ст. 30, 31, 32, 33, 61 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан.

5.3. Права пациента

Пациент имеет право:

- на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала ЛПУ;
- выбор врача, в т.ч. семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор медучреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- медицинское учреждение обязано довести до сведения пациента свое фирменное наименование, место нахождения (юридический адрес), режим работы (ст. 9 ЗоЗПП) и достоверную информацию об услугах, обеспечивающих возможность их правильного выбора (ст. 732 ГК РФ, ст. 10 ЗоЗПП);
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;

- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и медицинским вмешательством, доступными средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (ст.61 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан);
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 32 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан);
- отказ от медицинского вмешательства (ст. 33 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан);
- получение информации о своих правах и обязанностях, а также состоянии своего здоровья (ст. 31 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан), а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение медицинских и других услуг учреждений здравоохранения в рамках программ ДМС;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи (ст. 68 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан, 1064–1101 ГК РФ ФЗ «О защите прав потребителей»; ст. 14, 15 ЗоЗПП; ст. 109, 118, 293 и др. УК РФ);
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- допуск священнослужителя в больничных учреждениях на предоставление условий для отправления религиозных обрядов;
- пациенты имеют право на внимательное, справедливое, эффективное и незамедлительное рассмотрение их жалоб, а также на информацию о результатах их рассмотрения.

5.4. Права и обязанности страхователя

Согласно ст. 9 Закона «О медицинском страховании граждан РФ», **страхователь имеет право** на:

- участие во всех видах медицинского страхования;
- свободный выбор страховой организации;
- осуществление контроля за выполнением условий договора;
- возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора;
 - предприятие-страхователь кроме прав, перечисленных в части 1 ст. 9, имеет право на уменьшение размера страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости работников предприятия или ее снижении в течение трех лет;
 - привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

- заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
- вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования;
- в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Глава 6

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Выделяют два вида медицинского страхования:

1. Обязательное медицинское страхование (социальное).
2. Добровольное медицинское страхование.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это государственная система всеобщего социального страхования, обеспечивающая всем гражданам равные по объему и качеству гарантированные стандарты медицинской помощи. Программой ОМС всем гражданам РФ гарантируется оказание бесплатной медицинской помощи вне зависимости от состояния здоровья, социального положения, возраста, места жительства.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) введено с 1 октября 1992 г. и осуществляется на основании программ ДМС, разрабатываемых медицинскими страховыми организациями.

ДМС может быть коллективным и индивидуальным. (Закон РФ «О медицинском страховании граждан РФ» от 28 июня 1991 г.). ДМС – форма проведения медицинского страхования, обеспечивающая гражданам получение медицинских услуг сверх тех, которые установлены программами ОМС, на основе договора между страхователем и страховщиком.

Несмотря на то, что рынок ДМС существует уже больше 10 лет, его доля финансирования здравоохранения составляет не более 3%. Услугами ДМС пользуются лишь 2% населения. До 90% страховых взносов – это средства юридических лиц и лишь 10% – индивидуальное добровольное страхование. В реализации программ ДМС участвуют менее 2% российских предприятий, в то время как действующие в России зарубежные фирмы страхуют более 80% своих работников.

В настоящее время все больше организаций начинают заключать договоры со страховыми компаниями на ДМС. Основная цель при этом состоит в том, чтобы пройти диагностику, обеспечивающую выявление заболеваний на ранней стадии, а также иметь возможность лечиться в нормальных условиях у квалифицированных врачей. Совместно со специалистами страховой компании организация определяет медицинское учреждение, где будут обслуживаться сотрудники (их количество), и перечень дополнительных услуг, которые будут там оказываться. После этого совместно составляется программа ДМС и утверждается руководителями организации и страховой компании.

Многие руководители заинтересованы страховать своих наиболее ценных сотрудников. Правила ДМС, определяющие общие условия и порядок его

проведения, отношения, возникающие при проведении ДМС, устанавливаются страховщиком самостоятельно и регулируются законами РФ от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28.06.1991 г. и осуществляются на основе договора между страхователем и страховщиком. Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования в соответствии с программами ДМС.

Добровольное медицинское страхование строится на принципах финансовой эквивалентности обязательств страховщика и страхователя (страховая сумма равна теоретической себестоимости страхования) и солидарности застрахованных: «богатый платит за бедного, здоровый за больного». В качестве субъектов ДМС выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. При признании судом страхователя в период действия договора ДМС недееспособным полностью или частично его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного. Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие ДМС и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься ДМС.

6.1. Сравнительный анализ ОМС и ДМС

Сравнительная характеристика ОМС и ДМС приводится в табл. 1 (Приложение).

Отличия ДМС и ОМС

1. Обязанность страхования при ОМС вытекает из закона, а при ДМС – основана на договорных отношениях. Однако при ОМС не исключается возможность заключения договора страхования страхователя со страховщиком (ст. 36 ГК РФ ч.2).

2. Главное различие между ОМС и ДМС лежит в сфере отношений, возникающих между их субъектами при предоставлении медицинской помощи за счет страховых средств. Если ОМС осуществляется в целях обеспечения социальных интересов граждан, работодателей и интересов государства, то ДМС реализуется лишь в целях обеспечения интересов граждан (индивидуальных и коллективных) и самих работодателей.

3. Страхователи: при ОМС – это органы исполнительной власти и работодатели, при ДМС – граждане и работодатели.

4. Отношения по ДМС также как и при ОМС, относятся к социальному страхованию, преследующему цель организации и финансирования предоставления застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества, но по программе ДМС. Однако ДМС, в отличие от ОМС, не относится к государственному страхованию: во-первых, вследствие различия в реализуемых ими социальных интересах, а во-вторых, вследствие различия форм собственности и организационно-правовых форм страховых организаций, осуществляющих социальное страхование. При этом

имеется в виду, что социальное страхование может быть не только государственным, но и муниципальным, а учитывая различия в его внутренней организации – также профессиональным (по отраслевому – профессиональному признаку) и международным.

5. ОМС и ДМС, преследуя общие цели и имея общий объект страхования, существенно различаются по субъектам страхования – у них различные не только страхователи, но и страховщики. У ДМС – это негосударственные организации, имеющие любую организационно-правовую форму, у ОМС – государственные организации.

6. ОМС и ДМС отличаются по источникам поступления средств. У ДМС – это личные доходы граждан или доходы организаций, у ОМС – налогоподобные сборы и налоги.

6.2. Основные организационно-экономические и правовые принципы ОМС

1. Всеобщность. Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенных в государственную (базовую) программу ОМС.

2. Государственность. Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Государство в лице местных органов исполнительной власти выступает непосредственным страхователем неработающего населения. Оно осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств ОМС, обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными.

3. Некоммерческий характер. Средства ОМС не могут быть доходом (прибылью) юридических и физических лиц, являющихся акционерами или учредителями страховых медицинских организаций, участвующих в операциях ОМС. Прибыль, получаемая от операций ОМС, может направляться только на развитие системы ОМС и учреждений здравоохранения.

4. Общественная солидарность и социальная справедливость. Все члены общества имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС, однако фактически потребление медицинских услуг осуществляется лишь отдельными, нуждающимися в них лицами.

Страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь по обращению за медицинской помощью (принцип: «здоровый платит за больного»).

Технология обязательного медицинского страхования населения Томской области приводится на рис.5 (Приложение).

Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от абсолютного размера платежа по ОМС. Граждане с различным уровнем дохода и, соответственно, с различным начислением на заработную плату имеют

одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу ОМС (принцип: «богатый платит за бедного»).

Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставлении за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Ограниченность базовой программы ОМС, отсутствие мотивации у медицинских работников, недоступность современной клинической и лабораторной баз в условиях ухудшения финансирования здравоохранения привели к обострению проблем, связанных с получением квалифицированной медицинской помощи. В связи с этим единственно возможной системой предоставления медицинских услуг на качественном уровне остается система ДМС.

Позитивные моменты ДМС в нашей стране:

1. Страховщики стали выступать естественным регулятором отношений между врачом и пациентом. Заинтересованные в получении прибыли, с одной стороны, и в обеспечении лечения застрахованных – с другой, страховщики взяли под контроль цены на медицинские услуги и качество медицинского обслуживания.
2. Посредством страхования стал реализоваться принцип распределения риска крупных затрат между большим количеством застрахованных.
3. Страховые компании проявили способность активно привлекать пациентов обеспечивать ритмичную оплату медицинских услуг, что явилось положительным фактором, влияющим на ценовое регулирование медицинских услуг в здравоохранении.
4. Добровольное медицинское страхование проявилось как слагаемое в корпоративной системе социального обеспечения, важнейший фактор управления персоналом предприятия, организации, фирмы.

6.3. Понятия и термины, применяемые в медицинском страховании

Объект медицинского страхования – страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

В качестве **субъектов ОМС** выступают: застрахованный гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Застрахованный гражданин – все граждане РФ, а также граждане иностранных государств, постоянно проживающие на территории России, в отношении которых заключен договор ОМС.

Страхователь – лицо, на которое возложена обязанность заключения Договора ОМС в отношении гражданина и осуществления налоговых отчислений на ОМС работающих граждан или страховых взносов на ОМС неработающих граждан.

Страхователями для работающих граждан являются юридические лица, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, а также физические лица, признанные плательщиками единого социального налога в части, исчисляемой и уплачиваемой в Федеральный и территориальный фонды ОМС в соответствии с законодательством РФ.

Страхователями для неработающих граждан являются исполнительные органы местного самоуправления.

Страховая медицинская организация (страховщик) – организация, являющаяся юридическим лицом независимо от организационно-правовой формы собственности, обладающая необходимым для осуществления ОМС уставным капиталом, имеющая государственную лицензию на проведение ОМС, организующая свою деятельность в соответствии с действующим законодательством и данными Правилами. Страховщик осуществляет ОМС на некоммерческой основе.

Медицинское учреждение – организация, являющаяся юридическим лицом независимо от организационно-правовой формы собственности, а также лицо, осуществляющее медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющее соответствующие лицензии и участвующее в реализации областной Программы ОМС в рамках государственного (муниципального) задания на предоставление бесплатной медицинской помощи.

Одной из важнейших социальных гарантий, предоставляемых пациенту в системе ОМС, является обеспечение бесплатной лекарственной помощи при стационарном лечении.

Деятельность медицинских учреждений в системе ОМС осуществляется на договорной основе. Финансирование лечебно-профилактических учреждений территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями осуществляется по тарифам, которые принимаются в рамках тарифного соглашения на территории соответствующего субъекта РФ (заключается между территориальными фондами ОМС, органами государственного управления субъектов РФ, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховыми медицинскими организациями). Организация медицинской помощи лечебно-профилактическими учреждениями в системе ОМС производится в объеме и на условиях, определенных территориальными программами ОМС.

6.4. Особенности деятельности страховых медицинских организаций в обязательном медицинском страховании

Деятельность СМО в системе ОМС значительно отличается от той, которая традиционно считается страховой, хотя с формально-юридической точки зрения определение страхования, данное в Законе РФ «Об организации страхового дела в РФ», и ряд норм гл. 48 ГК РФ, закрепляющих традиционный механизм страхования, не распространяются в полной мере на ОМС,

экономическая сущность медицинского страхования от этого не становится иной.

Дело в том, что страховые фонды – финансовая основа страхования – формируются из децентрализованных источников не непосредственно у страховой организации, которая осуществляет страховую выплату, а у иных лиц, в частности, в ТФОМС.

Предоставляя страхователю (застрахованному) право на страховую выплату в форме медицинских и иных услуг (оплату медицинской помощи), договор ОМС не возлагает на страхователя обязанность по уплате страховых взносов СМО. Этот договор предусматривает уплату страховых взносов в ТФОМС, который, в свою очередь финансирует СМО по установленному управлением Фонда подушевому нормативу в расчете на одного застрахованного для возмещения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным. Это может существенным образом нарушить финансовую устойчивость СМО. В связи с этим Фонд ОМС и СМО должны обеспечить единство системы медицинского страхования и выполнения обязательств на оказание бесплатной медицинской помощи застрахованным.

Страховыми медицинскими организациями (ст. 14) выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми, предусмотренными законодательством РФ формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории РФ. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения и обладают следующими правами:

- свободно выбирать медицинские учреждения;
- формировать совместно со страхователем тарифы на медицинские услуги;
- устанавливать размеры страховых взносов по ДМС;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению на материальное возмещение физического и морального ущерба, причиненного застрахованному.

Страховые организации, работающие в системе ДМС, обязаны:

- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным;
- выдавать страхователю или застрахованному с момента заключения договора страховые медицинские полисы;
- защищать интересы застрахованных;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора.

Договорные отношения представлены на рис. 4.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не должна превышать 10 % общего пакета акции страховой медицинской организации.

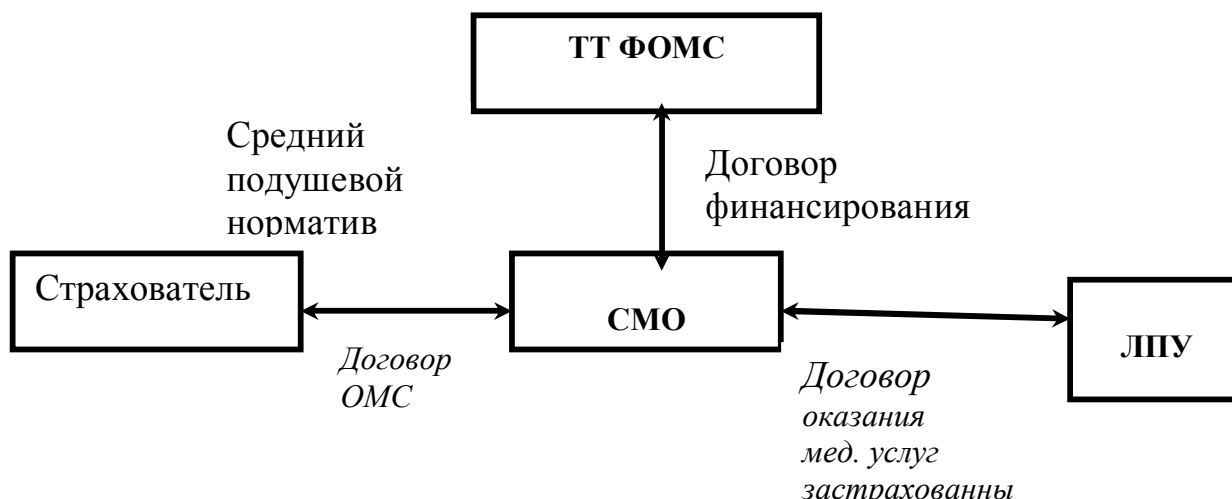


Рис.4. Договорные отношения в системе ОМС.

Права, обязательства, ответственность ЛПУ при оказании медицинской помощи по ОМС возникают из договора на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи (услуг) застрахованным по ОМС.

Типовая форма договора была утверждена в качестве Приложения к Типовым правилам ОМС, утвержденным ФФОМС 1 декабря 1993 г. Сторонами по этому договору являются, ЛПУ, и СМО (ТФОМС, там, где он выполняет функции страховщика). По своей природе данная типовая форма соответствует гражданско-правовому договору возмездного оказания услуги, регулируемого положениями главы 39 ГК РФ.

Гражданско-правовые отношения возникают между ЛПУ и гражданами при оказании платных медицинских услуг, когда плательщиком является сам пациент. Оказание платных медицинских услуг ЛПУ осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». В п. 11 этих Правил указано, что предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

В п. 17 указано, что ответственность ЛПУ в случае несоблюдения сроков исполнения услуг по договору наступает в соответствии с нормами Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителя». Тем самым распространяется действие данного закона на сферу платных медицинских услуг, оказываемых в системе здравоохранения.

Следующим основанием возникновения гражданских прав и обязанностей у ЛПУ является причинение вреда жизни и ущерба здоровью граждан при оказании медицинской помощи. Обязанность возмещения вреда (ущерба) возникает независимо от того, урегулированы эти вопросы договором или нет, поскольку носят внедоговорной характер и регулируются нормами гл. 59 ГК РФ.

Основным нормативно-правовым актом, в соответствии с которым регулируются гражданские правоотношения, является ГК РФ.

Являясь участниками гражданских правоотношений, возникающих в системе ОМС, медицинские учреждения вправе совершать действия, которые направлены на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей. Такие действия называются сделками.

Договор – это двухсторонняя или многосторонняя сделка, для заключения которой необходимо выражение воли сторон.

Оказание медицинской помощи является по своей сути особым родом услуги.

Услуга – совершение определенной деятельности или совокупности определенных действий, направленных на удовлетворение потребностей других лиц.

Медицинская услуга – это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных профессиональных действий медицинского работника (производителя услуги), направленных на удовлетворение потребностей пациента (потребителя услуги).

Качество медицинской услуги – показатель результата оказанной медицинской услуги, ориентированной не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества жизни.

Медицинская услуга обладает рядом особенностей:

Во-первых, медицинская услуга неотделима от процесса ее оказания и потребляется в процессе ее производства. Она неосвязаема до момента ее оказания, не способна к хранению и накоплению. Медицинскую помощь нельзя рассматривать обособленно от производителя, а в момент ее производства, за редким исключением, необходимо присутствие потребителя услуги.

Во-вторых, рынок медицинских услуг относится к рынку с так называемым «нарушением» суверенитета покупателя (пациента). При обращении за медицинской помощью или в момент ее оказания пациент, как правило, не знает истинных своих потребностей: какая собственно услуга, в каком объеме и какого качества ему в данный момент необходима. Важнейшая задача производителя состоит в выявлении этой потребности, диагностике патологического состояния, имеющегося у больного, в оказании услуги, соответствующей требованию, минимальной достаточности.

В-третьих, медицинская услуга уникальна тем, что потребитель не только пассивно присутствует при оказании ему медицинской помощи, но и сам активно участвует, влияет на этот процесс. Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций

в огромной степени определяют качество медицинской помощи, получаемой им.

Содержание договора страхователя и СМО

- наименование и юридические адреса сторон, срок действия договора;
- численность и континент застрахованных;
- объем медицинской помощи (территориальная программа ОМС);
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- права, обязанности и ответственность сторон.

Содержание договора СМО и ЛПУ на оказание медицинских услуг застрахованных:

- наименование и юридические адреса сторон, срок действия договора;
- численность и континент застрахованных, прикрепленных к учреждению;
- объем и виды медпомощи, определяемые программой ОМС и выданной в установленном порядке лицензией;
- стоимость работ и порядок расчетов за оказанные услуги, сроки оплаты услуг (прилагаются тарифы на услуги ОМС);
- порядок контроля качества медпомощи застрахованным (прилагается перечень штрафных санкций за оказание некачественных и неадекватных услуг и их размеры);
- права, обязанности и ответственность сторон;
- порядок разрешения споров, расторжения договора или внесения изменений.

6.5. Понятие гражданско-правового договора возмездного оказания услуг и его отличие от других гражданских договоров

Являясь участником гражданских правоотношений, возникающих в системе ОМС, медицинские учреждения заключают договоры со страховщиками на оказание медицинской помощи (услуг) застрахованным. Договор – это двухсторонняя сделка или многосторонняя, для заключения которой необходимо выражение воли сторон. Оказание медицинской помощи является по своей сути особым родом услуги (медицинской услуги), которая представляет собой совокупность необходимых, достаточных, добросовестных профессиональных действий медицинского работника (производителя услуги), направленных на удовлетворение потребителя (пациента)- потребителя услуги.

Правоотношения, возникающие между страховщиком и ЛПУ по оказанию медицинских услуг застрахованным, регулируются нормами гл. 39 ГК РФ. В ст. 779 ГК РФ сформулированы основные признаки, по которым заключаются сделки между СМО и ЛПУ могут быть отнесены к числу договоров возмездного оказания услуг. По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги, а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Медицинские услуги, являясь бесплатными для

пациента, тем не менее, остаются возмездными для ее исполнителя. В качестве плательщика могут выступать бюджет, внебюджетные фонды (ОМС, ДМС).

Несмотря на возможность применения одних и тех же правовых норм (гл. 39 ГК РФ), договоры возмездного оказания услуги и договоры подряда (поручения) не тождественны. В соответствии с положением ст. 762 ГК РФ по договору подряда одна сторона (подрядчик) обязуется выполнить по заданию другой стороны (заказчика) определенную работу и сдать ее результат заказчику, а заказчик обязуется принять результат работы и оплатить его.

Таким образом, результат договора оказания услуг (застрахованным в системе ОМС) не осуществлен, а результатом его работы по договору подряда служит вещь. Определяющим признаком медицинской услуги все-таки является совершение соответствующих профессиональных действий по проведению различного рода медицинских обследований, лечения, профилактики.

Медицинское учреждение по договору с СМО действует не от имени СМО, а от своего имени, следствием чего является возникновение прав и обязанностей непосредственно у самого ЛПУ. Поэтому ЛПУ несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение обязательств по договору на предоставление амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи застрахованным по ОМС при ее оказании. Взаимосвязь пациента с ЛПУ, правоохранительными органами и бюро судебно-медицинской экспертизы в случае нарушения прав гражданина на оказание квалифицированной и качественной медицинской помощи представлено на рис.6 (Приложение).

6.6. Порядок возмещения вреда, причиненного пациенту

Порядок возмещения вреда, причиненного пациенту, регулируется целым рядом законодательных актов (ст. 66 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», ст. 1064–1101 ГК РФ, ст. 14, 15 ЗоЗПП и т.д.).

Кроме того, в соответствии со ст. 109, 118, 293 и др. Уголовного кодекса РФ устанавливается уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, повлекшее причинение вреда здоровью.

Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу пациента вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации, подлежит возмещению в полном объеме. Причем право требовать возмещения вреда, причиненного вследствие недостатка услуги, признается за любым потерпевшим, независимо от того, состоял ли он в договорных отношениях с исполнителем или нет.

Моральный вред, причиненный медицинским учреждением пациенту в результате нарушения его прав, подлежит компенсации (при наличии вины учреждения) на основании ст.151 ГК в размере, суммы определенной судом, с

учетом степени вины нарушителя и иных заслуживающих внимания обстоятельств. Суд учитывает также степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, определяется на основании ст. 1086 ГК «Определение заработка (дохода), утраченного в результате повреждения здоровья»: размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется путем деления общей суммы его заработка (дохода) за 12 месяцев работы, предшествовавших повреждению здоровья, на 12. В случае, когда потерпевший ко времени причинения вреда работал менее 12 месяцев, среднемесячный заработок (доход) определяется путем деления общей суммы заработка (дохода) за фактически проработанное число месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев. В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается по его желанию заработок до увольнения, либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее пятикратного установленного законом минимального размера оплаты труда. При отсутствии профессиональной трудоспособности вообще учитывается степень утраты общей трудоспособности. В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего включаются все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые подоходным налогом, в т.ч. за период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам, доходы от предпринимательской деятельности, а также авторский гонорар. Не учитываются выплаты единовременного характера, в частности компенсация за неиспользованный отпуск и выходные пособия при увольнении. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных пациентом убытков.

6.7. Порядок обращения в страховую медицинскую организацию

Важным способом защиты прав граждан является обращение в страховую медицинскую организацию, выдавшую страховой медицинский полис. Для этого необходимо быть застрахованным в данной страховой компании и иметь полис обязательного или добровольного медицинского страхования. Услуга, на которую жалуется пациент, должна быть предоставлена на основании полиса этой страховой компании. В соответствии со ст.15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» страховые медицинские организации обязаны защищать интересы застрахованных. В соответствии с Положением о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи РФ, утвержденным Приказом МЗ РФ и ФФОМС от 24.10.1996 г. № 363/77 страховые медицинские организации являются одним из субъектов системы вневедомственного контроля за деятельностью учреждений здравоохранения.

Одной из основных задач вневедомственного контроля является организация, в пределах компетенции, медицинской проверки с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества.

Обязанности СМО по проверке качества лечения:

- организация и осуществление в рамках ОМС и ДМС контроля качества, объема и сроков оказания медицинской помощи штатными экспертами, а также при привлечении внештатных, входящих в регистр, экспертов на договорной основе;
- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги в соответствии с действительно оказанным объемом и качеством;
- предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам;
- информирование органов управления здравоохранением, лицензионно-аккредитационных комиссий о выявленных в ходе экспертной работы недостатках в деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- заключение договоров на выполнение медицинской экспертизы качества с соответствующими организациями и специалистами;
- обращение в установленном порядке в лицензионно-аккредитационную комиссию с заявлением о приостановлении или прекращении действия лицензии;
- перезаключение договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию в случаях выявления неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным.

Само собой разумеется, наличие жалобы пациента на качество медицинской помощи является основанием для проведения экспертизы.

В жалобе рекомендуется изложить следующее:

- Ф.И.О. заявителя, его адрес (прописки и фактический), номер и серию страхового медицинского полиса;
 - когда, с каким диагнозом, в какое отделение и какого лечебного учреждения и при каких обстоятельствах поступил;
 - какие лечебно-профилактические мероприятия проводились;
 - в чем, по мнению застрахованного, заключалось ненадлежащее качество медицинской помощи и какой медицинский работник в этом виновен;
 - указать, в чем заключается вред (моральный и материальный), причиненный лечебно-профилактическим учреждением;
 - изложить требования, их размер конкретно (возместить затраты на медикаменты, провести проверку качества лечения, предъявить иск к лечебно-профилактическому учреждению на возмещение морального и материального вреда и прочие требования);
 - приложить документы, подтверждающие наличие и размер ущерба, если таковые имеются (товарные и кассовые чеки на приобретенные медикаменты), с приложением их копий (либо подлинников, при предъявлении претензий на возмещение затрат по приобретению медикаментов).

В письме ФФОМС от 05.05.1998 г. № 1993/36. «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы ОМС»» страховщик обязан зарегистрировать письменное заявление застрахованного вместе с необходимыми документами.

На основании жалобы СМО запрашивает необходимую документацию, проводит экспертизу качества медицинской помощи и при наличии оснований обращается с претензией к учреждению здравоохранения. Одним из способов защиты прав пациента является обращение в органы управления здравоохранением, в Департамент здравоохранения Администрации области, Управление здравоохранения Администрации муниципального образования, осуществляющие контроль за деятельностью учреждений здравоохранения.

В случае, если конфликт не урегулирован и имеются серьезные доказательства причинения застрахованному вреда некачественным оказанием медицинской помощи, СМО обращается в суд с иском к учреждению здравоохранения.

6.8. Правила составления и подачи искового заявления

Исковое заявление составляется в нескольких экземплярах, количество которых зависит от числа ответчиков и третьих лиц. Например, если у Вас два ответчика, то в суд представляются три экземпляра искового заявления, один из которых остается в суде, а два других рассылаются ответчикам. Заявление должно быть подписано истцом или его представителем. Если заявление подается представителем, то обязательно должна быть приложена доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия представителя. Исковое заявление должно содержать сведения, предусмотренные ст. 131 ГПК РФ:

1. Наименование суда, в который подается заявление.
2. Наименование истца, его место жительства или, если истцом является организация, ее место нахождения, а также наименование представителя и его адрес, если заявление подается представителем.
3. Наименование ответчика, его место жительства или, если ответчиком является организация, ее место нахождения.
4. В чем заключается нарушение, либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов истца и его требования.
5. Обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства.
6. Цена иска, если он подлежит оценке, а также расчет взыскиваемых или оспариваемых денежных сумм.
7. Сведения о досудебном обращении к ответчику, если это не противоречит ФЗ и предусмотрено договором.
8. Перечень прилагаемых к заявлению документов.

К заявлению можно прилагать номера телефонов, факсов, адреса, имеющие значение для рассмотрения дела, адрес электронной почты истца, его представителей, ответчика, иные сведения, ходатайства истца.

К исковому заявлению в соответствии со ст. 132 ГПК РФ прилагаются:

1. Копии в соответствии с количеством ответчиков и третьих лиц.
2. Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины.
3. Доверенность или иной документ, подтверждающие полномочия представителя истца.
4. Документы, подтверждающие обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, копии этих документов для ответчиков и третьих лиц.
5. Доказательства, подтверждающие выполнение обязательного досудебного урегулирования спора.
6. Расчет взыскиваемой или оспариваемой денежной суммы, подписанной истцом, его представителем, с копиями в соответствии с количеством ответчиков и третьих лиц.

В случае, если имеется имущественный спор с ЛПУ и цена иска не превышает 50 минимальных размеров оплаты труда, дело будет рассматриваться мировыми судьями. Например, иски о возмещении затрат на оплату медицинской помощи, которая в соответствии с действующим законодательством должна быть предоставлена бесплатно.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно определить миссию организации системы ОМС. Она состоит в том, чтобы обеспечить эффективную и своевременную оплату качественной медицинской помощи застрахованному.

Как и любая организация, территориальная система ОМС представляет собой сознательно управляемый социальный институт с определенными границами, функционирующий на относительно постоянной основе для достижения общей цели или конкретных целей. Под словами «социальный институт» в данном случае понимается то, что система состоит из людей или групп, взаимодействующих друг с другом. При этом взаимодействие между людьми, группами и организациями в системе являются преднамеренным, сбалансированным и предполагает необходимость координации при выполнении возложенной и принятой миссии.

6.9. Договор ОМС и страховой медицинский полис

Договор ОМС является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, при этом каждый гражданин, в отношении которого был заключен договор работодателем или который заключил такой договор самостоятельно (в случае индивидуальной трудовой деятельности), получает страховой полис.

Договор медицинского страхования содержит пункты:

- наименование сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;

- перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;
- порядок оплаты и сроки оказания медицинских услуг;
- права, обязанности, ответственность сторон.

Договор обязательного медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

В случае утраты страхователем в период действия договора обязательного медицинского страхования прав юридического лица вследствие реорганизации или ликвидации предприятия, права и обязанности по указанному договору переходят к его правопреемнику.

В период действия договора добровольного медицинского страхования, при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности, его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

Форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении утверждаются Правительством РФ. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории РФ, а также на территориях других союзных республик, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

Страховой медицинский полис ОМС – документ установленного образца, подтверждающий факт заключения договора ОМС и дающий застрахованным гражданам право на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, предусмотренных областной Программой ОМС. В полисе указываются фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место работы, социальное положение, адрес застрахованного гражданина и срок действия договора ОМС.

При обращении за медицинской помощью застрахованные граждане обязаны предъявлять полис вместе с документом, удостоверяющим личность.

Застрахованные граждане для получения первичной медико-санитарной помощи прикрепляются к амбулаторно-поликлиническим учреждениям или к учреждениям общей (семейной) врачебной практики, о чем в полисе делается соответствующая отметка. В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным гражданином, но не имеющим по какой-либо причине полиса, страховщик или Фонд обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования.

В случае утраты полиса застрахованный гражданин обязан известить страховщика лично или через представителя страхователя с указанием обстоятельств утраты полиса. Страховщик обязан обеспечить застрахованного гражданина дубликатом полиса, выдаваемого за оплату. При утрате полиса по уважительной причине (кража, стихийное бедствие, перемена места жительства и работы; либо социального положения, либо изменение паспортных данных) полис подлежит замене и выдается бесплатно.

Именной страховой полис имеет ряд функций:

1. Он персонализирует права пациентов и обязательства системы ОМС по оказанию медицинской помощи надлежащего качества и объема, установленных Территориальной программой ОМС, что является определенной гарантией равнодоступности медицинской помощи. При определенных правилах ведения страхового полиса он позволяет фиксировать каждый случай нарушения обязательств по медицинскому страхованию перед конкретным гражданином, создавая документальную основу для возбуждения исков.

2. Страховой полис в будущем может быть использован для стимулирования приверженности гражданина к здоровому образу жизни, если принцип «здоровый платит за больного» заменить на формулировку «здоровый кредитует больного», что приводит к накоплению неиспользованного страхового взноса.

3. Наконец, полис создает возможность для урегулирования вопросов медицинского обслуживания российских граждан за рубежом.

Страховой случай – обращение застрахованного гражданина в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой ОМС.

Тарифы страховых взносов устанавливаются ФЗ и в настоящее время составляют 2,8 % к фонду оплаты труда. В соответствии с Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов на ОМС страховые взносы в фонды ОМС обязаны платить все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности.

Освобождаются от уплаты страховых взносов на ОМС общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия и учреждения, созданные для осуществления уставных целей этих организаций.

Страховые взносы начисляются по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям в денежной и натуральной форме, в том числе по договорам гражданско-правового характера. Не надо платить взносы с выплат компенсационного характера, социальных пособий, единовременных поощрительных выплат, призовых наград, дивидендов и некоторых других.

Суммы начисленных взносов уплачиваются в фонды ОМС ежемесячно, не позднее 15-го числа следующего месяца. Сумма взносов в размере 2,0 % фонда оплаты труда перечисляется на счет Территориального ФОМС, а 0,8 % – на счет Федерального ФОМС.

Ежеквартально страхователи обязаны предоставлять в территориальный ФОМС (по месту регистрации) отчетные ведомости о начислении и уплате страховых взносов в срок не позднее 30-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За нарушение порядка уплаты страховых взносов применяются различные финансовые санкции:

- за отказ от регистрации в качестве страхователя – штраф в размере 10 %, причитающихся к уплате страховых взносов;

- за непредставление в указанные сроки расчетной ведомости по страховым взносам – штраф в том же размере с суммы начисленных за квартал взносов;
- в случае сокрытия или занижения сумм, на которые должны начисляться страховые взносы – штраф в размере страхового взноса с заниженной или сокрытой суммы, взимаемой сверх причитающегося платежа взносов с учетом пеней;
- за просрочку уплаты страховых взносов – пени за каждый день просрочки.

За неработающее население страховые взносы на ОМС обязаны платить органы исполнительной власти с учетом объемов территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. К неработающему населению относятся дети, учащиеся, инвалиды, пенсионеры, безработные.

Органы исполнительной власти обязаны перечислять средства на ОМС неработающего населения ежемесячно, не позднее 25-го числа, в размере 1/3 квартальной суммы средств, предусмотренных на указанные цели.

Глава 7

ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ), ИХ ФОРМИРОВАНИЕ И НАЗНАЧЕНИЕ

Фонды медицинского страхования (ст.12 ФЗ «О медицинском страховании граждан РФ») – самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

В основе положения о фондах лежит правовая конструкция, учитывающая мировой опыт наиболее эффективной защиты общественных средств от их нецелевого использования. По своему организационно-правовому статусу фонды ОМС являются юридическими лицами, и их средства отделены от средств государственного бюджета. В основе управления фондами лежат принципы управления публично-правового учреждения, т.е. руководство фондами осуществляется правлением и его постоянно действующим исполнительным органом – исполнительной дирекцией.

Фонды медицинского страхования формируются в страховых медицинских организациях за счет средств, получаемых от страховых взносов.

Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС, выравнивания финансовых ресурсов на ее проведение, для финансирования страховых организаций, для оказания медицинской помощи и иных услуг застрахованным в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования.

Создание фондов ОМС позволяет обеспечить необходимые финансовые условия для сохранения гарантированной (бесплатной) медицинской помощи гражданам. В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в народно-хозяйственном комплексе страны и отдельных ее регионах, и при необходимости в отдельных случаях используют средства бюджета здравоохранения на другие социальные нужды, фонды ОМС занимаются финансированием только медицинской помощи, тем самым гарантируя целевое их использование.

Фонды добровольного медицинского страхования предназначены для финансирования страховой организацией медицинских и иных услуг, оказываемых по данному виду страхования юридическими лицами, направляющими средства из прибыли на добровольное медицинское страхование работников предприятия, а также членов их семей и лиц, ушедших на пенсию с данного предприятия. Им предоставляются налоговые льготы в размере до 10 % от суммы, направленной из прибыли на эти цели.

7.1. Фонды территориальный и Федеральный

Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) – областное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, созданное для реализации государственной политики в системе ОМС, аккумуляции финансовых средств, поступающих от страхователей, финансирования и обеспечения финансовой устойчивости ОМС, выравнивания финансовых средств, обеспечения всеобщности государственной системы ОМС и предусмотренных действующим законодательством прав граждан в системе ОМС.

Территориальный фонд ОМС действует во всех субъектах РФ, создается соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ. Введение ОМС позволило создать основу для формирования системы защиты прав пациентов, осуществляемую территориальным фондом ОМС и его филиалами, а также страховыми медицинскими организациями. Состав правления территориального ФОМС утверждается законодательным органом субъекта РФ. Председатель избирается и утверждается законодательными органами. Организационная структура ТТФОМС представлена на рис. 5.



Рис. 5. Организационная структура ТТФОМС.

Функции ТФОМС:

1. Обеспечивает реализацию Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ», права граждан в системе ОМС, всеобщность обязательного медицинского страхования граждан в системе ОМС, финансовую устойчивость территориальной системы ОМС.
2. Аккумулирует финансовые средства ТФОМС на ОМС.
3. Осуществляет финансирование ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями, имеющими соответствующие лицензии по дифференцированным подушевым нормативам.
4. Выравнивает финансовые ресурсы городов и районов, направляемых на проведение ОМС.
5. Формирует финансовый резерв для обеспечения устойчивости ОМС.
6. Осуществляет другие мероприятия по организации ОМС.

Задачи ТФОМС:

1. Реализация закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
2. Обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС.
3. Обеспечение всеобщности ОМС подведомственной территории в виде страхования всего зарегистрированного населения, подлежащего ОМС.
4. Достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС.
5. Обеспечение финансовой стабильности системы ОМС.

Федеральный Фонд ОМС (ФФОМС) является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, самостоятельным юридическим лицом и подотчетен Парламенту и Правительству, осуществляет свою деятельность в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857 «Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования» и обеспечивает реализацию Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» от 28.06.1991 г. № 1499-1 в редакции Закона РФ от 02.04.1993 г. № 4741-1, в которых излагаются права граждан в системе обязательного медицинского страхования; достижение социальной справедливости и равенства граждан в системе ОМС; участвует в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области ОМС и комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и созданию условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ. Организационная структура ФФОМС представлена на рис. 6.



Рис. 6 Организационная структура федерального фонда ОМС.

Управление Федеральным фондом ОМС осуществляется коллегиальным органом – правлением и постоянно действующим исполнительным органом – исполнительной дирекцией. Состав правления Федерального фонда ОМС утверждается Правительством Российской Федерации. Председателем правления Федерального фонда ОМС является Министр здравоохранения и социального развития РФ. Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России и дотирует территориальные фонды ОМС при недостатке у них средств, вызванным объективными причинами (тяжелое состояние экономики региона, большая доля лиц старших возрастов, особенности структуры и уровня заболеваемости и др.)

В целях реализации прав граждан в системе ОМС при ФФОМС проводится следующая работа (задачи ФФОМС):

- Работает Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав граждан в системе ОМС.
- Федеральный фонд разрабатывает и направляет в территориальные фонды ОМС Всероссийский регистр внештатных врачей – экспертов,

привлекаемых страховщиками к вневедомственной экспертизе качества медицинской помощи.

- Организована система межтерриториальных взаиморасчетов (между территориальными фондами ОМС) на медицинскую помощь, оказываемую гражданам.
- Организована работа с обращениями граждан.
- Сформирована и развивается система вневедомственного контроля качества медицинской помощи.
- Организована система защиты прав застрахованных граждан, предусмотренных действующим законодательством.
- Проводится работа по предъявлению регрессных исков для возмещения затрат на медицинскую помощь, оказанную лицам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц.

Функции ФФОМС:

1. Выравнивает условия деятельности ТФОМС по обеспечению финансирования программ ОМС.
2. Финансирует целевые программы в рамках ОМС;
3. Организует разработку нормативно-методических документов, обеспечивающих реализацию Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ», утверждает «Типовые правила ОМС граждан».
4. Проводит сбор и анализ информации о финансовых ресурсах ОМС.
5. Контролирует рациональное использование финансовых средств ОМС.
6. Аккумулирует финансовые средства ФФОМС и осуществляет финансово-кредитную деятельность для выполнения задач, предусмотренных Положением о ФФОМС.
7. Осуществляет другие мероприятия по вопросам, относящимся к ОМС.

7.2. Федеральная (базовая) и территориальная программы ОМС. Принципы формирования Федеральной и территориальной программ госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению

Базовая программа ОМС составляется и утверждается на федеральном уровне и является основополагающим документом, составленным на основании принятого Правительством Российской Федерации от 11.09.1998г. № 1096 постановления «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 г. № 1194 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью», Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.11.2000 г. № 907 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью».

Базовую программу ОМС разрабатывает Министерство здравоохранения и социального развития РФ совместно с Федеральным фондом ОМС и утверждает Правительство РФ. Целью программы является обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого денежных средств из всех источников финансирования. На основе этой программы органы управления субъектов федерации утверждают областные (территориальную программу) ОМС, руководствуясь также «Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальной программы, государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальной программой, не могут быть меньше установленных в базовой программе с учетом особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения и специфики организации медицинской помощи; определяющих перечень видов и объемов медицинской помощи, финансируемых за счет средств ОМС, а также порядок и условия предоставления лечебно-профилактической помощи в медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС.

Областная программа разрабатывается органом управления здравоохранением, Фондом ОМС и утверждается Главой Администрации (Губернатором) области. Областная программа ОМС реализуется в соответствии с Тарифным соглашением об оплате медицинской помощи в системе ОМС, утвержденным Согласительной комиссией по тарифам в системе ОМС. С момента утверждения Программы губернатор принимает на себя и управление здравоохранением, и всю ответственность за предоставление населению бесплатной медицинской помощи по видам и объемам, оговоренным в ней. Медицинские услуги, не предусмотренные территориальной программой ОМС, могут оказываться на платной основе в рамках добровольного медицинского страхования.

Принципы формирования Федеральной (базовой) и территориальной программ госгарантий:

1. Обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения.
2. Обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи федеральным нормативам и стандартам оказания медицинской помощи предусмотренных Программой госгарантий.
3. Научное обоснование необходимых материальных, кадровых и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи.
4. Соответствие мощности учреждений здравоохранения территории планируемыми объемам медицинской помощи.
5. Сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств.

6. Повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения, основанного на потребности населения в оказании медицинской помощи и внедрении ресурсосберегающих медицинских технологий.

В соответствии с базовой Программой установлен **перечень видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно:**

- скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни и здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапным заболеванием, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, отравлениями, осложнениями беременности и при родах;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний, как в поликлинике, так и на дому;
- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медикаментозного лечения, наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;
- при патологии беременности, родах и абортах;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима.

Подробный перечень мероприятий, включенных в базовую программу ОМС, разрабатывается, исходя из реальных социально-экономических условий и социального развития Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральным фондом ОМС, Министерством финансов с участием профсоюзов.

Глава 8

СООТНОШЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

В соответствии со ст. 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»

ОМС является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, именно формой, то есть способом и средствами осуществления данной социальной защиты. В этом же законе дана и общая характеристика этого способа и средств, о чем подробно изложено в предыдущих главах.

Способ социальной защиты, т.е. соответствующие действия, представляющие собой реализацию прав и обязанностей участников ОМС в соответствии со ст. 4, 6, 9, 12, 17, 22, 23 и др., а также иными нормами закона «О медицинском страховании граждан в РФ».

Понятие социальной защиты пришло в российское право из международных правовых актов. При этом содержание данного понятия в российском праве имеет определенные отличия от того содержания, которое устанавливается в международных правовых актах.

Термин «социальная защита» («социальная безопасность») был впервые применен в законодательстве США, в Законе по социальной безопасности 1935 г. Принятие данного закона стимулировало разработку программ помощи престарелым, нетрудоспособным и безработным. Чуть позже, в 1938 г. данный термин был применен в законодательном акте Новой Зеландии и вскоре быстро нашел широкое распространение в Международной организации труда (МОТ), так как просто и доходчиво выражал смысл возникших в обществе серьезных проблем и имеющихся у значительных слоев населения различных стран ожиданий в социальной сфере. В последующем рамки данного понятия были значительно расширены в ходе разработки и принятия конвенций и рекомендаций МОТ, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и МАСО по социальному страхованию и обеспечению, по гарантиям минимальных доходов работающим при наступлении нетрудоспособности, а также по гарантиям в области охраны труда и заработной платы.

В настоящее время под социальной защитой понимается всеобщая базовая социальная поддержка, которая предоставляется всем гражданам независимо как от размера передаваемых ими на эти цели средств, так и от продолжительности их трудового стажа. Право же на социальную защиту рассматривается как одно из основных прав человека, а содержание этого права измеряется благосостоянием и благополучием людей.

Нормой п. 11 части 1 Европейской Социальной Хартии от 18 октября 1961 г. установлено, что каждый человек имеет право пользоваться всеми средствами, способствующими достижению им наилучшего из возможных для него состояний здоровья. Нормой п. 12 части 1 Европейской Социальной Хартии от 18 октября 1961 г. установлено, что все трудящиеся и их иждивенцы имеют право на социальное обеспечение. Нормой п. 13 части 1 этого международного правового акта установлено, что каждый человек, не имеющий достаточных средств к существованию, обладает правом на социальную и медицинскую помощь. Кроме того, нормой п. 16 части 1 Европейской Социальной Хартии устанавливается, что семья, как основная ячейка общества, имеет право на соответствующую социальную защиту в целях ее всестороннего развития. В соответствии с Европейской Социальной Хартией социальная защита рассматривается как мера, обеспечивающая право на развитие.

Так, например, во Всеобщей декларации прав человека нормам, относящимся к социальному обеспечению, посвящена специальная статья (22), а нормам, закрепляющим право на медицинский уход, ст. 25, где точно так же, как и в Европейской Социальной Хартии, разграничивается право на медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, с одной стороны, и право на социальное обеспечение – с другой. В соответствии со ст. 22 Всеобщей декларации прав и гражданина и ст. 9 Международного пакта об экономических социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г. социальное страхование является одним из видов социального обеспечения.

Нормы и принципы данных международных договоров, ратифицированных еще в СССР, на основании п. 4 ст. 15 Конституции РФ являются составной частью правовой системы России. И если этими международными договорами Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международных договоров. Однако нормы международного права не имеют преимущества перед нормами Конституции, в ряде случаев в нормах Конституции может быть закреплена точка зрения, не совпадающая с той, что содержится в некоторых нормах международного права. В России в соответствии с ч. 2 ст. 7 Конституции государственные пенсии, пособия и т. п. именуется гарантиями социальной защиты.

Основу современной социальной защиты в соответствии с международными правовыми актами МОТ составляют 9 приоритетных видов социальных пособий: медицинское обслуживание, пособие по болезни, пособие по безработице, пособие по старости, пособие в связи с несчастными случаями на производстве, пособия семьям, имеющих детей, пособие по беременности и родам, пособия по инвалидности и в случае потери кормильца.

Система ОМС представляет собой механизм для защиты интересов всех категорий граждан при нарушении здоровья, которому присущи черты отличные от классического социального обеспечения.

Вместе с тем следует отметить, что в Конституции РФ практически разделены понятия социальной защиты (социального обеспечения, социального

страхования) и охраны здоровья (здравоохранения, медицинской помощи). Медицинская помощь является практически единственным широко используемым пособием, которое предоставляется в натуральной форме (оказанием медицинских услуг). Поэтому система ОМС в России является особой формой защиты интересов граждан в получении бесплатной медицинской помощи, отличной от социального страхования в узком смысле слова. Соответствующие механизмы деятельности этой системы представлены в предыдущих главах настоящего пособия.

8.1. Понятие – социальная защита, ее принципы

Социальная защита – это сложная система, создаваемая с целью улучшения здоровья нации, решения социальных проблем ненасильственными методами. По определению Всемирной организации здравоохранения, «здоровье – это состояние полного физического и социального благополучия человека, динамическое состояние ума, характеризующееся некоторой психической гармонией между спросом, потребностями и возможностями, которые предъявляет окружающая среда». Здоровье характеризуется рядом параметров, важнейшими из которых являются продолжительность жизни населения.

Число рисков, угрожающих обществу и отдельному человеку, достаточно велико. Риск носит финансовый, экономический и социальный характер. Это требует общественных форм защиты от любых социальных рисков.

В советской России проводилась социальная политика по защите социальных интересов граждан по вопросам социального обеспечения, основанного на бюджетно-налоговых поступлениях. Переход к рыночной экономике потребовал глубоких реформ не только в экономике, но и в социальной политике.

В настоящее время социальное реформирование социальной защиты осуществляется в направлении приспособления ее к рыночным условиям. Целью реформирования является повышение качества жизни, здоровья нации, повышение трудоспособности, обеспечение достойной жизни человека в старости.

Принципы социальной защиты и социальной помощи:

- адресность;
- доступность;
- добровольность;
- гуманность;
- приоритетность предоставления социальных услуг несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- конфиденциальность;
- профилактическая направленность.

8.2. Механизмы общественного воздействия (управления) на социальную защиту населения

Система социальной защиты требует определенного, достаточно высокого уровня организации общественного сознания. Среди механизмов общественного воздействия (управления) на социальную защиту можно выделить следующие:

* Предупреждение (устранение) риска, что предполагает исключение источника риска в различных целенаправленных действиях субъекта. В социальном риске действия субъекта, направленного на поддержание первичного трудового дохода как основного источника совокупного дохода.

* Снижение (контроль) риска предполагает снижение вероятности реализации источника действий субъекта риска. Снижение риска может осуществляться методами распределения (диверсификации) риска между субъектами риска. Разновидностью этого метода является передача риска, обеспечивающая компенсацию риска пропорционально вкладу.

* Поглощение риска – принятие его без дополнительных мер предупреждения (прямое финансирование обществом компенсации последствий риска в зависимости от степени риска и установленных размеров общественных гарантий).

В зависимости от субъектов, участвующих в воздействии на социальные риски, выделяют **три уровня социальной защиты**:

1. Государственный (перераспределение происходит на уровне всего общества) представлен государственным социальным обеспечением, страхованием и налоговыми льготами на доходы лиц, имеющих социальный риск.

2. Коллективный (корпоративный) уровень, в рамках которого происходит перераспределение дохода внутри определенной группы населения, трудовых коллективов. Этот уровень представлен корпоративным социальным обеспечением, личным страхованием с участием работодателя.

3. Индивидуальный. Перераспределение дохода осуществляется в виде материального обеспечения индивидуальных лиц в соответствии с потребностями и возможностями отдельных субъектов (личные сбережения, личное страхование в индивидуальном порядке).

В развитых странах происходят изменения в традиционных подходах к государственному регулированию социальной сферы, и наблюдается общее снижение обеспечения по сравнению с базовым растущим уровнем жизни. При этом предпринимаются шаги дополнить прямое обязательное перераспределение доходов за счет налоговой (бюджетной) системы уплаты общественных страховых взносов косвенным регулированием. В итоге в структуре источников средств на социальные расходы в зарубежных странах доля госбюджета предпринимателей (работодателей) имеет тенденцию к снижению и, наоборот, доля взносов растет, и иные поступления от доходов и капитала имеют тенденцию к повышению, что возможно при достижении достаточно высокого уровня жизни.

Глава 9

ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ И АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В системе ОМС основанием для оказания медицинских услуг является «Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию» (ст. 23. Закона ОМС). Исполнителем по данному договору является ЛПУ, а заказчиком – СМО (ТФОМС с функциями страховщика). Для занятия медицинской деятельностью физическим и юридическим лицам (исполнителям) необходимо иметь разрешение (лицензию). В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (ст.54) и ФЗ «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (ст. 2, 20) оказанием медицинской помощи в системе ОМС могут заниматься те ЛПУ, которые имеют лицензию на осуществление ими определенных видов деятельности и услуг по программам ОМС.

Лицензирование – один из механизмов в системе государственного регулирования деятельности в сфере здравоохранения и социального развития.

Положение о лицензировании медицинской деятельности утверждено Постановлением Правительства РФ от 25.03.1996 г. за № 350. Оно определило порядок и условия выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Лицензирование в сфере здравоохранения и социального развития имеет две принципиальные особенности. Критерии, определяющие лицензирование видов деятельности в указанной сфере, связаны со здоровьем граждан. В этих видах деятельности взаимодействуют между собой государство в лице федеральных и региональных органов исполнительной власти и субъекты фармацевтического рынка, рынка медицинских и социальных услуг.

Другой особенностью является выраженная социальная значимость видов деятельности, на которые необходимо получить лицензию. Таким образом, роль государственного регулирования в этой сфере оценивается как значительная и многоплановая. В связи с тем, что лицензирование подразумевает ограничение прав личности на осуществление тех или иных действий, методы и формы государственного надзора и контроля лицензиатов в этой сфере должны быть четкими и идентичными на всей территории Российской Федерации.

Механизм лицензирования, как элемент государственного регулирования отношений в ограниченном числе видов деятельности базируется на законодательных и разработанных на их основе подзаконных актах. Ведомственные нормативные акты, как правило, конкретизируют (устанавливают) требования и условия лицензируемого вида деятельности.

9.1. Основные понятия, применяемые при осуществлении лицензирования

Лицензия – специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю.

Лицензируемый вид деятельности – вид деятельности, на осуществление которого на территории Российской Федерации требуется получение лицензии в соответствии с действующим законодательством.

Лицензирование – мероприятия, связанные с предоставлением лицензий, переоформлением документов, подтверждающих наличие лицензий, приостановлением и возобновлением действия лицензий, аннулированием лицензий и контролем лицензирующих органов за соблюдением лицензиатами при осуществлении лицензируемых видов деятельности соответствующих лицензионных требований и условий.

Лицензионные требования и условия – совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности.

Лицензирующие органы – федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие лицензирование в соответствии с действующим законодательством.

Лицензиат – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию на осуществление конкретного вида деятельности.

Соискатель лицензии – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившиеся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии на осуществление конкретного вида деятельности.

Реестр лицензий – совокупность данных о предоставлении лицензий, переоформление документов, подтверждающих наличие лицензий, приостановлении и возобновлении действия лицензий и об аннулировании лицензий.

Сертификация – процесс, определяющий готовность специалиста к самостоятельной деятельности по избранной специальности в соответствии с государственными образовательными стандартами.

9.2. Основные принципы осуществления лицензирования

Основными принципами осуществления лицензирования являются:

- обеспечение единства экономического пространства на территории Российской Федерации;
- установление единого перечня лицензируемых видов деятельности;

- установление единого порядка лицензирования на территории Российской Федерации;
- установление лицензионных требований и условий положениями о лицензировании конкретных видов деятельности;
- гласность и открытость лицензирования;
- соблюдение законности при осуществлении лицензирования.

9.3. Этапы лицензирования

I этап: представление соискателем лицензии документов в лицензирующий орган

Соискатель лицензии подает в лицензирующий орган:

1. Заявление о выдаче лицензии (с момента подачи заявления юридическое лицо или индивидуальный предприниматель считается соискателем лицензии). В лицензии соискатель лицензии указывает виды медицинской деятельности, которые планируется осуществлять, и срок, в течение которого будет осуществляться медицинская деятельность. В законе «О лицензировании отдельных видов деятельности» указывается срок действия лицензии, который составляет 5 лет.
2. Копию свидетельства о государственной регистрации в качестве юридического лица или индивидуального предпринимателя.
3. Копии учредительных документов (для юридических лиц). Согласно Гражданскому кодексу, коммерческие организации могут осуществлять все виды деятельности, не запрещенные законом, даже если указанные виды не указаны в Уставе коммерческой организации.
4. Копию свидетельства о постановке соискателя на налоговый учет.
5. Документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора за рассмотрение лицензионным органом заявления о предоставлении лицензии.
6. Сведения о квалификации работников соискателя лицензии.
7. Сведения о материально-техническом оснащении. В современных условиях результаты лечения во многом определяются используемыми современными медицинскими технологиями. Без наличия соответствующего оборудования невозможно осуществление практически всех видов медицинской деятельности. Важным представляется оценка степени износа данного оборудования, пригодности его использования. Согласно Федеральному закону «О единстве измерения» все оборудование проходит ежегодную проверку.
8. Сведения об организационно-технических возможностях. Медицинская помощь должна быть безопасной, что достигается соответствием кадров и оборудования в санитарно-эпидемиологическом и противопожарном аспектах. Поэтому соискатели представляют в лицензирующий орган заключения Госсанэпиднадзора и Госпожарнадзора.

9. Сведения о нормативно-методическом обеспечении деятельности, включающие все законодательные и нормативные акты, инструкции, приказы и положения по данному медицинскому учреждению и т.д.
10. Копии документов, подтверждающих право пользования помещениями, в которых будет осуществляться лицензируемая деятельность, и копия поэтажного плана указанных помещений, выданная органом технической инвентаризации.
11. Копию аккредитационного сертификата.

II этап лицензирования: проведение проверки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям.

В течение этого этапа проводятся изучение и анализ представленных документов.

III этап лицензирования: принятие лицензирующим органом решения о выдаче или отказе в выдаче лицензии.

Решение лицензирующего органа оформляется приказом в течение 30 дней с момента подачи соискателем всех необходимых документов.

IV этап лицензирования: уведомление соискателя лицензии о принятом решении.

Лицензирующий орган обязан уведомить соискателя лицензии в трехдневный срок после принятия решения. Уведомление об отказе в выдаче лицензии направляется (вручается) в письменной форме с указанием причин отказа. Основанием для отказа в выдаче лицензии являются:

- наличие в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной или искаженной информации;
- несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям.

V этап лицензирования (в случае отказа): проведение независимой экспертизы.

В этом случае представители лицензирующего органа не входят в состав экспертной группы.

VI этап лицензирования (в случае отказа): судебное разбирательство.

Соискатель лицензии вправе обжаловать принятое решение в судебном порядке.

V этап (в случае положительного решения): оплата соискателем лицензионного сбора за представление лицензии.

Лицензионный сбор оплачивается в бюджет. В случае неуплаты соискателем лицензии лицензионный орган вправе аннулировать лицензию.

VII этап лицензирования (в случае положительного решения): выдача лицензии.

Лицензирующий орган обязан выдать лицензию в течение трех дней с указанием вида медицинской деятельности, разрешенного к осуществлению.

9.4. Контроль за деятельностью лицензиатов

Лицензирующий орган является контролирующим органом и вправе проводить проверки, продолжительность которых не должна превышать 15 дней. Существуют 3 вида проверок:

- 1) плановые проверки, проводятся не чаще одного раза в 2 года;
- 2) внеплановые проверки по жалобам граждан, организаций и обращениям других контрольных и надзорных органов;
- 3) поисковый контроль – установление факта деятельности организаций без лицензии или с окончанием срока действия лицензии, для последующего уведомления налоговых и правоохранительных органов.

Лицензиат обязан обеспечить условия для проведения проверки, в том числе представлять необходимую информацию и документы.

По результатам проверки оформляется акт с указанием конкретных нарушений, который подписывается всеми членами комиссии:

- выносить решения, обязывающие лицензиата устранить выявленные нарушения, устанавливать сроки устранения нарушений;
- выносить предупреждения лицензиату;
- приостановить действие лицензии;
- направить в суд заявление об аннулировании лицензии.

Аннулирование лицензии возможно только в судебном порядке.

Лицензирующий орган, приостановивший действие лицензии, принимает решение о возобновлении ее действия и сообщает об этом в письменном виде лицензиату в течение трех дней после получения соответствующего уведомления и проверки устранения лицензиатом нарушений, повлекших за собой приостановление действия лицензии. Плата за возобновление действия лицензии не взимается. Срок действия лицензии на время приостановления ее действия не продлевается.

9.5. Порядок продления срока действия лицензии

Порядок продления срока действия лицензии на осуществление медицинской деятельности аналогичен порядку его выдачи. В случае, если за время действия лицензии не зафиксированы нарушения лицензионных требований и условий, продление срока действия лицензии осуществляется в порядке, установленном для его переоформления.

Лицензия теряет юридическую силу в случае ликвидации юридического лица или прекращения его деятельности в результате реорганизации, за исключением его преобразования, либо прекращения действия свидетельства о государственной регистрации граждан в качестве индивидуального предпринимателя.

9.6. Лицензирующие органы

Лицензирующим органом является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, которая находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

В субъектах РФ созданы территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Управления Росздравнадзора).

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 205 «Об утверждении Положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту РФ», управление Росздравнадзора по субъекту РФ осуществляет выдачу лицензий на медицинскую деятельность (за исключением медицинских учреждений республиканского, краевого и областного подчинения, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, РАН, РАМН, Федерального медико-биологического агентства, Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», а также другой ведомственной принадлежности, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, медицинских учреждений центрального и окружного подчинения Минобороны России, Министерства внутренних дел России, Федеральной службы безопасности России).

9.7. Аккредитация медицинских учреждений. Этапы прохождения аккредитации

Аккредитация медицинских учреждений – определение соответствия деятельности юридического лица или индивидуального предпринимателя установленным государственным (профессиональным) стандартам (ст.21 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

По результатам аккредитации территориальными аккредитационными комиссиями, создаваемыми органами управления здравоохранения, выдается государственный документ – **сертификат соответствия**.

В ряде субъектов РФ аккредитация по сути заменяет проведение проверки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям (2 этап лицензирования). В других субъектах эти процедуры идут параллельно. В любом случае результатом проведения аккредитации является определение лечебных и диагностических возможностей медицинского учреждения путем установления:

1. Перечня манипуляций и услуг, которые разрешено осуществлять данному учреждению или категории больных, которых разрешено лечить в данном учреждении.

2. Аккредитации категории учреждения. В основу аккредитации положены специально разработанные территориальные «Программы аккредитации» по

медицинским, фармацевтическим учреждениям и предприятиям всех профилей и специальностей.

Этапы прохождения аккредитации

1. Этапы самооценки деятельности подразделения, которая проводится руководителем аккредитируемого подразделения.
2. Этапы экспертной оценки группой экспертов, которые проводят проверку данных и заключений самооценки, отражают свое мнение, оценивая соответствие условий оказания помощи в данном ЛПУ требованиям «Программы аккредитации» и формируют заключение по результатам экспертизы, которое выносится на заседание Комиссии.
3. Решение Комиссии.
4. Выдача или отказ в выдаче сертификата.

9.8. Перечень основных федеральных нормативных правовых актов, регулирующих лицензирование медицинской деятельности

1. Федеральный закон от 08.08.2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями от 13, 21 марта, 9 декабря 2002 г., 10 января, 27 февраля, 11, 26 марта 2003 г.).
2. Федеральный закон от 25.03.1996 г. № 350 «Положение о лицензировании медицинской деятельности».
3. Федеральный закон от 28.07.1991 г. № 1499-1-ФЗ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 г. № 4741-1; Указ Президента РФ от 24.12.1993 г. № 2288; Федеральный закон от 01.07.1994 г. № 9-ФЗ).
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изменениями и дополнениями от 24 декабря 1993 г., 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г.)
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 11.02.2002 г. № 135 «О лицензировании отдельных видов деятельности».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2002 г. № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности (с изменениями и дополнениями от 3 октября 2002 г.).
7. Приказ Минздрава РФ от 26.07.2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе в сфере здравоохранения и социального развития».
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 205 « Об утверждении Положения о территориальном органе Федеральной службы

по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту РФ».

10. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 25.02.2004 г. № 107 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения».
12. Приказ МЗ РФ от 27.08.1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ» (доп. от 21.03.2003 г. № 115, от 05.01.2004 г. № 36).
13. Приказ МЗ РФ от 19.08.1997 г. № 249 «О номенклатуре среднего медицинского и фармацевтического персонала».
14. Постановление Правительства РФ от 26.06.1995 г. № 610 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов».

ПРИЛОЖЕНИЕ

ЛИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ

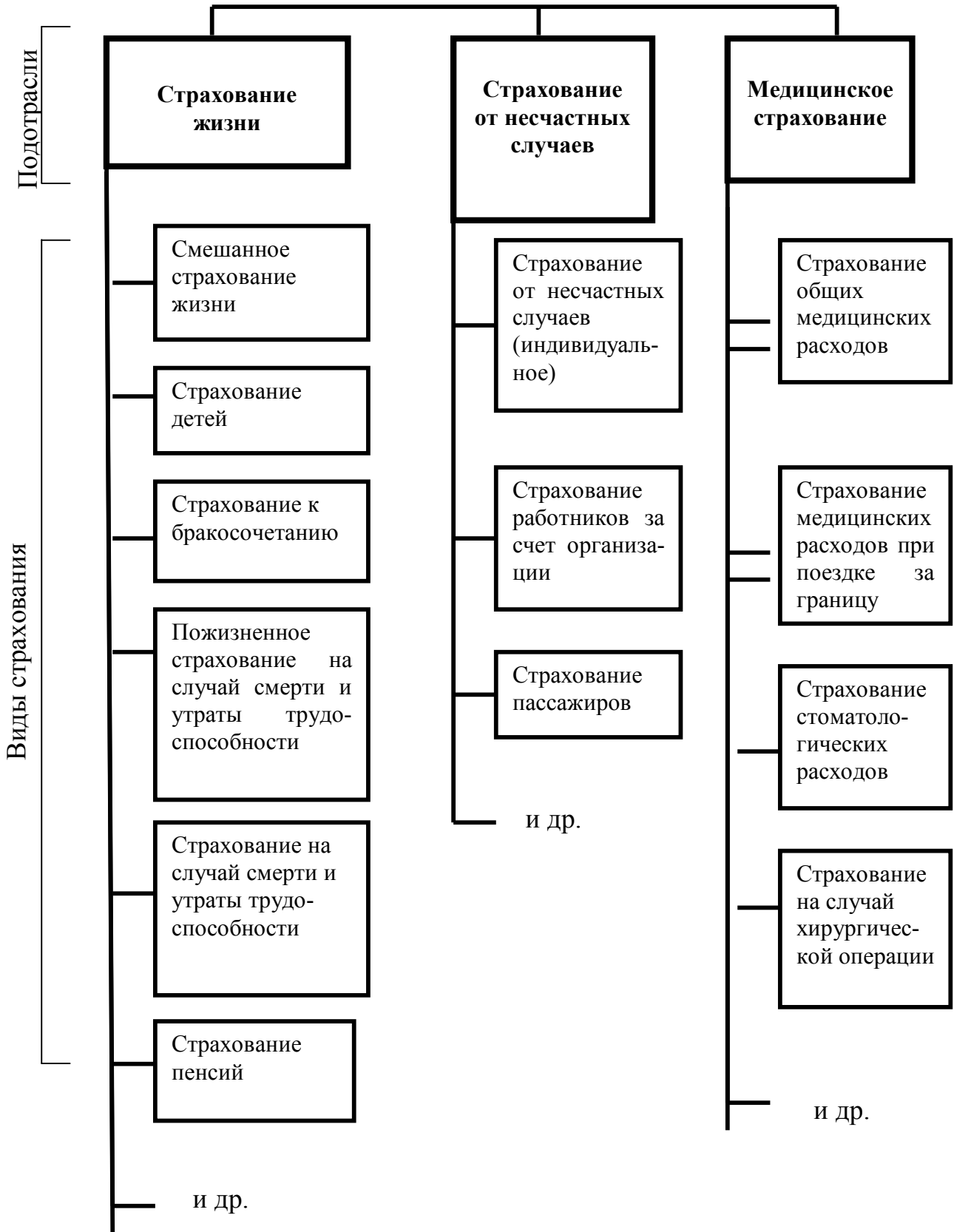


Рис. 1 Личное страхование

ИМУЩЕСТВЕННОЕ СТРАХОВАНИЕ

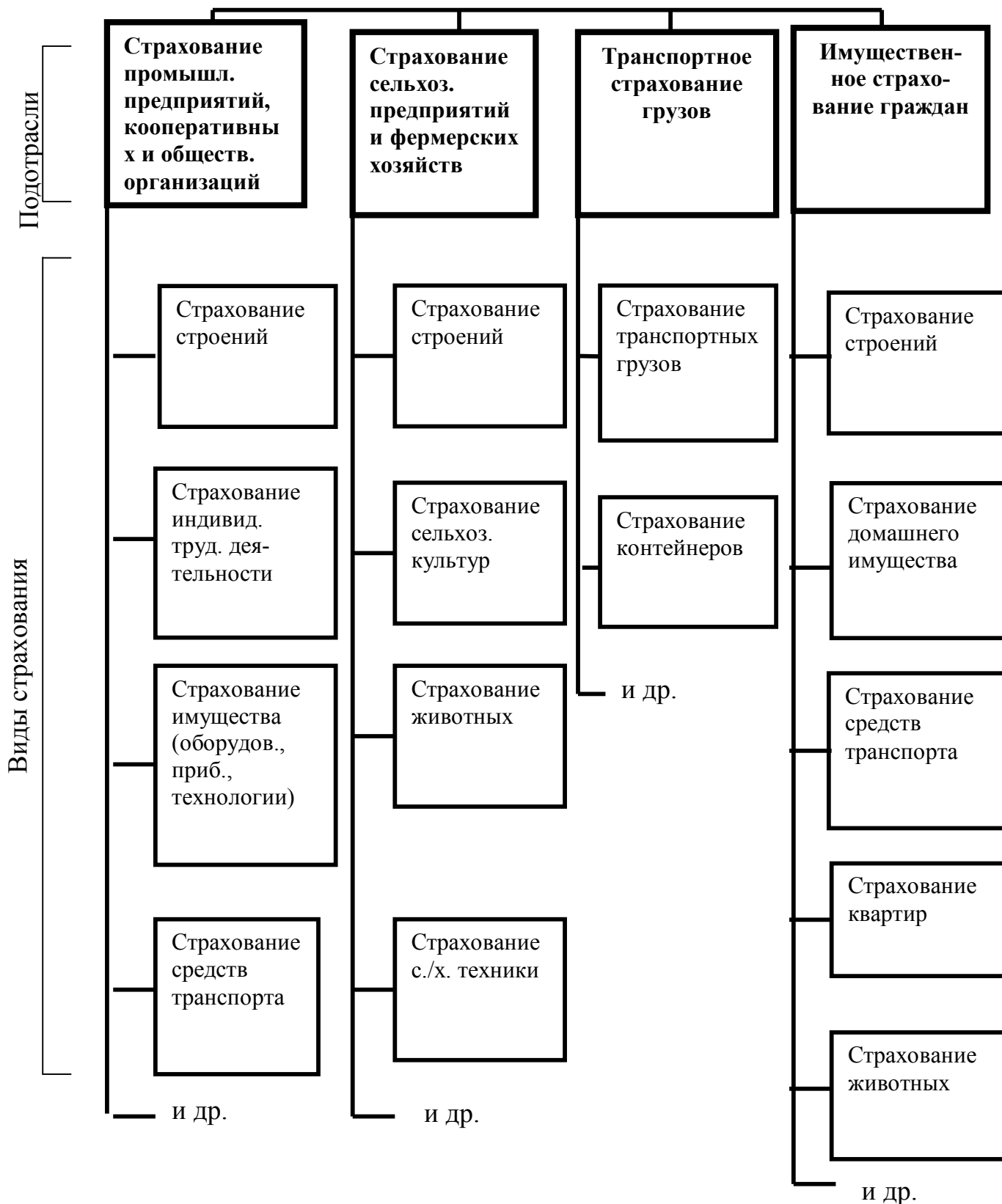


Рис. 2 Имущественное страхование

Рис. 3 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СУБЪЕКТАМИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Рис. 4 СХЕМА ДВИЖЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ В СИСТЕМЕ ОМС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

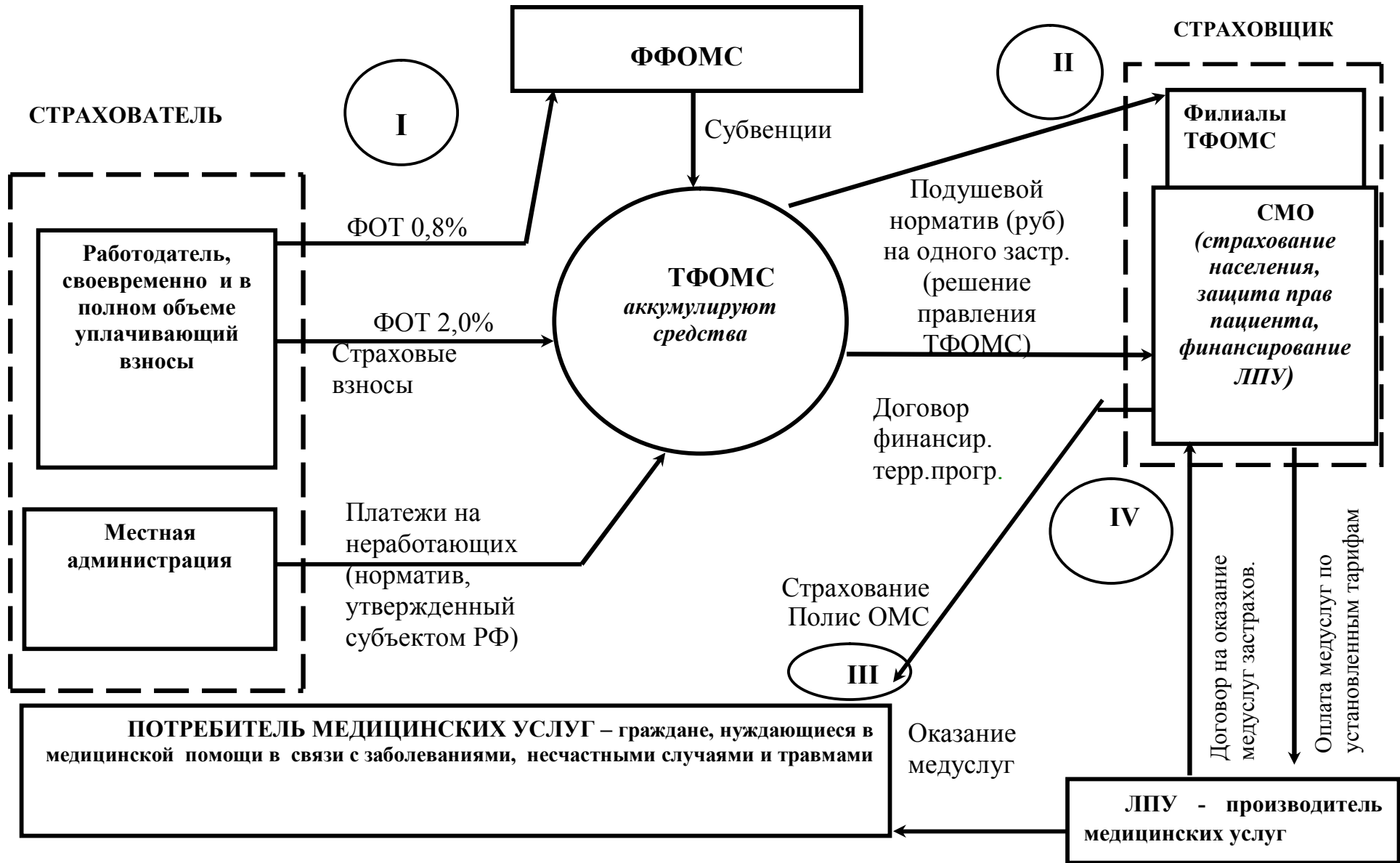


Таблица 1

**Сравнительная характеристика обязательной
и добровольной форм медицинского страхования**

Признаки сравнения	Добровольная форма	Обязательная форма
Основные цели	Защита частных интересов профессиональных лиц	Защита интересов партнеров (клиентов), профессиональных лиц
Задачи страхования	Коммерческие, социальные	Государственные, экономические, социальные
Характер охвата	Индивидуальное или групповое	Всеобщее или массовое
Принципы организации	Эквивалентность	Солидарность, субсидиарность
Правила и условия страхования определяются	Страховыми организациями, договором между страхователем и страховщиком	Государством
Юрисдикция	Добровольное страхование	Обязательное страхование (установленное законом)
Плательщики страховых взносов	Профессиональные лица, их работодатели	Лица, на которых по закону возложена обязанность страхования
Действие при отсутствии взносов	Страховой защиты нет	Независимо от внесения взносов; в случаях их неуплаты они взыскиваются в судебном порядке
Система контроля за страхованием	Устанавливается договором между субъектами страхования	Определяется государственными органами
Размер выплат	В пределах страховой суммы	В пределах страховой суммы либо в установленных лимитах от размера убытков
Использование доходов	Для любой коммерческой и некоммерческой деятельности	Для инвестирования в основную (страховую) деятельность

Рис. 5 ТЕХНОЛОГИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

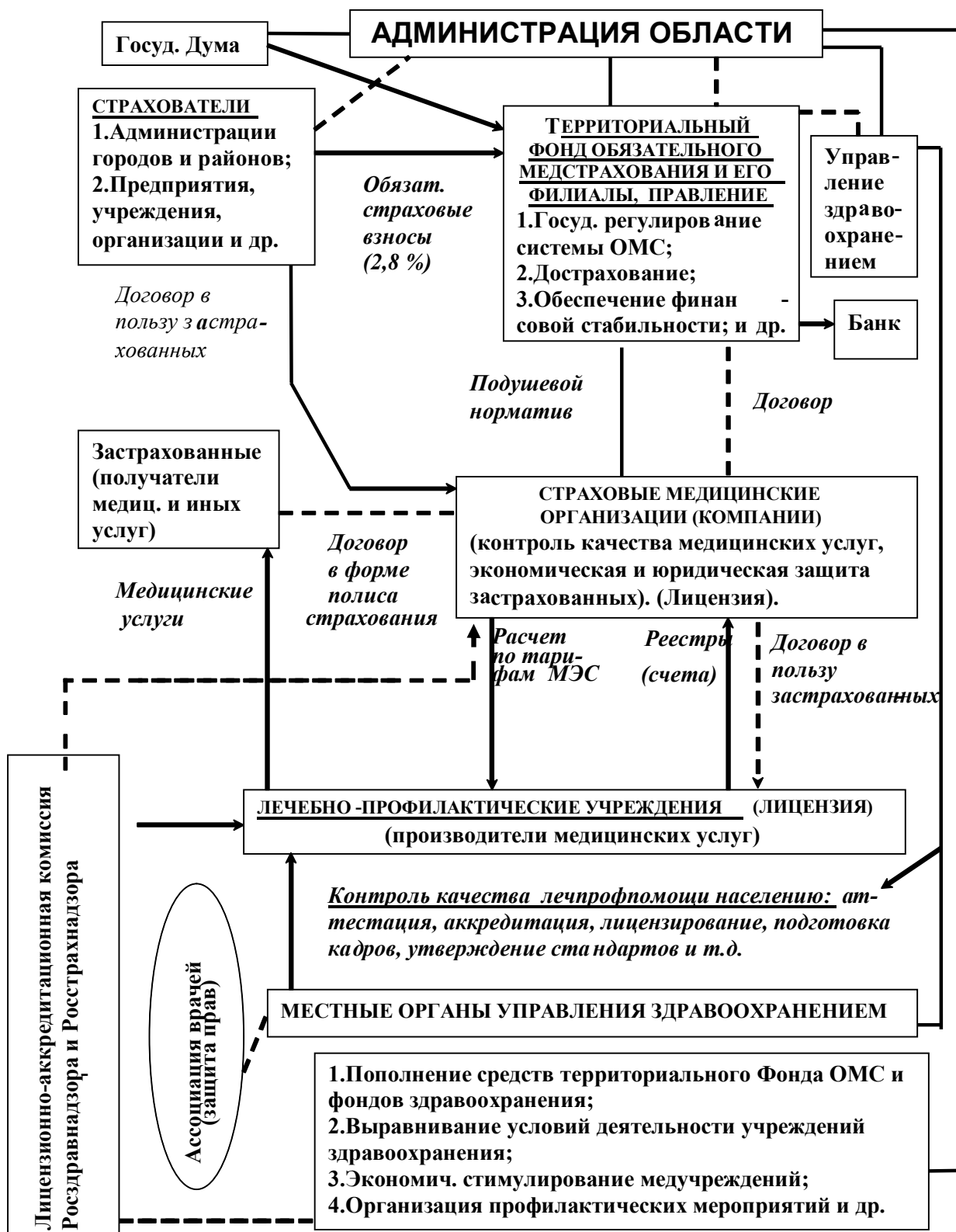


Рис. 6 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАЦИЕНТА С ЛПУ, ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ И БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВ ГРАЖДАНИНА НА ОКАЗАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

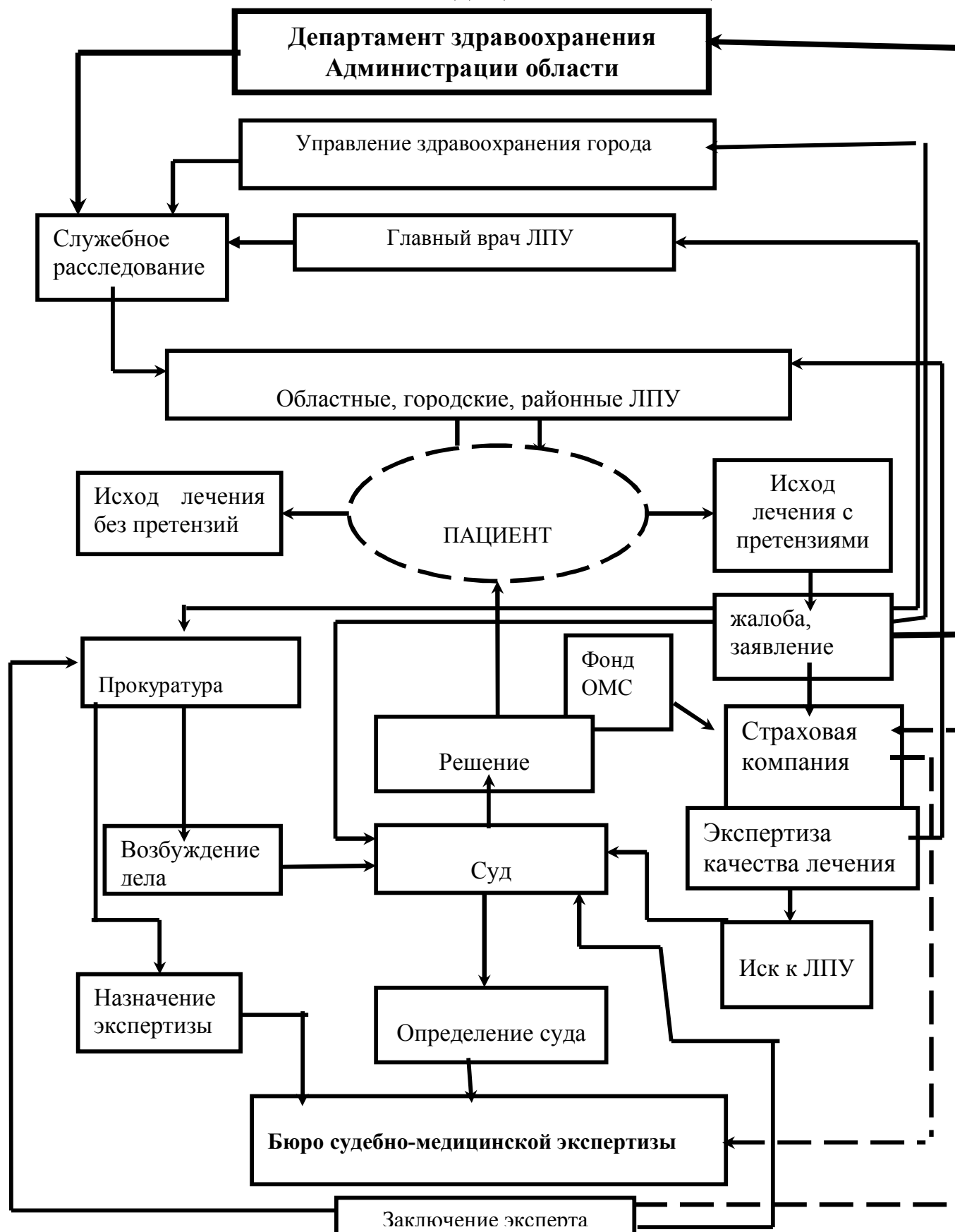
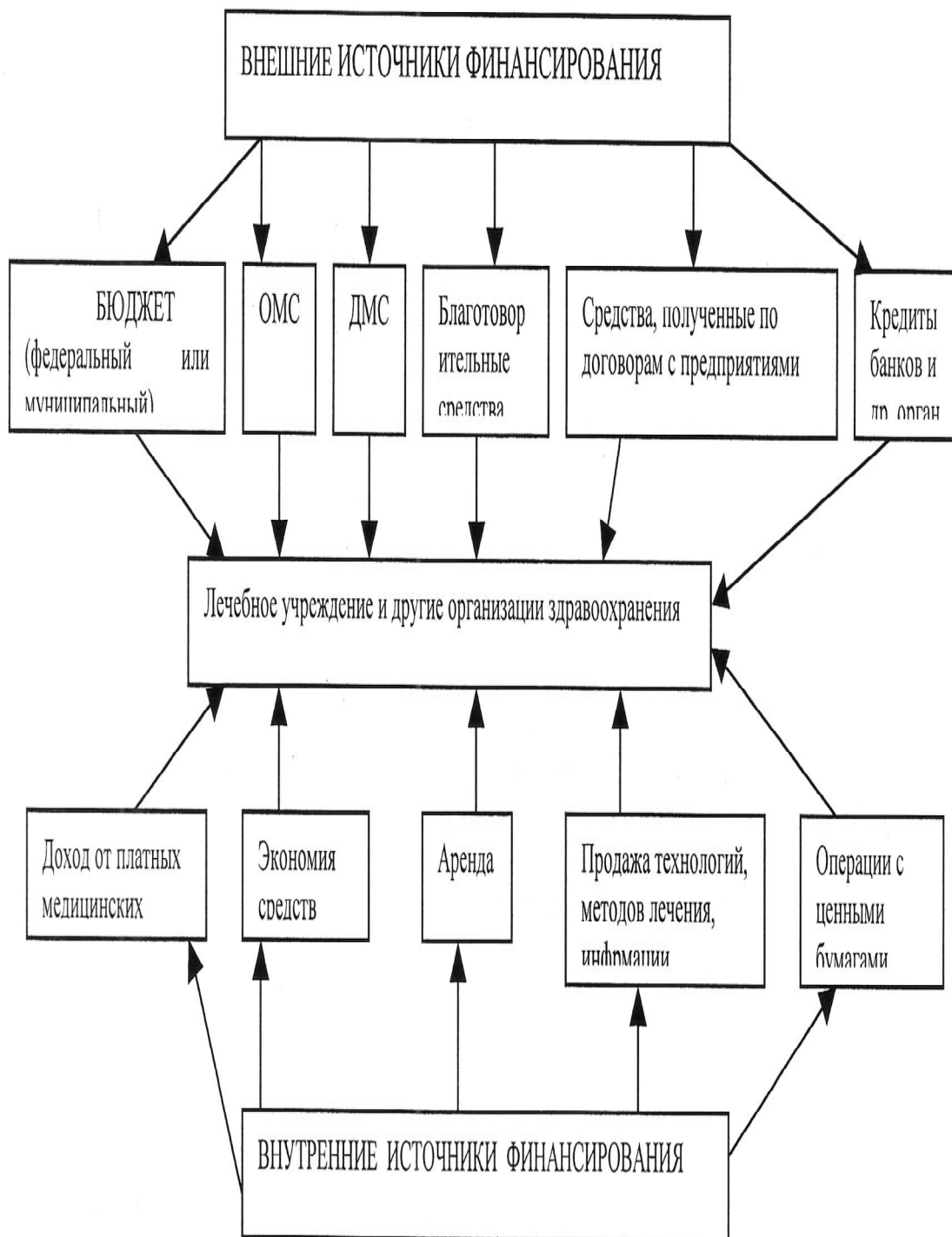


Рис. 7

Источники финансирования лечебных учреждений



**Вопросы для контроля уровня теоретических знаний
и практических навыков по теме:
«Система государственного социального
и медицинского страхования – основа социальной защиты
граждан Российской Федерации»**

1. Государственное социальное страхование: понятие, обеспечение, принципы, виды, бюджет.
2. Органы социального страхования, их структура и функции. Фонд социального страхования, его функции.
3. Социальное страхование на случай утраты трудоспособности.
4. Взаимодействие органов и учреждений здравоохранения с учреждениями социального страхования и социальной защиты населения.
5. Врачебно-трудова́я экспертиза: правовое обеспечение, виды нетрудоспособности граждан, понятия.
6. Состав, функции и задачи КЭК.
7. Кто возглавляет КЭК в поликлинике? Функциональные обязанности руководителя КЭК.
8. Порядок оформления листов нетрудоспособности и других документов.
9. Особенности оформления и правила выдачи листа нетрудоспособности:
 - при заболевании;
 - при травмах;
 - по уходу за больными членами семьи;
 - при санаторно-курортном лечении;
 - при протезировании;
 - при стационарном лечении;
 - по беременности и родам;
 - при аборте;
 - при карантине.
10. Определение, цели, краткая история развития медицинского страхования в РФ и за рубежом. Предпосылки и цель введения медицинского страхования в России на современном этапе. Принципы медицинского страхования.
11. Источники финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования.
12. Особенности и проблемы обязательного медицинского страхования в России. Добровольное медицинское страхование и его отличия от обязательного медицинского страхования.
13. Система медицинского страхования: понятие, правовое обеспечение, принципы и виды медицинского страхования. Законодательная база и правовое обеспечение медицинского страхования в Российской Федерации.
14. Фонды медицинского страхования (Территориальный и Федеральный): структура, функции, организация работы, учет и отчетность.
15. Программы медицинского страхования по ОМС и ДМС. Базовая и территориальные программы ОМС.

16. Тарифы на медицинские услуги, порядок их утверждения.
17. Финансовое обеспечение обязательного и добровольного медицинского страхования.
18. Программа государственных гарантий получения бесплатной квалифицированной медицинской помощи.
19. Объекты и субъекты медицинского страхования, права и обязанности субъектов медицинского страхования и их взаимодействие. Права и обязанности застрахованных. Страховой медицинский полис.
20. Страховая медицинская организация: структура, функции, организация работы, финансирование.
21. Права, обязательства, ответственность ЛПУ при оказании медицинской помощи по ОМС на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи по ОМС.
22. Содержание договоров по обязательному медицинскому страхованию граждан по оказанию медицинских услуг застрахованным, ответственность сторон за выполнение условий договора.
23. Права, обязательства, ответственность ЛПУ при оказании медицинской помощи по ОМС на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи по ОМС.
24. Правовая характеристика отношений, возникающих при оказании медицинской помощи при ОМС.
25. Понятие гражданско-правового договора возмездного оказания услуг (договор, услуга, медицинская услуга, особенности медицинской услуги).
26. Стороны договора, форма договора, права, обязанности и ответственность сторон.
27. Особенности правового регулирования отношений, возникающих при оказании платных медицинских услуг:
 - права медицинских учреждений в оказании платных медицинских услуг;
 - порядок оказания платных медицинских услуг (условия, виды, время оказания платных медицинских услуг, тарифы на платные услуги; учет финансовых средств, получаемых при оказании платных услуг).
28. Порядок заключения договоров на оказание платных медицинских услуг населению:
 - понятие договора на оказание платных услуг;
 - форма заключения договоров;
 - порядок заключения договоров;
 - содержание договора;
 - информация о предоставляемой медицинской услуге;
 - порядок оплаты услуг;
 - сроки оказания медицинской услуги;
 - порядок возмещения вреда;
 - порядок разрешения споров по поводу качества оказанных услуг;
 - порядок изменения и расторжения договора.
29. Что такое лицензирование? Дайте определение понятию «лицензионные условия».

30. Законодательная база лицензионной деятельности.

31. Кто и как проводит лицензирование медицинских учреждений?

32. Порядок получения лицензии лицензиатом в лицензионном органе:

- перечень документов для получения лицензии;
- порядок рассмотрения заявления и выдачи лицензии;
- основания для отказа в выдаче лицензии;
- продление срока действия лицензии;
- передача лицензии другому юридическому или физическому лицу;
- в случае реорганизации организации, изменения наименования юридического лица и др.;
- порядок переоформления лицензии;
- порядок прекращения действий и отзыв лицензии.

33. Что такое аккредитация медицинских учреждений и специалистов?

34. Кто и как проводит аккредитацию медицинских учреждений и специалистов?

Тесты по теме:
«Система государственного социального и медицинского страхования – основа социальной защиты граждан Российской Федерации»

001. Что такое социальное страхование?

- а) один из видов страхования в системе ОМС.
- б) один из видов в системе добровольного медицинского страхования.
- в) система, защищающая граждан от факторов социального риска и обеспечивающая материальную помощь при возникновении страхового случая.
- г) страхование на случай необходимости получения медпомощи, которая может осуществляться в материальном выражении.

002. В каких случаях осуществляется социальное страхование:

- а) болезни
- б) кражи
- в) несчастного случая
- г) смерти
- д) смерти родственников
- е) потери трудоспособности
- ж) стихийных бедствий
- з) безработицы
- и) переезда в другую местность
- к) старости
- л) материнства
- ж) все, кроме «д»

003. Укажите, какой процент отчисления производится в фонд ОМС:

- | | |
|----------|----------|
| А) 3,6 % | В) 2,8 % |
| Б) 5,4 % | Г) 4,0 % |

004. Что является единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности?

- а) каждый день нетрудоспособности в связи с заболеванием
- б) каждый случай нетрудоспособности в связи с заболеванием
- в) каждый случай обращения к врачу в связи с потерей трудоспособности
- г) каждый случай обращения к врачу по поводу заболевания
- д) каждый случай обращения к врачу или вызов на дом медработника по поводу заболевания

005. Каков средний уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности в случаях и днях на 100 работающих ?
- а) 20-30 случаев
 - б) 50-60 случаев
 - в) 80-100 случаев
 - г) 100-150 случаев
 - д) 120-130 случаев
 - е) 800-1000 дней
 - ж) 500-600 дней
 - з) 1000-1200 дней
 - и) 350-500 дней
 - к) 1500-2000 дней
006. По каким документам изучается заболеваемость с временной утратой трудоспособности?
- а) по отчетной форме 16- ВН
 - б) по журналу учета заболеваемости с временной утратой трудоспособности
 - в) по листкам нетрудоспособности
 - г) по амбулаторным картам
 - д) по статистическим талонам (ф.25-В)
007. Когда и кто составляет отчетную форму 16 -ВН?
- а) местный комитет и врач, ответственный за разметку больничных листков
 - б) врач здравпункта
 - в) цеховой врач
 - г) страховые компании
 - д) поликлиники
 - е) ежедневно
 - ж) каждую неделю
 - з) ежемесячно
 - и) ежеквартально
008. Какие три показателя характеризуют заболеваемость с временной утратой трудоспособности?
- а) число случаев нетрудоспособности
 - б) число случаев нетрудоспособности на 100 работающих
 - в) число случаев нетрудоспособности на 1000 работающих
 - г) число дней нетрудоспособности
 - д) число дней нетрудоспособности на 100 работающих
 - е) число дней нетрудоспособности на 1000 работающих
 - ж) структура заболеваемости
 - з) число болеющих лиц

- и) средняя продолжительность одного случая
- к) среднее количество случаев

009. Что является документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность?

- а) справка установленной формы в отдельных случаях
- б) справка, подтверждающая факт нетрудоспособности
- в) история болезни при стационарном лечении
- г) амбулаторно-поликлиническая карта, при посещении поликлиники
- д) листок нетрудоспособности
- е) страховой медицинский полис

010. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности?

- а) мед. работники скорой медицинской помощи
- б) мед. работники станций переливания крови
- в) лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
- д) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- е) лечащие врачи туберкулезных санаториев, санаториев и клиник НИИ протезирования
- ж) мед. работники домов отдыха, туристических баз
- з) мед. работники учреждений Санэпиднадзора
- и) мед. работники со средним мед. образованием по специальному разрешению

011. Кто не имеет права выдавать листок нетрудоспособности?

- а) мед. работники скорой медицинской помощи
- б) мед. работники станций переливания крови
- в) лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
- д) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- е) медицинские работники бальнеогрязелечебниц и городских курортных водогрязелечебниц
- ж) мед. работники домов отдыха, туристических баз
- з) мед. работники учреждений Санэпиднадзора

012. При предъявлении чего лечащим врачом выдается листок нетрудоспособности?

- а) страхового медицинского полиса

- б) талона на прием к врачу
- в) документа, удостоверяющего личность пациента
- г) амбулаторно-поликлинической карты
- д) письменного разрешения главврача поликлиники

013. На какой срок лечащий врач может единолично и одновременно выдавать листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах?

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- в) до 7 дней
- г) до 10 дней
- д) до 2 недель
- е) до 30 дней

014. На какой срок лечащий врач может единолично продлевать листок нетрудоспособности?

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- в) до 7 дней
- г) до 10 дней
- д) до 2 недель
- е) до 30 дней

015. На какой срок имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне ЛПУ?

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- в) до 7 дней
- г) до 10 дней
- д) до 2 недель
- е) не более 30 дней

016. На какой срок может выдавать листки нетрудоспособности средний мед. работник, имеющий право их выдавать?

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- в) до 7 дней
- г) до 10 дней
- д) до 2 недель
- е) не более 30 дней

017. На какой срок может продлить листок нетрудоспособности средний мед. работник, имеющий право выдавать больничный лист?

- а) до 3 дней

- б) до 5 дней
- в) до 7 дней
- г) до 10 дней
- д) до 2 недель
- е) до 30 дней, в исключительных случаях после консультации с врачом ближайшего ЛПУ

018. Кем осуществляется продление листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности более 30 дней?

- а) лечащим врачом
- б) заведующим отделением
- в) главным врачом мед. учреждения
- г) клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем мед. учреждения

019. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при необходимости перевода гражданина на легкую работу в случаях проф. заболевания или туберкулеза?

- а) по решению клинико-экспертной комиссии на срок до 3 месяцев в году с отметкой «на легкую работу»
- б) по решению клинико-экспертной комиссии до 5 месяцев с росписью председателя клинико-экспертной комиссии
- в) по решению клинико-экспертной комиссии не более 2 месяцев в году с отметкой «доплатный листок нетрудоспособности»
- г) по решению клинико-экспертной комиссии на срок до 3 месяцев в году с отметкой «на легкую работу» и росписью председателя клинико-экспертной комиссии
- д) по решению клинико-экспертной комиссии на срок до 6 мес. в году с отметкой «на легкую работу» и росписью председателя клинико-экспертной комиссии

020. На какой срок может быть продлен листок нетрудоспособности клинико-экспертной комиссией при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе?

- а) до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулеза) не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней
- б) до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 3 месяцев, в отдельных случаях не более 6 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней
- в) до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 12 месяцев, в отдельных случаях не более 18 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 45 дней

- г) на срок не более 6 месяцев, в отдельных случаях не более 10 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней
- д) до полного восстановления трудоспособности, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней

021. С какого дня выдается листок нетрудоспособности при заболеваниях (травмах)?

- а) со дня заболевания (травмы)
- б) со дня установления нетрудоспособности
- в) со дня установления нетрудоспособности, включая предыдущий день
- г) со дня первого посещения поликлиники по поводу данного заболевания
- д) со следующего календарного дня

022. Какой документ выдается студентам и учащимся в случае заболевания?

- а) листок нетрудоспособности
- б) больничный лист
- в) справка установленной формы
- г) документ не выдается
- д) справка произвольной формы

023. С какого дня выдается листок нетрудоспособности при наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком?

- а) с первого дня отпуска на весь период отпуска
- б) с первого дня отпуска до полного выздоровления в случаях продолжающейся нетрудоспособности
- в) со дня наступления нетрудоспособности до полного выздоровления в случае продолжающейся нетрудоспособности
- г) со дня установления факта нетрудоспособности до полного выздоровления в случае продолжающейся нетрудоспособности
- д) со дня окончания отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности

024. Как выдается листок нетрудоспособности в случаях, когда заболевание или травма явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения?

- а) листок нетрудоспособности не выдается
- б) листок нетрудоспособности не выдается, выдается справка установленной формы
- в) листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения
- г) выдается справка произвольной формы
- д) листок нетрудоспособности не выдается, о факте опьянения сообщается по месту работы

025. С какого момента выдается листок нетрудоспособности гражданам, направленным здравпунктом в ЛПУ и признанным нетрудоспособными?
- а) с момента поступления в ЛПУ
 - б) с момента обращения в здравпункт
 - в) с момента установления нетрудоспособности
 - г) с момента возникновения нетрудоспособности
026. Когда завершается срок временной нетрудоспособности при установлении группы инвалидности?
- а) датой регистрации направления на медико-социальную экспертную комиссию
 - б) датой установления группы инвалидности
 - в) листок нетрудоспособности продлевается до восстановления трудоспособности
 - г) датой направления на медико-социальную экспертную комиссию
 - д) срок временной нетрудоспособности не завершается
027. Что делается при отказе больного от направления на медико-социальную экспертную комиссию или несвоевременной явке его на экспертизу по неуважительной причине?
- а) больной вызывается на медико-социальную экспертную комиссию повторно, больничный лист продлевается
 - б) листок нетрудоспособности продлевается до следующей медико-социальной экспертной комиссии
 - в) листок нетрудоспособности не продлевается, отказ или неявка указываются в листке нетрудоспособности
 - г) листок нетрудоспособности изымается у больного
 - д) листок нетрудоспособности изымается у больного с соответствующей отметкой
028. На какой срок выдается листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения?
- а) на срок санаторно-курортного лечения
 - б) на срок санаторно-курортного лечения и время проезда
 - в) на число дней проезда
 - г) на число дней, не достающих к очередному и дополнительному отпускам, и время проезда
 - д) на число дней, не достающих к очередному и дополнительному отпускам
029. По предъявлении чего выдается листок нетрудоспособности в ЛПУ при отъезде в санаторий?
- а) паспорта

- б) билета до санатория
- в) путевки (курсовки)
- г) справки с места работы о разрешении отъезда
- д) амбулаторно-поликлинической карты
- е) справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков

030. Кому выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным?

- а) всем членам семьи
- б) одному из членов семьи, непосредственно осуществляющему уход
- в) только взрослым членам семьи
- г) членам семьи старше 20 лет

031. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи и подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях?

- а) до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 7 дней
- б) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
- в) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- г) на весь срок лечения
- д) на весь срок лечения, после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления. ухода
- е) до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, в исключительных случаях на весь период

032. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении?

- а) до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 7 дней
- б) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
- в) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- г) на весь срок лечения
- д) на весь срок лечения, после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления. ухода
- е) до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, в исключительных случаях на весь период

033. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком старше 7 лет?

- а) до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 7 дней
- б) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания

- в) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- г) на весь срок лечения
- д) на весь срок лечения, после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода
- е) до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, в исключительных случаях на весь период

034. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет при стационарном лечении?

- а) до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 7 дней
- б) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
- в) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- г) на весь срок лечения
- д) на весь срок лечения, после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода
- е) до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, в исключительных случаях на весь период

035. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком старше 7 лет при стационарном лечении?

- а) до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 7 дней
- б) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
- в) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- г) на весь срок лечения
- д) на весь срок лечения, после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода
- е) до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, в исключительных случаях на весь период

036. На какой срок выдается листок нетрудоспособности лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком в случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет?

- а) до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 7 дней
- б) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
- в) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- г) на весь срок лечения, но не более 120 дней
- д) на весь срок лечения, после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода

е) до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, в исключительных случаях на период, в течение которого она не может осуществлять уход, но не более 70 дней

037. Сколько листков нетрудоспособности выдается при одновременном заболевании двух и более детей?

- а) один
- б) два (один по месту работы мужа, другой – по месту работы жены)
- в) два
- г) по количеству болеющих детей
- д) листок нетрудоспособности не выдается

038. В каких случаях по уходу не выдаются листки нетрудоспособности?

- а) за хроническим больным в период ремиссии
- б) за взрослым членом семьи
- в) если врем. нетрудоспособность произошла по причине алкогольного опьянения
- г) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания
- д) в период отпуска по беременности и родам
- е) при благоприятном трудовом прогнозе
- ж) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком
- з) при одновременном заболевании двух и более детей
- и) за инвалидом I группы

039. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при карантине по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным?

- а) на 10 дней
- б) на 15 дней, по решению клинико-экспертная комиссия до 20 дней
- в) на 30 дней
- г) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
- д) на весь период карантина

040. Кем выдается листок нетрудоспособности при карантине по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным?

- а) лечащим врачом
- б) врачом-эпидемиологом
- в) лечащим врачом ЛПУ на основании справки эпидемиолога
- г) на основании справки эпидемиолога лечащим врачом
- д) врачом-инфекционистом

041. На какой срок выдается листок нетрудоспособности работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза?
- а) на 10 дней
 - б) на 15 дней, по решению клинико-экспертная комиссия до 20 дней
 - в) на 30 дней
 - г) на весь период дегельминтизации
 - д) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
042. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при госпитализации в стационар протезно-ортопедического предприятия?
- а) на 10 дней
 - б) на 15 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 20 дней
 - в) листок нетрудоспособности не выдается
 - г) на 30 дней
 - д) на весь период госпитализации
 - е) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
 - ж) на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно
043. На какой срок выдается листок нетрудоспособности гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия?
- а) на 10 дней
 - б) на 15 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 20 дней
 - в) на 30 дней
 - г) на весь период протезирования
 - д) на срок до 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока
 - е) листок нетрудоспособности не выдается
 - ж) на весь период протезирования и время проезда к месту лечения и обратно
044. Со скольких недель беременности и на какой срок выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам при нормальных родах?
- а) с 28 недель беременности на 180 календарных дней
 - б) с момента установления факта беременности на 250 календарных дней
 - в) с 30 недель беременности на 140 календарных дней
 - г) с 30 недель беременности на 180 календарных дней
 - д) с 28 недель беременности на 140 календарных дней
 - е) с момента рождения ребенка на 3 года
 - ж) с 30 недель беременности на 156 календарных дней

045. Со скольких недель беременности и на какой срок выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам при многоплодной беременности?
- а) с 28 недель беременности на 180 календарных дней
 - б) с момента установления факта беременности на 250 календарных дней
 - в) с 30 недель беременности на 140 календарных дней
 - г) с 30 недель беременности на 180 календарных дней
 - д) с 28 недель беременности на 140 календарных дней
 - е) с момента рождения ребенка на 3 года
 - ж) с 30 недель беременности на 156 календарных дней
046. Со скольких недель беременности и на какой срок выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам при осложненных родах?
- а) с 30 недель беременности на 156 календарных дней
 - б) с момента установления факта беременности на 250 календарных дней
 - в) с 30 недель беременности на 140 календарных дней
 - г) с 30 недель беременности на 180 календарных дней
 - д) с 28 недель беременности на 140 календарных дней
 - е) с момента рождения ребенка на 3 года
047. Отчетным документом о временной нетрудоспособности рабочих является:
- а) статистический талон
 - б) форма 16-ВН
 - в) персональная карта работающего
 - г) форма 30
048. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:
- а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих
 - б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих
 - в) все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности
049. Медицинское значение листка нетрудоспособности состоит в том, что он:
- а) указывает на характер заболевания
 - б) характеризует здоровье работающих
 - в) определяет степень потери трудоспособности
 - г) служит для статистической отчетности по форме № 16
050. При выдаче больничного листа иногородним больным виза администратора ЛПУ ставится:
- а) в 1-й день, при выдаче больничного листа
 - б) на 3-й день, при продолжении больничного листа

- в) на 6-й день, при выписке больного на работу
- г) виза не ставится

051. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении больничного листка:

- а) выезд в другую местность
- б) отказ от госпитализации
- в) отказ от направления на медико-социальную экспертную комиссию
- г) неявка в назначенный день на медико-социальную экспертную комиссию
- д) явка на прием врача в состоянии опьянения

052. Не имеют права выдачи больничных листов врачи:

- а) государственной системы здравоохранения
- б) учреждений санитарно-эпидемиологического надзора
- в) муниципальной системы здравоохранения
- г) частнопрактикующие врачи

053. Больничный лист одному из работающих членов семьи по уходу за больным (взрослым) может быть выдан:

- а) при отказе от госпитализации самого больного или родственников
- б) по уходу за хроническим больным в период тяжелого обострения заболевания
- в) по уходу за инвалидом I группы
- г) если заболевание или травма обусловлены непосредственным воздействием алкоголя

054. Больничный лист по уходу за больным членом семьи (взрослым), находящимся на лечении в стационаре:

- а) выдается на 3 дня
- б) выдается на 6 дней
- в) выдается на 10 дней
- г) не выдается вообще

055. Иностранным гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности:

- а) выдается справка произвольной формы
- б) выдается больничный лист
- в) не выдается никакой документ

056. В каких случаях не может быть выдан больничный лист лицам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности или родам наступили свыше месячного срока после увольнения с работы:

- а) если увольнение произошло по сокращению штатов
- б) если человек уволился по собственному желанию

- в) если увольнение связано с поступлением на учебу в институт
- г) многодетной матери по уходу за детьми

057. Для удостоверения временной нетрудоспособности иностранным гражданам в период их пребывания в нашей стране (в командировке, санатории и др.) выдается:
- а) больничный лист
 - б) справка ф.095/у
 - в) справка произвольной формы
 - г) ни один из документов
058. Бывшему военнослужащему при заболевании его в течение первого месяца после увольнения из рядов российской армии по окончании срока срочной службы для удостоверения временной нетрудоспособности:
- а) выдается справка лечебного учреждения произвольной формы
 - б) выдается справка ф.095/у
 - в) выдается больничный лист
 - г) ничего не выдается
059. В случае болезни матери уход за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет другой взрослый член семьи, которому:
- а) выдается больничный лист
 - б) выдается справка произвольной формы
 - в) никакой документ не выдается
060. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертную комиссию принимает:
- а) лечащий врач
 - б) заведующий отделением
 - в) клинично-экспертная комиссия
 - г) главный врач
061. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска:
- а) выдается больничный лист
 - б) выдается справка произвольной формы
 - в) никакой документ не выдается
062. При выдаче листка нетрудоспособности (справки) врачи руководствуются:
- а) положением об экспертизе временной нетрудоспособности в ЛПУ
 - б) основами законодательства об охране здоровья граждан
 - в) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан
 - г) другими документами

063. Укажите число существующих уровней экспертизы временной нетрудоспособности:
- а) 2
 - б) 3
 - в) 5
 - г) 7
064. Второй уровень экспертизы временной нетрудоспособности осуществляется:
- а) осмотром лечащего врача
 - б) консультацией зав. отделением
 - в) осмотром зам. главного врача по КЭР
 - г) представлением на клинико-экспертную комиссию ЛПУ
065. К категории длительно и часто болеющих (ДЧБ) относятся пациенты, имеющие:
- а) 4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
 - б) 2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
 - в) 4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию и 6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по разным заболеваниям
 - г) 4 случая и 40 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию и 6 случаев и 60 дней временной нетрудоспособности в год по несколько заболеваниям
066. Функция, не относящаяся к компетенции клинико-экспертной комиссии ЛПУ:
- а) продление больничного листа до 30 дней
 - б) продление больничного листа свыше 30 дней
 - в) выдача заключения о необходимости перевода на другую работу
 - г) освобождение выпускников школ от итоговой аттестации
067. Кем осуществляется продление листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности более 30 дней?
- а) лечащим врачом
 - б) заведующим отделением
 - в) главным врачом медицинского учреждения
 - г) клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.
068. Что такое медицинское страхование?
- а) создание фонда денежных средств в целях социальной защиты интересов населения в охране здоровья

- б) выплата определенной суммы от заработной платы в счет средств ОМС
- в) бесплатная медицинская помощь в случае заболевания
- г) система, позволяющая изучить партнеров, с которыми заключается договор, с целью установить страховой тариф, соответствующий страховому риску, обеспечить оказание медицинской помощи

069. Расчетной единицей для оплаты страховыми компаниями медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ, может быть:

- а) пролеченный больной
- б) каждое посещение, сделанное больным в ЛПУ
- в) прикрепленный житель к ЛПУ
- г) медицинская услуга, оказанная в ЛПУ
- д) все вышеперечисленное

070. Каковы источники финансирования здравоохранения в бюджетно-страховой модели?

- а) внебюджетные средства, включая средства обязательного и добровольного медицинского страхования, средства бюджета, личные средства граждан, благотворительные средства, целевые программы, штрафы, налоговые и иные льготы
- б) внебюджетные средства, средства бюджета, средства, получаемые от страховых компаний, средства ТФ ОМС, личные средства граждан, средства муниципалитет;
- в) внебюджетные средства, средства бюджета, средства, получаемые от страховых медицинских организаций, целевые программы
- г) бюджетные средства, средства ТФ ОМС

071. Что такое ОМС?

- а) определенный набор медицинских услуг
- б) оказание бесплатной медицинской помощи при возникновении страхового случая
- в) часть социального страхования, которая гарантирует большинству населения стран, в которых оно существует, социальную защиту в виде определенного набора медицинских услуг, оплачиваемых из фондов медицинского страхования
- г) ОМС включает в себя гарантию права на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта. Это гарантированная законом социальная защита, возмещение убытков, а также оказание медицинской помощи и услуг

072. Какой документ выдается на руки застрахованному?

- а) страховой медицинский полис
- б) справка о том, что он застрахован
- в) справка-счет об уплате медицинских услуг
- г) расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение

д) договор обязательного медицинского страхования

073. Назовите основных участников (субъекты) системы медицинского страхования.

а) страхователь, страховщик

б) страхователь, страховщик, фонд ОМС, исполнитель медицинских услуг, застрахованный;

в) страхователь, страховщик, производитель медицинских услуг, застрахованный

г) страхователь, страховщик, фонд ОМС, страховая компания, исполнитель медицинских услуг, ЛПУ, застрахованный

д) страхователь, страховщик, страховая компания, фонд ОМС, застрахованные.

074. Кто является страхователем при ОМС?

а) страховые медицинские организации

б) ЛПУ

в) предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий, местная администрация

г) местная администрация

д) ТФ ОМС

075. Что такое базовая программа ОМС, кто ее составляет и утверждает?

а) пакет нормативных актов, являющийся основой организации ОМС для конкретного ЛПУ, разрабатывается ЛПУ, утверждается страховыми компаниями

б) нормативные акты, являющиеся основой организации ОМС в РФ, составленные МЗ и утвержденные Совмином РФ

в) пакет нормативных актов, являющийся основой организации ОМС для конкретного района, составленный отделом здравоохранения района, утвержденный администрацией района

г) сборник научных программ, разработанных ведущими специалистами, занимающимися вопросами ОМС, объединенных в систему, утвержденных МЗ РФ

076. Что такое Территориальная программа ОМС, кто ее составляет и утверждает?

а) нормативные акты, являющиеся основой организации ОМС в РФ, составленные МЗ, утвержденные Совмином РФ

б) нормативные акты, являющиеся основой организации ОМС для конкретного региона, составленные отделом здравоохранения региона и ТФ ОМС, утвержденные администрацией региона

- в) пакет нормативных актов, являющийся основой организации ОМС для конкретного ЛПУ, разрабатывается ЛПУ, утверждается страховыми компаниями
- г) сборник научных программ, разработанных ведущими специалистами, занимающимися вопросами ОМС, объединенных в систему, утвержденных МЗ РФ

077. Что такое добровольное медицинское страхование?

- а) часть социального страхования, которая гарантирует большинству населения стран, в которых оно существует, социальную защиту в виде дополнительного набора медицинских услуг, оплачиваемых из фондов медицинского страхования
- б) самостоятельное или дополнительное, индивидуальное или групповое медицинское страхование, осуществляемое на основании различных пакетов страховых программ, обеспечивающее тем самым более сервисное медицинское обслуживание отдельных групп населения по более высоким тарифам
- в) дополнительный набор медицинских услуг по более высоким тарифам
- г) более комфортные условия пребывания в больнице

078. Кто осуществляет медицинское страхование работающего населения?

- а) местная администрация, работодатели
- б) предприятия, учреждения, организации всех форм собственности, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий
- в) ТФ ОМС, работодатели
- г) страховые медицинские организации, фонд обязательного медицинского страхования, ЛПУ, предприятия, учреждения, организации

079. Кто осуществляет медицинское страхование не работающего населения?

- а) предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий, местная администрация
- б) ТФ ОМС, местная администрация
- в) страховые медицинские организации, фонд ОМС, ЛПУ, предприятия, учреждения, организации
- г) местная администрация

080. Как осуществляется медицинское страхование работников здравоохранения?

- а) медицинского страхования не осуществляется, медицинская помощь оказывается по месту работы
- б) на общих основаниях
- в) страхует местная администрация

г) медицинское страхование осуществляется за счет средств предприятий, организаций, платящих страховые взносы

081. Какие права в системе медицинского страхования имеют застрахованные?
- а) на адекватную медицинскую помощь в любое время в рамках страховых программ
 - б) на получение медицинских услуг, соответствующих объему и качеству, условиям договора независимо от размеров страховых взносов
 - в) на выбор медицинского учреждения и лечащего врача
 - г) на внимательное и вежливое отношение к себе со стороны медицинского персонала
 - д) на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, ЛПУ
 - е) на выбор страховой медицинской организации
082. Застрахованный в системе медицинского страхования имеет все перечисленные права, кроме права
- а) давать полную информацию о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении
 - б) соблюдать правила внутрибольничного распорядка
 - в) соблюдать права других больных и персонала
 - г) беспрекословно выполнять все назначения врача
083. Почему модель здравоохранения называется бюджетно-страховой?
- а) потому что часть ЛПУ финансируется из бюджета, а часть ЛПУ – за счет средств ОМС
 - б) потому что средства бюджета не могут полностью обеспечить потребностей ЛПУ
 - в) потому что средства ОМС не могут полностью обеспечить потребностей ЛПУ
 - г) потому что часть средств ЛПУ получают из бюджета, а часть – из средств ОМС
084. К задачам федерального фонда ОМС относится все перечисленное, кроме:
- а) обеспечения реализации закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»
 - б) контроля за качеством медицинской помощи во всех ЛПУ
 - в) обеспечения предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС
 - г) достижения социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС
 - д) участия в разработке и осуществлении государственной финансовой политики ОМС
 - е) разработки и осуществление комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС

085. К задачам территориальных фондов ОМС относится все перечисленное, кроме:
- а) обеспечения реализации закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»
 - б) обеспечения всеобщности ОМС граждан
 - в) выдачи страховых полисов
 - г) достижения социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС
 - д) обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС
 - е) сбора страховых взносов на ОМС, их аккумуляции, контроля за правильным их использованием
086. Из каких источников формируется средства фонда ОМС?
- а) за счет средств, получаемых от страховых взносов на ОМС
 - б) за счет личных средств граждан
 - в) за счет средств бюджета
 - г) за счет средств страховых компаний
 - д) за счет средств, взыскиваемых со страхователей, физических и юридических лиц, медицинских учреждений в результате предъявляемых им регрессивных требований
 - е) за счет добровольных взносов физических и юридических лиц
 - ж) за счет доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств
087. Система мер, обеспечивающих своевременную и полную уплату взносов в системе ОМС, это?
- а) система штрафов
 - б) административная ответственность
 - в) уголовная ответственность за неуплату
 - г) пени
 - д) административный штраф в размере до 20 минимальных окладов руководителей предприятий, не уплативших страховые взносы
088. Как устанавливаются тарифы на медицинские услуги в системе ОМС?
- а) тарифы определяются соглашением между ассоциациями страховых медицинских организаций, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями, ТФ ОМС и органами управления здравоохранения
 - б) тарифы определяются по соглашению между страховыми медицинскими организациями и предприятием, организацией, учреждением или лицом, представляющим эти услуги
 - в) тарифы определены законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ»
 - г) тарифы определены базовой программой ОМС

089. Как устанавливаются тарифы на медицинские услуги в системе добровольного медицинского страхования?
- а) тарифы определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Совмином, органами государственного управления, территорий, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями
 - б) тарифы определяются по соглашению между страховыми медицинскими организациями и предприятием, организацией, учреждением или лицом, представляющим эти услуги
 - в) тарифы определены законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ»
 - г) тарифы определены базовой программой ОМС
 - д) тарифы определяются программой добровольного медицинского страхования
090. Кто устанавливает размер страховых взносов при ОМС?
- а) устанавливается по соглашению сторон
 - б) устанавливается Советом министров и утверждается Государственной Думой
 - в) размеры взносов изменяются при различных уровнях доходов предприятий
 - г) размер взноса равен подоходному налогу
 - д) размер взносов равен налогу с физических лиц и устанавливается правительством
091. Кто устанавливает размер страховых взносов при добровольном медицинском страховании?
- а) устанавливается по соглашению сторон в соответствии с программой добровольного медицинского страхования
 - б) устанавливается советом министров и утверждается Государственной Думой
 - в) размер взносов равен налогу с физических лиц и устанавливается правительством
092. Кто является страхователем при добровольном медицинском страховании?
- а) юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием
 - б) имеющие лицензию ЛПУ, НИИ и мединституты, другие учреждения, оказывающие медпомощь
 - в) отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью и (или) предприятия, представляющие интересы граждан

г) органы государственного управления, краев, областей, автономных округов, автономных областей, местная администрация

093. Кто является застрахованным при ОМС?

- а) лицо (учреждение или предприятие), вносящее по договорам со страховщиком взносы в страховые фонды, обеспечивающие медицинское страхование
- б) каждый гражданин в РФ, в отношении которого заключен договор медицинского страхования
- в) страховое учреждение, собирающее страховые взносы, формирующее страховые фонды, обеспечивающее из этих фондов оплату медицинских услуг и другие виды денежных и материальных возмещений, предусмотренных договорами
- г) медицинские учреждения (предприятия), самостоятельно практикующие врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание

094. Кто является страховщиком при обязательном и добровольном медицинском страховании?

- а) ТФ ОМС
- б) ЛПУ, работающие в системе обязательного и добровольного медицинского страхования
- в) страховая медицинская организация
- г) предприятия, организации, администрации районов, где внедрена система медицинского страхования

095. Какие права в системе медицинского страхования имеют страхователи?

- а) участие во всех видах медицинского страхования
- б) осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования
- в) привлечение средств из прибыли предприятия на добровольном медицинском страховании своих работников
- г) возвратность части взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора

096. Какие обязанности в системе медицинского страхования имеют страхователи?

- а) участвовать во всех видах медицинского страхования
- б) вносить страховые взносы в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования
- в) заключать договор ОМС со страховой медицинской организацией
- г) принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан

097. Какие права в системе медицинского страхования имеют страховщики?
- а) выбирать медицинские учреждения для оказания помощи и услуг по договорам медицинского страхования
 - б) устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию
 - в) принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги
 - г) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или медработнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному, по их вине
098. Страховщики в системе медицинского страхования имеют все перечисленные обязанности, кроме:
- а) выбирать медицинские учреждения для оказания помощи и услуг по договорам медицинского страхования
 - б) участвовать в аккредитации медицинских учреждений
 - в) выдавать страхователю или застрахованному страховой мед. полис
 - г) защищать интересы застрахованных
 - д) контролировать объем, сроки, качество медпомощи в соответствии с условиями договора
099. Кто может быть учредителем страховой компании?
- а) любые юридические и физические лица
 - б) администрация районов, городов, муниципалитеты
 - в) любые юридические и физические лица, кроме лечебно-профилактических учреждений
 - г) ТФ ОМС
100. Что такое перестрахование?
- а) заключение договора застрахованным более чем с одной страховой компанией
 - б) расторжение договора с одной страховой компанией и заключение с другой
 - в) заключение договора страховой компанией, не имеющей большого капитала с более крупной страховой компанией, берущей на себя определенную ответственность за это действие
 - г) заключение договора добровольного медицинского страхования при имеющемся договоре обязательного медицинского страхования
101. Какова цель введения медицинского страхования в России?
- а) увеличение заработной платы работникам здравоохранения
 - б) сохранение и укрепление здоровья населения
 - в) создание системы здравоохранения, аналогичной таковой в экономически развитых странах
 - г) гарантирование гражданам квалифицированной медпомощи за счет накопленных средств

- д) создание системы, которая бы наказывала работников здравоохранения за некачественную медпомощь
- е) создание ответственности и заинтересованности медицинских работников в повышении качества медпомощи и положительных конечных результатах труда

102. Почему субъекты медицинского страхования должны быть не зависимы друг от друга?

- а) чтобы было удобнее контролировать их деятельность
- б) чтобы устранить возможность объединения интересов с целью диктовать условия страхования, цены на услуги
- в) потому что такой объем работы не может выполнить не одна организация
- г) чтобы финансирование было отдельным для сохранения экономической заинтересованности

103. Как формируются взносы на добровольное медицинское страхование?

- а) за счет средств граждан или/и предприятий, представляющих их интересы
- б) за счет средств бюджета
- в) за счет средств страховых компаний
- г) за счет средств предприятий, в процентном отношении от их фонда оплаты труда

104. К задачам филиалов ТФ ОМС относится все перечисленное, кроме:

- а) определение перспективных задач ТФ
- б) осуществление сбора и анализа информации о стоимости медпомощи
- в) отчисление в ТФ финансовых средств в установленном порядке
- г) осуществление контроля за сбором страховых взносов на ОМС со всех страхователей города (района)

105. Каковы основные особенности обязательного медицинского страхования по отношению к добровольному медицинскому страхованию?

- а) может быть индивидуальным или групповым
- б) осуществляется на основании различных пакетов страховых программ
- в) имеет массовый характер
- г) использование возрастного страхования
- д) гарантированный объем медицинских услуг, определяемый территориальной программой ОМС
- е) производит государственная или контролируемая государством организация
- ж) использует дифференцированные тарифы
- з) отвечает основным целям системы здравоохранения
- и) обеспечивает высококачественное медицинское обслуживание отдельных групп населения

106. Каковы основные особенности добровольного медицинского страхования по отношению к обязательному медицинскому страхованию?
- а) может быть индивидуальным или групповым
 - б) осуществляется на основании различных пакетов страховых программ
 - в) имеет массовый характер
 - г) использование возрастного страхования
 - д) гарантированный минимум медицинских услуг
 - е) производит государственная или контролируемая государством организация
 - ж) использует дифференцированные тарифы
 - з) подчиняется основным целям системы здравоохранения
 - и) обеспечение высококачественным медицинским и сервисным обслуживанием отдельных групп населения, в зависимости от размера страхового взноса
107. Что такое страховой случай в медицинском страховании?
- а) случай заболевания, травм, увечий, в том числе наступивших в результате неблагоприятного воздействия на здоровье гражданина условий труда, проф. заболеваний, несчастного случая и т.д.
 - б) случай обращения в учреждение первичной медико-санитарной помощи
 - в) сумма выплаты из страхового фонда в покрытие ущерба в имущественном страховании затрат на медицинское обслуживание
 - г) потенциально возможное заболевание или травма объекта страхования
108. Какое участие в деятельности страховых компаний могут принимать медицинские работники?
- а) проверять правильность установления тарифов на медицинские услуги
 - б) определять размер страхового взноса
 - в) работать по контракту в качестве экспертов при наличии соответствующего сертификата
 - г) проверять правильность наложения штрафных санкций
109. Национальная система социальной защиты населения включает в себя все перечисленное, кроме:
- а) социального обеспечения в случае стойкой и временной утраты трудоспособности
 - б) доступной медицинской помощи
 - в) благотворительности
 - г) обязательного медицинского страхования
110. Базовой программой ОМС определены все перечисленные виды медицинского обслуживания детского населения, за исключением:
- а) диспансеризации, динамического наблюдения и проведения плановых профилактических и лечебных мероприятий
 - б) организации и проведения профилактических прививок

- в) наблюдения врачами стационара за больным ребенком на дому после его выписки
- г) лечения при острых и обострении хронических заболеваний

111. Средства ОМС на территории области формируются за счет всех перечисленных, кроме:

- а) средств местной администрации
- б) средств государственных предприятий и учреждений
- в) средств граждан
- г) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

012. Правовой базой ОМС являются все перечисленные документы, кроме:

- а) закона РФ «О медицинском страховании граждан»
- б) дополнения и изменения к закону «О медицинском страховании граждан»
- в) закона «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»
- г) основ законодательства об охране здоровья граждан

113. В базовую программу ОМС входят все перечисленные положения, кроме:

- а) перечня видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- б) стоимости различных видов медицинской помощи
- в) организации добровольного медицинского страхования
- г) видов платных медицинских услуг
- д) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

114. Из перечисленных позиций к лицензированию медицинского учреждения не относится:

- а) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ
- б) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования
- в) выдача сертификатов специалистов
- г) оценка степени квалификации медицинского персонала

115. Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в РФ, является:

- а) Гражданский Кодекс РФ
- б) Кодекс законов о труде
- в) Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»
- г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»
- д) Закон РСФСР от 29.07.1971 г. «О здравоохранении»

116. Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ» предусмотрены следующие виды медицинского страхования граждан РФ:
- а) обязательное медицинское страхование
 - б) добровольное медицинское страхование
 - в) смешанное медицинское страхование
 - г) дополнительное медицинское страхование
117. Согласно закону «О медицинском страховании граждан РФ» каждый гражданин имеет юридические права на охрану своего здоровья. Какое из перечисленных прав застрахованного указано ошибочно?
- а) обязательное и добровольное медицинское страхование
 - б) свободный выбор медицинского учреждения
 - в) свободный выбор лечащего врача
 - г) возвратность части страховых взносов при ОМС
 - д) получение медицинской помощи по страховому медицинскому полису на всей территории РФ
118. К субъектам ОМС относятся все перечисленные субъекты, кроме:
- а) гражданина
 - б) страхователя
 - в) страховой медицинской организации
 - г) врачебной ассоциации
 - д) медицинского учреждения
119. Из всех перечисленных представителей членом комиссии по лицензированию деятельности медицинского учреждения не может быть:
- а) представитель медицинских профсоюзных организаций
 - б) представитель страховой медицинской организации
 - в) представитель органа управления здравоохранением
 - г) представитель вузов
 - д) представитель учреждений государственной и муниципальной системы здравоохранения
120. К правам страховой медицинской организации относятся все перечисленные права, кроме:
- а) участия в аккредитации медицинских учреждений
 - б) свободного выбора медицинских учреждений, не имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по договорам ОМС
 - в) установления размера страховых взносов по ДМС
 - г) участия в определении тарифов на медицинские услуги
 - д) предъявления в судебном порядке иска медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение ущерба (физического или морального), причиненного застрахованному по их вине.

121. Лицензирование медицинского учреждения – это:
- а) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
 - б) выдача государственного разрешения на определенные виды деятельности
 - в) процедура предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица.
122. Что такое аккредитация медицинских учреждений:
- а) выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление определенных видов деятельности и услуг по программам ОМС и ДМС
 - б) определение их соответствия установленным профессиональным стандартам
 - в) гарантирование гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи
 - г) система, позволяющая изучить партнеров, с которыми заключается договор о медицинском страховании.
123. Целью аккредитации является:
- а) изменение организационно-правовой формы медицинского учреждения
 - б) защита интересов потребителей на основе установления деятельности медицинского учреждения существующим профессиональным стандартам
 - в) оценка эффективности деятельности медицинского учреждения
 - г) определение объемов медицинской помощи.
124. Организация работы аттестационной комиссии включает:
- а) рецензирование и оценку отчета специалиста о его деятельности
 - б) рассмотрение представленных документов
 - в) собеседование со специалистом для уточнения уровня знаний специалиста
 - г) беседу с руководителем медицинского учреждения о деятельности специалиста
 - д) компьютерную оценку знаний специалистов по квалификационным тестам
1. верно все перечисленное
 2. верно: а, б, в, г
 3. верно а, б, в, д

Примечание: в связи с изменениями показателей на основе принимаемых Государственной Думой и правительством Российской Федерации новых законодательных и нормативных актов цифровые значения могут изменяться.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Медик А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 2. Организация медицинской помощи. – М.: Медицина, 2003. – 456 с.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации. – Ч. 1–3. – М.: ИКФЭКМОС, 2002. – 320 с.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: постановление Государственной Думы № 5488-1 от 22.7.1993. – М.: ВС РФ, 1993.
4. О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях: приказ № 154 от 21.05.2002. – М., 2002. – 10 с.
5. Ковалевский М.А. Конституционные принципы обязательного медицинского страхования. – М.: Федеральный Фонд ОМС, 2000. – 12 с.
6. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., Отдельнова К.А. и др. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. – Казань: НПО «Медикосервис», 2000. – 698 с.
7. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 520 с.
8. Миняев В.А., Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: МЕДпрогресс-информ, 2002. – 528 с.
9. Методология формирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации медицинской помощью / А.И. Вялков, Н.А. Кравченко, В.О. Флек. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 204 с.
10. Правовые вопросы защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования: учеб-метод. пособие. – М.: Федеральный Фонд ОМС, 2003. – 200 с.
11. Правовые вопросы охраны здоровья / сост В.И. Шамшурин. – М.: Международный университет, 2000. – 152 с.
12. Решетников А.В. Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: руководство в 3 ч. – М.: ГОЭТАР-Мед, 2002. – Т. 3. – 696 с.
13. Сулейманова Г.В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – СПб.: Петрополис, 2000. – 914 с.
14. Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений: метод. рекомендации / А.П. Голубева, Л.А. Михайлова, Т.В. Старикова. – М., 2002. – 26 с.

Дополнительная:

1. Олейниченко В.Ф., Ткачева В.Я.. Организация социального и медицинского страхования в Российской Федерации: учебное пособие. – Томск: СибГМУ, 2005. – 112 с.
2. Олейниченко В.Ф. Правовые аспекты деятельности врача: учебное пособие. – Томск: СибГМУ, 2003. – 118 с.
3. Олейниченко В.Ф., Гавриленко А.С., Королев В.В. Практические вопросы юридической защиты прав пациентов и медицинских работников: учебно-методическое пособие. – Томск: СибГМУ, 2002. – 72 с.
4. Организация платных услуг в здравоохранении: учебно-методическое пособие/ В.Ф. Олейниченко, Т.А. Калитвянская., С.И. Семенов, Р.В. Гордеева – Томск: СибГМУ, 2004. – 100 с.
5. Организация экспертизы временной нетрудоспособности: учебно-методическое пособие / В.Ф. Олейниченко, Е.В. Панфилова, К.В. Макарова, Н.И. Гурова – Томск: СибГМУ, 2004. – 100 с.
6. Организация экспертизы временной нетрудоспособности: учебно-метод. пособие / В.Ф. Олейниченко, Е.В. Панфилова, К.В. Макарова, Н.И. Гурова. – Томск: СибГМУ, 2004. – 53 с.
7. Право на здоровье: справочник пациента. / сост. А.С. Гавриленко, В.В. Королев. – Томск: РЯОМО, 2004. – Выпуск 5. – 100 с.

Учебное издание

В. Ф. Олейниченко, В. Я. Ткачева

**Система государственного социального и медицинского
страхования – основа социальной защиты граждан
Российской Федерации**

Учебное пособие

Под общей редакцией

зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья, декана
факультета управления и экономики здравоохранения доктора медицинских
наук **Сергея Михайловича Хлынина**

Макет издания подготовлен
в редакционно-издательском отделе НМБ СибГМУ
Редактор И.А. Зеленская
Технический редактор И.Г. Забоенкова

Подписано в печать 20.11.2007 г.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. л. 8
Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
Заказ №... Тираж 100 экз.