

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

В.Ф. Олейниченко, В.Я. Ткачева, Р.М. Тахауов

**Организация
социального и медицинского страхования
в Российской Федерации**

под общей редакцией
доктора медицинских наук, профессора **С.М. Хлынина**

Учебное пособие

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением по
медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для системы послевузовского
профессионального образования врачей*

2-е издание, исправленное и дополненное

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2007

УДК 614.2:368.4(075)
ББК У9(2)271+Р11(2)296
О 532

Олейниченко В.Ф., Ткачева В.Я., Тахауов Р.М

О532 Организация социального и медицинского страхования в Российской Федерации: учебное пособие / В.Ф. Олейниченко, В.Я. Ткачева, Р.М. Тахауов / под ред. С. М. Хлынина. – 2-е изд., испр. и доп. – Томск: СибГМУ, 2007. – 138 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 и их проблемы. Представлены данные о пенсионном страховании, как одном из видов социального страхования, об организации социальной защиты инвалидов в Российской Федерации и их реабилитации, непрерывности медико-социальной помощи престарелым и инвалидам.

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. В одном из разделов пособия названы причины инвалидности и меры по снижению уровня инвалидности в стране. Подробно описываются система медико-социальной экспертизы, ее структура, функции.

Пособие предназначено для курсантов факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов медицинских вузов.

Рецензенты: Г. Н. Царик – доктор медицинских наук, профессор
Г. И. Чеченин – доктор медицинских наук, профессор

Рекомендовано к изданию Объединенным Ученым советом ФКПП и ФЭУЗ (протокол № 4 от 16.06.2005 г.) и Центральным Методическим советом СибГМУ (протокол № 7 от 27.06.2005 г.)

©Сибирский государственный медицинский университет, 2007
© Олейниченко В.Ф., Ткачева В.Я., Тахауов Р.М., 2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
Список сокращений.....	6
Глава 1. Система государственного социального страхования в Российской Федерации	7
1.1. Классификация государственного социального страхования, основные термины, понятия.....	8
1.2. Социальная защита. Социальное обеспечение, его принципы.....	14
Глава 2. Фонд социального страхования Российской Федерации и другие органы социального страхования, их структура и функции.....	18
2.1. Комиссия по социальному страхованию на предприятиях, в учреждениях и организациях. Функции комиссии по социальному страхованию.....	19
2.2. Государственные пособия семьям, имеющим детей.....	22
Глава 3. Пенсионное страхование как вид социального страхования.....	28
3.1. Пенсионный фонд и его региональные отделения, структура, функции.....	29
3.2. Виды пенсионного обеспечения.....	34
Глава 4. Социальная защита и социальная помощь населению Российской Федерации.....	37
4.1. Социальное обслуживание населения.....	41
4.2. Государственный характер социальной поддержки населения Российской Федерации.....	45
4.3. Пособие на погребение, как вид социальной гарантии населению.....	46
4.4. Пособия по безработице и иные социальные гарантии для безработных граждан.....	47
Глава 5. Инвалидность, ее причины и меры по снижению уровня инвалидности.....	49
5.1. Медико-социальная экспертиза. Порядок направления на МСЭК и ее основные функции.....	52
5.2. Порядок установления степени утраты трудоспособности и группы инвалидности.....	55
5.3. Реабилитация инвалидов. Индивидуальные программы реабилитации инвалидов.....	58

Глава 6. Медицинское страхование как вид социального страхования	62
6.1. Краткая история развития медицинского страхования в России и за рубежом.....	64
6.2. Предпосылки введения медицинского страхования в России на современном этапе.....	69
6.3. Законодательная база медицинского страхования в Российской Федерации.....	69
Глава 7. Организация медицинского страхования в Российской Федерации	74
7.1. Сравнительный анализ ОМС и ДМС.....	78
7.2. Понятия и термины, применяемые в медицинском страховании.....	80
7.3. Договор ОМС. Страховой медицинский полис.....	82
7.4. Права граждан, застрахованных в системе ОМС.....	85
7.5. Права и обязанности страхователя.....	86
7.6. Проблемы развития ОМС в России.....	86
Глава 8. Источники финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования	89
Глава 9. Фонды обязательного медицинского страхования (федеральный и территориальный), их формирование, назначение	93
9.1. Федеральная (базовая) и территориальные программы ОМС. Принципы формирования базовой и территориальных Программ госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.....	98
Глава 10. Порядок оплаты медицинских услуг в лечебных учреждениях в системе медицинского страхования	101
10.1. Информация по оказанию платных медицинских услуг населению Российской Федерации	105
10.2. Время оказания платных услуг.....	108
10.3. Порядок возмещения вреда причиненного пациенту.....	109
10.4. Порядок обращения в страховую медицинскую организацию. Обязанности СМО по проверке качества лечения.....	110
10.5. Правила составления и подачи искового заявления.....	113
Темы практических занятий «Организация социального и медицинского страхования в Российской Федерации»	115
Вопросы для контроля уровня теоретических знаний и практических навыков по теме: «Организация социального и медицинского страхования в Российской Федерации»	116
Тесты по теме «Организация социального и медицинского страхования в Российской Федерации»	118
Литература	138

ВВЕДЕНИЕ

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, пенсионное и медицинское страхование.

В настоящем пособии даны основные понятия и определения отдельных видов и многих элементов систем медицинского и пенсионного страхования, социального обеспечения граждан России, страхования на случай утраты трудоспособности, дана характеристика медицинских услуг. 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. Большое внимание уделено истории развития и механизмам обеспечения социального и медицинского страхования, социального обеспечения в Российской Федерации и организации медико-социальной экспертизы. Дан практически полный перечень медико-социальных услуг, в том числе индивидуальных программ реабилитации инвалидов, социальной защиты нетрудоспособных граждан. Особое внимание обращено на правоотношения при оказании платных услуг и ДМС.

Авторы выражают надежду, что настоящее пособие поможет курсантам факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов глубоко изучить и понять системы социального и медицинского страхования России и ознакомиться с механизмом реализации прав граждан по их социальной защите и социальной поддержке.

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	– Министерство здравоохранения
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
ЕНВД	– единый налог на вмененный доход
МРОТ	– минимальный размер оплаты труда
ВВП	– валовая величина продукта
ТК	– трудовой кодекс
ГК	– гражданский кодекс
ГПК	– гражданско-процессуальный кодекс
ЗоЗПП	– Закон РФ «О защите прав потребителей»
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
МОТ	– Международная организация труда
МАСО	– Международная ассоциация социального обеспечения

Глава 1

СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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 еще не получила. Причина тому – бывшая монополия государственного страхования, долгое время являвшегося незначительным дополнением финансовой системы. С развитием рыночных отношений меняется и страховое мышление нашего общества.

История развития страхования как системы защиты имущественных интересов граждан

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.

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 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 огневым рискам 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. А 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.

1.1. Классификация государственного социального страхования, основные термины, понятия

Классификация страхования осуществляется в зависимости от форм его проведения (обязательное и добровольное).

Обязательное социальное 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 социальное 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.).

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. К добровольному страхованию относится также имущественное страхование (строений, животных, домашнего имущества, всего более 14 видов) 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.

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.

Основные понятия и термины

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 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 % от суммы в рублях.

Государственное социальное страхование – установленная государством и регулируемая нормами права система материального обеспечения работников в старости, в случае временной или постоянной утраты трудоспособности, членов семей работников (при потере кормильца), а также охраны здоровья работников и членов их семей.

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, 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 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, по беременности и родам, по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, 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, пребывания 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.

1.2. Социальная защита. Социальное обеспечение, его принципы

Социальная защита – это сложная система, создаваемая с целью улучшения здоровья нации, решения социальных проблем ненасильственными методами. По определению ВОЗ, «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 рисков социальных.

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, достойной жизни человека в старости.

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, который обеспечивает компенсацию риска пропорционально вкладу.

* Поглощение риска – принятие его без дополнительных мер предупреждения, снижение этого риска (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). Государственный уровень представлен государственным социальным обеспечением, государственным социальным страхованием и налоговыми льготами на доходы лиц, имеющих социальный риск.

2. Коллективный (корпоративный). В рамках этого уровня происходит перераспределение дохода внутри определенной группы населения, трудовых коллективов, профессионального и т.д. 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. Этому уровню

соответствуют 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 (застрахованных лиц работодателями) и иные поступления от доходов и капитала имеют тенденцию к повышению, что возможно при достижении достаточно высокого уровня жизни.

Право социального обеспечения – отрасль права как совокупность правовых норм, регулирующих определенный комплекс общественных отношений. Право социального обеспечения регулирует распределительные отношения, которые возникают между гражданами и органами системы социального обеспечения в связи с предоставлением гражданам отдельных видов социального обеспечения. Это могут быть отношения в связи с денежной формой обеспечения граждан (пенсии, пособия, компенсации). Это могут быть различного рода услуги, предоставляемые гражданам (социальное обслуживание престарелых и нетрудоспособных, семей с детьми, безработных), а также всевозможные другие виды социальной заботы о детях, пожилых, инвалидах и других категориях граждан.

Принципы социального обеспечения:

- всеобщность и доступность социального обеспечения, все граждане имеют и должны иметь равную возможность в предусмотренных законом случаях получать определенные виды социального обеспечения независимо от расы, пола, национальности, вероисповедания;
- дифференциация в зависимости от условий труда, природно-климатической зоны, продолжительности стажа;
- гарантированность, адекватность уровня обеспеченности и др.

Наука права социального обеспечения как система – это совокупность научных знаний, правовых взглядов, идей, охватывающих знания не только о содержании правовых норм данной отрасли права, но и дающих понятие самой отрасли, ее предмета и метода правового регулирования, системы, раскрывает основные элементы правоотношений в сфере социального обеспечения (основания их возникновения, изменения, прекращения, содержание и т.д.). Содержит знания об истории

развития и перспективах данной отрасли права, развитии законодательства о социальном обеспечении не только у нас в стране, но и за рубежом.

Составными частями или организационно-правовыми формами государственного страхования в РФ являются государственные внебюджетные социальные фонды. На сегодняшний день выделяют Фонд социального страхования, Пенсионный фонд, Фонд обязательного медицинского страхования, Городскую службу занятости населения. Порядок организации их деятельности, фондоисточники и направления расходования средств фондов определяются соответствующими положениями, нормативными актами.

Государственное социальное обеспечение – государственная система материального обеспечения и обслуживания граждан РФ в старости, в случае болезни, полной или частичной потери трудоспособности, инвалидности, потери кормильца, а также семей, в которых есть дети, и в иных случаях, установленных законом в соответствии со ст. 39 Конституции РФ. На основании ст. 41 Конституции РФ каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Оказываемая гражданам помощь осуществляется бесплатно за счет соответствующих страховых взносов и средств бюджетов всех уровней, других поступлений, предусмотренных законом на эти цели. Социальное обеспечение на современном этапе осуществляется на основе принципов всеобщности и доступности социального обеспечения, всесторонности и многообразия его видов в размерах, соответствующих сложившемуся уровню экономики, за счет специальных фондов, созданных для целей социального обеспечения.

Функции по социальному обеспечению выполняют различные государственные органы, министерства, ведомства, отдельные учреждения и организации. Государственные органы социального обеспечения и Пенсионный фонд выплачивают пенсии и пособия. В их ведении находятся различные учреждения социального обеспечения (дома-интернаты, учебные заведения для инвалидов, медико-социальные экспертные комиссии, службы социальной помощи и др.)

Глава 2

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 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, Указами Президента РФ. Непосредственно вопросами финансирования выплат пособий и материального обеспечения в случаях нетрудоспособности граждан занимаются 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, 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 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 (административных 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 (трудоого 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).

Согласно ст. 7 ФЗ от 29.12.2004 г. № 202-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации», на 2005 год сохранен действующий в 2004 году порядок исчисления пособий по ВН, беременности и родам, установленный ст. 8 ФЗ от 08.12. 2003 № 166-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2004 год».

Кроме того, частью 1 ст. 8 ФЗ от 29.12.2004 г. № 202-ФЗ установлено, что в 2005 году до принятия ФЗ об обязательном социальном страховании на случай ВН в связи с материнством и на случай смерти пособие по ВН вследствие заболевания или травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) 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 ВН 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, абортами, пособие выплачивается с первого дня наступления страхового случая за счет средств Фонда социального страхования РФ.

Кроме того, согласно ст. 17 ФЗ от 29.12.2004 г. № 202-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования РФ» пособие по временной нетрудоспособности и пособие по беременности и родам по страховым случаям за полный календарный месяц не могло превышать 12480 рублей, в 2006 г. – 15 тыс. рублей, а с 2007 г. эта сумма ограничивается 16 125 рублями. С 2007 года непрерывность стажа перестанет играть решающую: кто проработал больше 8 лет, начисляют пособие в размере 100% заработной платы, от 5 лет до 8 лет – 80%, менее 5 лет – 60%. Если гражданин работает у нескольких работодателей, размер пособия не может превышать указанную максимальную сумму по каждому месту работы.

Согласно ФЗ «Об основах обязательного социального страхования граждан РФ» от 16.07.1999 г. за № 165-ФЗ, каждый вновь принятый на

работу сотрудник, с первого дня считается застрахованным по обязательному социальному страхованию.

Назначение и выплата пособия регулируются в соответствии с постановлением ВЦСПС (Всесоюзный центральный Совет профессиональных союзов), документ действует с 1984 г. по настоящее время, так как нет более позднего постановления, а также постановлением президиума ВЦСПС ОТ 12.11.1984 г. № 13-Б «Положение о порядке обеспечения пособия по государственному социальному страхованию», с последующим дополнением и изменением.

Профсоюзный орган контролировал правильность назначения пособий по ВН с 1933 г. по 1994 г., когда существовало социальное страхование за счет средств бюджета фонда социального страхования и профсоюзных органов. В настоящее время выдачу листов нетрудоспособности ЛПУ по заявкам и контроль за их использованием осуществляет Фонд социального страхования.

2.2. Государственные пособия семьям, имеющим детей

Выплата данного пособия регламентируется ФЗ № 81 от 19.05 1995 г. (в ред. от 25.07. 2002 г. «О государственных пособиях семьям, имеющим детей»).

Государственные пособия гражданам, имеющим детей, – единая система государственных пособий гражданам, имеющих 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) единовременное пособие по беременности и родам: начисление проводится в размере полной среднемесячной заработной платы, но не более 23400 рублей в месяц; (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);

2) 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.

3) единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель по документу из женской консультации);

4) 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.

Порядок назначения и выплаты указанных государственных пособий устанавливается Правительством РФ.

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 о прекращении 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.

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, – это денежная выплата единовременного характера, которая выплачивается дополнительно к пособию по беременности и родам. Право на это пособие имеют женщины, вставшие на учет в медицинские учреждения в ранние сроки беременности (до 12 недель). Для назначения и выплаты этого пособия предоставляется справка из женской консультации либо другого медицинского учреждения, поставившего женщину на учет в ранние сроки беременности. Назначается и выплачивается единовременное пособие одновременно с пособиями по беременности и родам. Единовременное пособие выплачивается за счет средств Фонда социального страхования РФ, федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ в том же порядке, что и пособия по беременности и родам.

Пособие по беременности и родам – это денежная сумма, выплачиваемая женщинам за период отпуска по беременности и родам в размере 100 % от величины среднемесячной заработной платы, либо стипендии.

Категории женщин, имеющих право на пособие по беременности и родам, и представляемые ими документы:

- подлежащие государственному социальному страхованию (листок нетрудоспособности);
- уволенные в связи с ликвидацией предприятий, учреждений, организаций в течение 12 месяцев, предшествующих дню признания

их в установленном порядке безработными (заявление о назначении пособия, листок нетрудоспособности, выписка из трудовой книжка о последнем месте работы, заверенная в установленном порядке, справка из Городской службы занятости населения о признании статуса безработного);

- указанные выше категории женщин при усыновлении ими ребенка (детей) в течение 70 календарных дней с момента рождения ребенка.

Пособие по беременности и родам выплачивается не позднее 10 дней со дня предоставления необходимых документов.

Единовременное пособие при рождении ребенка – это денежная сумма, выплачиваемая при рождении ребенка одному из родителей. В случае рождения (усыновления) двух и более детей пособие выплачивается на каждого ребенка. Размер единовременного пособия устанавливается на федеральном уровне.

Для назначения пособия и выплаты единовременного пособия при рождении ребенка предоставляются следующие документы: заявление о назначении этого пособия, справка о рождении ребенка, выданная органами ЗАГСа, выписка из трудовых книжек, военного билета или другого документа с последнего места работы (службы). К заявлению лица, заменяющего родителей (опекуна), о назначении единовременного пособия при рождении ребенка прилагается выписка из решения органов местного самоуправления об установлении над ребенком опеки.

Единовременное пособие выплачивается из средств Фонда социального страхования и федерального бюджета не позднее 10 дней с момента подачи всех необходимых документов.

Пособие по уходу за ребенком – ежемесячная выплата денежного характера, назначаемая и выплачиваемая на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет.

Право на ежемесячное пособие по уходу за ребенком (рожденным, усыновленным, принятым под опеку) до достижения им 1,5 лет имеют: матери (отцы, усыновители, бабушки, дедушки, другие родственники или опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком), подлежащие государственному социальному страхованию;

- матери, уволенные в период беременности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет в связи с ликвидацией, в том числе из предприятий, учреждений, организаций или воинских частей, находящихся за пределами РФ;
- матери, обучающиеся с отрывом от производства во всех образовательных учреждениях;
- матери, проходящие военную службу по контракту;

- матери из числа гражданского персонала воинских формирований РФ, находящиеся на территориях иностранных государств, в случаях, когда выплата этих пособий предусмотрена международными договорами;
- матери, уволенные в период беременности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им полутора лет в связи с истечением срока их трудового договора (контракта) в воинских частях, находящихся за пределами РФ, или в связи с переводом мужа из таких воинских частей.

Право на получение ежемесячного пособия на время отпуска по уходу за ребенком до достижения им полутора лет сохраняется в случае работы лица, находящегося в отпуске по уходу за ребенком, на условиях неполного рабочего дня или на дому, а также в случае получения стипендии при продолжении обучения.

Матери, одновременно имеющие право на получение данного пособия и на пособие по безработице, имеют право получать только одно из них по выбору. Пособие выплачивается за период со дня предоставления отпуска по уходу за ребенком по день исполнения ребенку полутора лет. В случае если в период нахождения женщины в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет наступает отпуск по беременности и родам, женщина имеет право выбрать одно из двух выплачиваемых в период соответствующих отпусков видов пособий. Для этого необходимы следующие документы: заявление о назначении этого пособия, копия свидетельства о рождении ребенка. Решение о назначении пособия принимается в десятидневный срок со дня подачи всех необходимых документов. В случае увольнения с работы (за исключением увольнения в связи с ликвидацией предприятия, учреждения, организации) или окончания обучения с отрывом от производства выплата ежемесячного пособия на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет прекращается со дня, следующего за днем увольнения с работы или окончания обучения. Неработающие женщины данное пособие будут получать из Фонда социального страхования.

Ежемесячное пособие на ребенка – денежная сумма, выплачиваемая на каждого ребенка до достижения им 16 лет, если совокупный доход семьи не превышает прожиточный минимум.

Право на получение ежемесячного пособия на ребенка имеет один из родителей (усыновитель, опекун, попечитель) на каждого ребенка, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) и проживающего совместно с ним ребенка до достижения им возраста 16 лет (на учащихся общеобразовательного учреждения – до окончания ими обучения, но не позднее достижения 18 лет). Ежемесячное пособие на ребенка назначается и выплачивается независимо от получения на него пенсии по случаю

потери кормильца, социальной пенсии, алиментов, других социальных выплат, кроме денежных средств, выплачиваемых на содержание ребенка, находящегося под опекой (попечительством). Заявление о назначении ежемесячного пособия на ребенка подается в отдел социальной защиты населения по месту жительства одного из родителей (усыновителя, опекуна, попечителя) в следующих случаях:

- на детей, получающих социальную пенсию и пенсию по случаю потери кормильца;
- на детей неработающих матерей, не состоящих в браке (разведенной, одинокой матери), либо вступивших в брак, но при этом ребенок не усыновлен мужем матери;
- на детей граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью.

Лицо, обратившееся за назначением ежемесячного пособия на ребенка, должно предоставить следующие документы:

1. Заявление установленного образца о назначении ежемесячного пособия на ребенка.
2. Копию свидетельства о рождении на каждого ребенка.
3. Справку с места жительства ребенка о совместном его проживании с родителем (усыновленным, опекуном, попечителем).
4. Справку об учебе в общеобразовательном учреждении ребенка (детей) старше 16 лет.
5. Справку с места работы о доходах на всех работающих членов семьи и совместно с ними проживающих.
6. Выписку из трудовой книжки с последнего места работы родителей (усыновителей, опекуна, попечителя).
7. Справку (выписку) о назначении пенсии по случаю потери кормильца.

На основании ФЗ: «Общие принципы организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» и «Общие принципы организации местного самоуправления в РФ» от 28.08.2004 г. № 58338-4 внесены изменения в сфере охраны здоровья граждан. В соответствии с этим законом в части 5 ст. 23 «Основного законодательства об охране здоровья населения РФ» права беременных женщин и матерей изложены в следующей редакции: *«Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей, устанавливаются законодательством субъектов РФ».*

Таким образом, исключено положение о государственных гарантиях беременным женщинам, кормящим матерям и детям до трех лет предоставления полноценного питания.

Глава 3

ПЕНСИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ВИД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Пенсия (от лат. pensio – платеж) – регулярная денежная выплата (в расчете на месяц), которая производится в установленном законом порядке определенным категориям граждан из социальных и пенсионных фондов, предназначенных для этих целей.

Объекты страхования – страховой риск, связанный с затратами на выплату пенсии при возникновении страхового случая.

Субъектами обязательного пенсионного страхования являются федеральные органы государственной власти, страхователи, страховщик и застрахованные лица.

Страхователи – это те, кто платит страховые платежи – юридические лица, предприниматели, физические лица, индивидуальные предприниматели, нотариусы, адвокаты.

Страховщиками по обязательному пенсионному страхованию, наряду с Пенсионным фондом Российской Федерации, могут являться негосударственные пенсионные фонды в случаях и порядке, которые предусмотрены Федеральным законом.

Застрахованные лица – лица, на которых распространяется обязательное пенсионное страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом. Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, а также проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства.

Основанием для пенсионного обеспечения являются **страховой риск**, т.е. различные юридические факты: достижение определенного возраста; наступление инвалидности; смерти кормильца; длительное выполнение определенной профессиональной деятельности – выслуга лет.

Основными видами пенсии по Закону РФ «О государственных пенсиях в Российской Федерации» являются *трудовые и социальные пенсии*. К трудовым пенсиям относятся пенсия по старости (по возрасту); пенсия по инвалидности; пенсия по случаю потери кормильца; пенсия за выслугу лет.

Если гражданин имеет право одновременно на различные виды пенсии, то по общему правилу назначается и выплачивается только одна, по его выбору. За исключением инвалидов ВОВ, участников ВОВ и вдов

погибших участников ВОВ; им выплачиваются государственная пенсия и дополнительно социальная пенсия.

Обязательное пенсионное страхование – система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию гражданам заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица), получаемого ими установления обязательного страхового обеспечения.

Гарантия прав российских граждан на пенсионное обеспечение до достижения соответствующего пенсионного возраста обеспечена Конституцией России, где сказано: *«В Российской Федерации охраняется труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты»* (ст.7, п.2), а также *«Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом»*.

Государственные пенсии как и социальные пособия устанавливаются законом. Для систематического изложения основных принципов реформирования пенсионной системы России необходимо первоначально уточнить объект реформирования (определить основные понятия, виды и формы пенсионного обеспечения в нашей стране, обосновать базовые принципы государственного пенсионного страхования, сравнить с передовой зарубежной практикой и т.п.), сформулировать актуальные проблемы, препятствующие стабильному развитию пенсионной системы.

Пенсионные системы в практике большинства, как экономически развитых, так и развивающихся государств включают в себя несколько основных элементов:

- государственные пенсионные программы;
- обязательные, накопительные программы;
- профессиональные пенсионные программы;
- дополнительные накопительные программы.

Главная гарантия надежного выполнения пенсионной системой обязательств перед пенсионерами – повышение уровня доходов пенсионеров. Сегодня доля зарплаты в ВВП России составляет порядка 20% (в развитых индустриальных странах она, как правило, в два раза выше). Доля пенсии в ВВП сегодня едва превысила 6 %. Поэтому повысить пенсии можно только одним путем: повышая общие доходы населения.

Логика же повышения пенсий может быть только одна – заинтересовать работающих в зарабатывании пенсионных прав и повысить тем самым уровень доходов пенсионной системы.

С 2002 г. началось реформирование системы пенсионного обеспечения, законодотворческая подготовка к которому велась на протяжении 2001 г. Было решено, полностью выполнить обязательства перед пенсионерами по старому законодательству и, по возможности, повысить пенсионные выплаты отдельным ее категориям (для работающих пенсионеров, для пенсионеров, достигших 80 лет, и инвалидов I группы, инвалидов с детства, для круглых сирот, для родителей, потерявших детей на военной службе). С 1 января 2002 г. повышение получили более 12 млн российских пенсионеров. С февраля того же года для всех 38,5 млн российских пенсионеров прошла ежеквартальная индексация пенсий. Работающие пенсионеры смогли пересчитать пенсию по нормам закона от 17.12.2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», представив данные о последних 24 месяцах работы.

С 1 августа 2003 г. по 1 июля 2004 г. в рамках пенсионной реформы Пенсионным фондом был произведен сбор сведений о трудовом стаже работников, накопленном до начала пенсионной реформы (т.е. до 1 января 2002 г.). Эти сведения занесены на лицевые счета застрахованных для последующего расчета пенсии по новым правилам. Вся работа по сбору и предоставлению информации законом возложена на страхователей, в частности, на организации, индивидуальных предпринимателей и физических лиц, добровольно уплачивающих страховые взносы.

Предполагалось, что новая модель пенсионной системы гарантирует каждому получение пенсии, которая должна, безусловно, обеспечивать прожиточный минимум и напрямую зависеть от страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, исчисляемых исходя из размера получаемой зарплаты.

Иными словами, пенсия по новым правилам не будет назначаться государством, ее должен будет заработать сам гражданин. Полностью по новой модели пенсия будет начисляться лишь тем, кто только после января 2002 г. начал свою трудовую деятельность.

Для тех, кто работал и до начала пенсионной реформы и уже заработал некоторое право на пенсию, пенсия рассчитывается исходя из трудового стажа работников и их заработка. Для тех, кто, заработав ту или иную пенсию в рамках старой пенсионной модели, продолжает работать в рамках новой модели, законодательство предусмотрело конвертацию прав на пенсию.

В назначенной пенсии выделены базовая и страховая части, по которым будет производиться индексация.

Базовая часть трудовой пенсии – это фиксированная часть пенсии, размер которой устанавливается пенсионным законодательством, она находится в бюджете правительства, которое решает необходимость индексации с учетом темпов роста инфляции. Коэффициент индексации и ее периодичность определяются Правительством Российской Федерации (п. 6 ст. 17 закона от 17.12.2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».)

Минимальный уровень социальных гарантий должна обеспечивать базовая пенсия, зависящая от ставки 1 разряда тарифной сетки в бюджетной сфере, ее планируется довести до размера прожиточного минимума.

Права же на базовую пенсию можно заработать за пять лет страхового стажа, из которых до трех лет у женщин зачитываются два отпуска по уходу за ребенком (по полтора года каждый), а у мужчин два года за счет службы в армии, если этому предшествовала трудовая деятельность.

Страховая часть зависит от страховых взносов, которые отчисляются работодателями. Эти взносы суммируются и составляют к достижению пенсионного возраста накопленный пенсионный капитал. Он при выходе на пенсию будет разделен на период среднестатистического дожития или, как он назван в новом законодательстве, «*расчетного ожидаемого пребывания на пенсии*» (он составляет по закону 228 месяцев или 19 лет), и в результате будет определена величина месячной пенсионной выплаты.

Накопительная часть трудовой пенсии предусмотрена только для возрастных групп, для которых установлена уплата страховых взносов на финансирование накопительной части трудовой пенсии, т.е. для мужчин 1953 г. рождения и моложе, для женщин 1957 г. рождения и моложе (ст. 22 Федерального закона от 15.12.2001 г. № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»). Размер накопительной части трудовой пенсии зависит от сумм пенсионных накоплений, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета конкретного застрахованного лица (п. 3 ст. 6 Закона о трудовых пенсиях и п. 3 ст. 9 Закона № 167-ФЗ).

С 1 января 2004 г. застрахованные могут переводить накопительную часть пенсии в негосударственный Пенсионный фонд. Эти средства по выбору граждан инвестируются в государственные проекты либо негосударственными пенсионными фондами.

В новой пенсионной модели предусмотрен механизм внутреннего страхования по случаю инвалидности. С 1.01.2004 г. основанием для назначения пенсии по инвалидности служит ограничение трудовой деятельности I, II, III степени, определяемой по медицинским показаниям. Введение этих видов страхования позволит обеспечить получение достойной пенсии лицам, ставшим инвалидами до достижения

пенсионного возраста, или иждивенцам, потерявшим кормилица. Эти социально уязвимые категории будут защищены более надежно.

Перерасчет трудовых пенсий по нормам нового пенсионного законодательства предусматривается для всех пенсионеров, в том числе работающих, по единым правилам определения ее расчетного размера (либо сохраняется фактический размер, если это окажется выгодно пенсионеру). При этом выплата трудовой пенсии в новом размере осуществляется независимо от факта выполнения оплачиваемой работы.

Финансирование и выплата пенсий осуществляются пенсионным Фондом РФ и его региональными отделениями.

3.1. Пенсионный фонд и его региональные отделения, структура, функции

Пенсионный фонд РФ образован Постановлением Верховного Совета РФ от 22 декабря 1990 г. в целях государственного управления финансами пенсионного обеспечения в РФ. Пенсионный фонд России является самостоятельным финансово-кредитным учреждением, осуществляющим свою деятельность в соответствии с законодательством РФ. Пенсионный фонд находится в ведении Правительства РФ и ему подотчетен. Бюджет Пенсионного фонда России является полностью автономной финансовой системой от государственного бюджета на всех уровнях федерального устройства (федеральном, субъектов Федерации и местном).

С 2001 г. Пенсионный фонд стал сборщиком страховых взносов, как контролирующий орган посредством персонифицированного учета всех работающих. Ежегодно все предприятия, учреждения и организации всех форм собственности подают в Пенсионный фонд справку о размере денежных перечислений на каждого работника. Период предоставления индивидуальных сведений в Пенсионный фонд определен законом с 1 января до 1 марта, сведения передаются согласно графику.

Бюджет Пенсионного фонда России должен быть сбалансирован по доходам и расходам за счет регулирования размера и условий оплаты тарифа страховых взносов различных категорий плательщиков, установленных федеральным законодательством, а также за счет поступлений из федерального бюджета на финансовые выплаты социальных пенсий.

Пенсионный фонд России и его денежные средства находятся в государственной собственности РФ. Денежные средства Пенсионного фонда России не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Согласно новому законодательству пенсия назначается и выплачивается только тогда, когда гражданин обратился с заявлением о назначении пенсии.

Функции Пенсионного Фонда и его региональных отделений:

- целевой сбор и аккумуляция страховых взносов, а также финансирование расходов на выплату пенсий и пособий предусмотренных законодательством;
- организация работы по взысканию с работодателей и других граждан, сумм государственных пенсий по инвалидности вследствие трудового увечья, профессионального заболевания или по случаю потери кормильца;
- капитализация средств Пенсионного фонда России, а также привлечение в него добровольных взносов физических и юридических лиц;
- региональные отделения создают банк данных на каждого плательщика страховых взносов и осуществляют индивидуальное страхование, выдают страховой полис (страховое свидетельство) с указанием индивидуального номера каждого работающего гражданина;
- обеспечивают контроль с участием налоговых органов за своевременным и полным поступлением страховых взносов, а также контроль за правильным и рациональным расходованием его средств;
- организация государственного банка данных по всем категориям плательщиков страховых взносов в Пенсионный фонд России;
- межгосударственное и международное сотрудничество РФ по вопросам, относящимся к компетенции Пенсионного фонда России; участие в разработке и реализации в установленном порядке межгосударственных и международных договоров и соглашений по вопросам пенсий и пособий;
- изучение и обобщение практики применения нормативных актов по вопросам уплаты в Пенсионный фонд России страховых взносов и внесение предложений по ее совершенствованию;
- проведение научно-исследовательской работы в области государственного пенсионного страхования.

Пенсионный фонд может принимать участие в финансировании программ социальной защиты пожилых и нетрудоспособных граждан.

Средства Пенсионного фонда формируются за счет:

- страховых взносов работодателей;
- страховых взносов граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью;
- страховых взносов иных категорий работающих граждан;
- ассигнований из федерального бюджета РФ на выплату государственных пенсий и пособий военнослужащим и приравненным к ним по пенсионному обеспечению гражданам, их

семьям; социальных пенсий, на индексацию указанных пенсий и пособий, а также на предоставление гражданам, пострадавшим от Чернобыльской катастрофы, на расходы по пересылке и доставке пенсий и пособий;

- средств, возмещаемых Пенсионному фонду России Государственным органом службы занятости населения РФ в связи с назначением досрочных пенсий безработным;
- средств, взыскиваемых с работодателей и граждан в результате предъявления регрессивных требований;
- добровольных взносов физических и юридических лиц, а также доходов от капитализации средств Пенсионного фонда России и других поступлений;
- используются благотворительные средства и пожертвования.

Взимание страховых взносов, уплачиваемых работодателями и гражданами в Пенсионный фонд России, производится в установленном порядке. Тарифы страховых взносов в Пенсионный фонд России определяются ФЗ РФ.

Средства Пенсионного фонда России направляются:

- на выплату в соответствии с действующим на территории РФ законодательством, межгосударственными и международными договорами государственных пенсий, в том числе гражданам, выезжающим за пределы РФ;
- на компенсационные выплаты неработающим трудоспособным лицам, выплату ритуальных и иных пособий;
- на оказание органами социальной защиты населения материальной помощи престарелым и нетрудоспособным гражданам;
- на финансовое и материально-техническое обеспечение текущей деятельности Пенсионного фонда России и его органов.

Спорные вопросы между работодателями, иными плательщиками страховых взносов и региональными органами Пенсионного фонда России по вопросам начисления и уплаты страховых взносов разрешаются Пенсионным фондом России либо в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

3.2. Виды пенсионного обеспечения

Трудовая пенсия по старости – регулярная (ежемесячная) денежная выплата, которая назначается и выплачивается в соответствии с ФЗ «О ветеранах» № 5 от 12.01.1995 г. с дополнениями № 40 от 20.03.2000 г. и № 122 от 24.08.2004 г., а также ФЗ от 15.12.2001 г. № 167-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении» и «О трудовых пенсиях в

РФ» от 17.12.2001 г. № 173-ФЗ лицам, достигшим определенного возраста при наличии трудового стажа определенной продолжительности не менее 5 лет (мужчинам по достижении 60 и женщинам по достижении 55 лет).

Пенсия по инвалидности устанавливается в случае наступления инвалидности при наличии ограничения способности к трудовой деятельности и может быть трудовой или социальной.

Трудовая пенсия по инвалидности – ежемесячная денежная выплата, которая назначается и выплачивается гражданам в связи с установлением им степени ограничения способности к трудовой деятельности и может не соответствовать определенной группе инвалидности. Трудовая пенсия по инвалидности устанавливается независимо от причины инвалидности, продолжительности страхового стажа, продолжения инвалидом своей трудовой деятельности, а также от того, когда наступила инвалидность: в период работы, до поступления на работу или после прекращения работы. Трудовая пенсия по инвалидности назначается со дня признания лица инвалидом, если обращение за указанной пенсией последовало не позднее 12-ти мес. с момента признания человека инвалидом. По истечении этого срока пенсия назначается со дня обращения.

Трудовая пенсия по инвалидности может быть изменена при наступлении следующих обстоятельств: изменение степени утраты трудоспособности, изменение количества находящихся на иждивении членов семьи, работа в течение 12 мес. после установления трудовой пенсии по инвалидности. При полном отсутствии у инвалида страхового стажа ему может быть установлена социальная пенсия по инвалидности, которая назначается с месяца обращения, но не ранее возникновения права на нее. Устанавливается в твердых размерах и зависит только от степени утраты трудоспособности. Социальная пенсия по инвалидности увеличивается на районный коэффициент, установленный по месту жительства инвалида.

Для назначения пенсии по инвалидности необходимо к заявлению лица, обратившегося за назначением пенсии по инвалидности, приложить следующие документы: паспорт, справку с МСЭК об установлении инвалидности и степени ограничения способности к деятельности, справку о страховом стаже (при его наличии) о среднем заработке за 60 месяцев подряд в течение всей трудовой деятельности (при наличии такого заработка и по желанию гражданина), при наличии на иждивении нетрудоспособных членов семьи – документы на этих лиц.

В настоящее время трудовая пенсия по инвалидности состоит из базовой и страховой частей. Базовая часть пенсии устанавливается в твердом размере в зависимости от степени утраты трудоспособности. Страховая часть пенсии устанавливается с учетом пенсионных прав (продолжительности стажа и размера заработка), приобретенных до

01.01.2002 г. и суммы страховых взносов, уплаченных в Пенсионный фонд РФ после этой даты.

Социальная пенсия по инвалидности устанавливается в твердых размерах и зависит только от степени утраты трудоспособности. Социальная пенсия по инвалидности увеличивается на районный коэффициент, установленный по месту жительства инвалида.

Пенсия по случаю потери кормильца – ежемесячная денежная выплата, которая назначается и выплачивается членам семьи умершего кормильца. Право на пенсию по случаю потери кормильца имеют нетрудоспособные члены семьи умершего, состоящие на иждивении.

При этом нетрудоспособными членами семьи считаются:

- дети (а так же пасынок/падчерица), братья, сестры и внуки, не достигшие 18 лет, или старше этого возраста, если они стали инвалидами до достижения 18 лет; а проходящие профессиональное обучение в очных учебных заведениях – до окончания обучения (братья, сестры, внуки имеют право на пенсию при условии, что у них нет трудоспособных родителей);
- отец, мать, супруг (жена, муж), если они достигли возраста: мужчины 60 лет, женщины 55 лет, либо являются инвалидами;
- один из родителей или супруг, либо дед, бабушка, брат или сестра, независимо от возраста и трудоспособности, если она (он) занят уходом за детьми, братьями, сестрами или внуками умершего кормильца, не достигшим возраста 18 лет;
- дед и бабушка при отсутствии лиц, обязанных их содержать по закону;
- родителям и вдовам (вдовцам) граждан, погибших вследствие военной травмы, а также одному из родителей или супругу, другому члену семьи (дед, бабушка, брат или сестра), если он (она) занят по уходу за детьми, братьями, сестрами или внуками умершего кормильца, не достигшими возраста 14 лет;
- родители и супруг умершего, не состоявшие на иждивении, имеют право на пенсию, после утраты источника средств к существованию;
- отчим и мачеха имеют право на пенсию наравне с отцом и матерью при условии, что воспитывали или содержали умершего пасынка или падчерицу не менее пяти лет;

Пенсия, назначенная по случаю потери кормильца-супруга, сохраняется при вступлении в новый брак. Порядок и размер начисления данной пенсии тот же, что и по старости, с учетом всех данных.

Глава 4

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Социальная защита – система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих нуждающимся и инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная защита осуществляется в предоставлении нуждающимся гражданам льгот, выплате пособий и компенсаций. Предусмотрена денежная выплата взамен части льгот (сохраняется натуральная льгота для всех льготополучателей на жилищно-коммунальные услуги). Предоставление социальной помощи в денежной форме обеспечивает свободу потребительского выбора и адресное расходование бюджетных средств.

Социальная помощь – периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности. Это оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведение социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Трудная жизненная ситуация – ситуация, объективно нарушающая жизненную деятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнь, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно.

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.

В 1938 году 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 конвенцией 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 представляется 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 же 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 ст. 22, а нормами, закрепляющими 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 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, и 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.

В последнее время социальная сфера в России стала полем постоянных дискуссий. И это неудивительно, поскольку любое решение, затрагивающее условия предоставления социальной помощи, пенсионного обеспечения, льготы по оплате жилищно-коммунальных услуг, напрямую связано с уровнем жизни людей. Большинство сложностей, существующих сегодня в социальной сфере, – результат того, что многие социальные проблемы десятилетиями просто не замечались, а принимаемые в данном направлении решения носили популистский характер. Недофинансирование льгот, таких, как льготное протезирование и лекарственное обеспечение, право на санаторно-курортное лечение и междугородний проезд, порождало обиду на несправедливость и категорически не устраивало работников социальных служб. Ситуация требовала упорядочить социальные обязательства государства перед своими гражданами, и в связи с этим появился Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». В данном законе отмечено, что «права граждан на социальную защиту не могут быть снижены», а «условия предоставления льгот не могут быть ухудшены», то же относится и к размеру финансирования. Однако с 01.01.2005 г. вступил в силу Федеральный закон «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон», «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 28.08.2004 г. № 58338-4. Исключены полномочия по установлению льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении. Эти и все последующие исключения из законодательства льгот различным категориям населения связаны с «приведением системы социальной

защиты граждан, которые пользуются льготами и социальными гарантиями, и которым предоставляются компенсации в соответствии с принципом разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также принципами правового государства с социально ориентированной рыночной экономикой». Это соответствует концепции закона о жестком разграничении полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления. Таким образом, установление порядка и объема предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки (льгот в старой терминологии) в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении по действующему законодательству теперь является полномочием субъектов Российской Федерации. В результате, с 2005 г., регионы должны финансировать все свои обязательства, в том числе по льготным выплатам. Жестко разграничив полномочия в вопросах социальной поддержки с субъектами Федерации, ответственность за возможные социальные проблемы федеральный Центр возложил на регионы. Согласно закону, льготные категории граждан были разделены на федеральные и региональные. Очень важно, что льготные компенсации не учитываются при назначении субсидий на оплату коммунальных услуг. Федеральные льготополучатели: инвалиды труда, инвалиды и участники ВОВ; ветераны боевых действий, члены семей погибших инвалидов, участников ВОВ, ветераны боевых действий; жители блокадного Ленинграда; чернобыльцы и граждане, попавшие в зону радиационного отчуждения, переселенцы; почетные доноры. Правительство вправе пересматривать стоимость социального пакета. С 1 апреля стоимость социального пакета составляет 513 руб. (456 руб. на лекарственное обеспечение и 57 руб. на проезд). В стоимость социального пакета входят проездной билет на пригородный железнодорожный транспорт, бесплатные лекарства, санаторно-курортное лечение один раз в 4 года и бесплатный проезд до места лечения и обратно. Каждый льготник может выбрать, что ему выгоднее – социальный пакет или денежная сумма вместо него, подав заявление в Пенсионный фонд до 1 октября текущего года. Что касается лекарств, то правительство еще будет утверждать список – какие из них будут выдаваться бесплатно, согласно ОМС, а какие придется покупать за полную стоимость. Исключены из списка льготного лекарственного обеспечения труженики тыла, ветераны труда и дети от трех до шести лет из малообеспеченных семей.

Правительство вправе пересматривать стоимость социального пакета. В то же время законопроект ликвидировал значительную часть льгот. Так, он лишил инвалидов ВОВ права на бесплатную установку телефона и

всем категориям отменил льготу по абонентской плате за пользование телефоном и зубопротезированию (кроме военных). Кроме того, Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» отменил без всякой компенсации льготы для сельской интеллигенции – их поддержку также пришлось взять на себя администрации субъектов РФ. Сколько платить региональным льготникам (труженикам тыла, ветеранам труда, реабилитированным гражданам) будут решать в республиках и областях.

С 2005 г. социальная поддержка семей с несовершеннолетними детьми возложена также на областной уровень. В Федеральном законе от 02.08.1995 г. за № 122-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» по поводу выплаты детских пособий записано: *«Финансовое обеспечение указанных пособий отнесено к расходным обязательствам субъектов РФ с исключением из источников их финансирования средств федерального бюджета»*. За субъектами остаются социальная поддержка неимущих и их социальное обслуживание. Каким оно будет, определяют законодательно сами регионы.

Всем льготным категориям граждан гарантируется социальная защита, при этом используются одновременно три ключевых момента: адресность, целенаправленность и эффективность социальной помощи.

Принципы социальной защиты и социальной помощи:

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

4.1. Социальное обслуживание населения

Социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные требования к объему и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания. Эти стандарты утверждаются Правительством РФ и являются обязательными для социальных служб независимо от форм собственности на всей территории РФ.

Иностранные граждане и лица без гражданства пользуются в РФ тем же правом на социальное обслуживание, что и граждане РФ, если иное не установлено международными договорами.

Основные виды социального обслуживания:

- материальная помощь;
- социальное обслуживание на дому;
- социальное обслуживание в стационарных учреждениях;
- предоставление временного приюта;
- организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- консультативная помощь;
- реабилитационные услуги;

Социальное обслуживание осуществляется социальными службами как бесплатно, так и за плату, порядок оплаты определяется Правительством РФ.

Учреждения социального обслуживания (независимо от форм собственности):

- комплексные центры социального обслуживания населения;
- территориальные центры социальной помощи членам семей и детям; центры социального обслуживания;
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- социальные приюты для детей и подростков;
- центры психолого-педагогической помощи населению; центры экстренной психологической помощи по телефону;
- центры (отделения) социальной помощи на дому;
- дома ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками);
- геронтологические центры.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов в соответствии с ФЗ от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», ФЗ от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», ФЗ «О ветеранах» № 5 от 12.01.1995 г. в ред. доп. № 40 от 20.03.2000 г. и № 122 от 24.08.2004 г. включают в себя совокупность социальных услуг: уход, организация питания, содействие в получении медицинской помощи, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи,

помощи в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.).

Вся деятельность социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов строится на следующих **принципах**:

- соблюдение прав человека и гражданина;
- предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
- обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступность для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- преемственность всех видов социального обслуживания;
- ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;
- приоритет мер по социальной адаптации этих категорий граждан;
- ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов.

В муниципальных Центрах социального обслуживания действуют отделения психолого-педагогической и правовой помощи семье и детям, в которых оказывается психологическая, психотерапевтическая, педагогическая и правовая помощь семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, проводится консультирование по вопросам личных проблем; проблемам, связанным с воспитанием и развитием ребенка, по вопросам взаимоотношения родителей и детей, по проблемам супружеских отношений, переживанию утраты близких, здоровью; другим болезненным переживаний (психических травм, страхов, сниженного настроения), гармонизации сексуальных отношений.

Причем коррекция может быть семейная, групповая, индивидуальная.

Отдел социального патронажа семей оказывает комплексную помощь семьям с несовершеннолетними детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации:

- оказание помощи семьям в преодолении кризиса и выхода из трудной жизненной ситуации;
- оказание комплексной помощи по улучшению положения семей с детьми;
- содействие развитию и укреплению семьи, улучшение социального благополучия и здоровья семьи;
- социальный патронаж семей, нуждающихся в социальной помощи, поддержке и реабилитации;

- осуществление консультативной работы по вопросам социального обслуживания, помощи, защите прав ребенка;
- содействие в трудоустройстве подростков на летний период времени;
- содействие в определении детей, оставшихся без попечения родителей, в специализированные учреждения для несовершеннолетних.

Предоставляются правовые услуги юриста по консультации и оформлению документов, много внимания уделяется немощным старым людям.

Старческая немощ – это состояние, при котором человек в результате длительной хронической болезни становится неспособным выполнять повседневные функции, необходимые для нормальной самостоятельной жизни. Это состояние также называют «старческой жизненной несостоятельностью». В данном случае уже требуется постоянная опека и помощь своих близких, которые готовы за ним ухаживать, либо перейти на жительство в дом престарелых, особенно в тех случаях, когда у человека нет близких и родных.

Основные виды оказания помощи немощным старым людям:

- своевременное протезирование, применение слуховых аппаратов, ортопедической обуви, использование различных подручных средств и приспособлений;
- кинезотерапия, т.е. упражнения, позволяющие восстановить способность к передвижению и навыки самообслуживания;
- физиотерапия и водные процедуры;
- фармакотерапия, способствующая физической и психической реабилитации;
- рациональное питание (диета соответственно заболеванию);
- психотерапия;
- трудотерапия специально подобранными занятиями.

При этом используются методы:

- восстановление способности к передвижению у прикованных к постели старых людей пассивными методами (массаж, гимнастика) и активными; т.е. усилиями самих больных;
- ревитализация – укрепление, повышение жизненных сил старого человека, улучшение функций отдельных органов, систем и общее биологическое омоложение. Она может проводиться в лечебно-профилактических учреждениях и в домашних условиях под врачебным наблюдением.

4.2. Государственный характер социальной поддержки населения Российской Федерации

Социальная поддержка – одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности. Социальная поддержка населения – это не только и даже не столько льготы, сколько система качественных и доступных социальных услуг. Для граждан, нуждающихся в социальной поддержке, эти услуги оказываются за счет государства.

Средства фондов социальной поддержки населения формируются за счет следующих источников:

- единовременного перечисления государственных и иных средств на счет фонда социальной поддержки;
- доходов от предпринимательской деятельности предприятий фондов;
- арендной платы за здания, сооружения и имущество фондов; платы за дополнительные услуги службы социальной помощи;
- ассигнований из бюджетов разного уровня на оказание социальной поддержки населению;
- доходов от организуемых фондами денежно-вещевых лотерей, аукционов, добровольных взносов предприятий и организаций;
- на целевое финансирование социальных программ;
- также взносов граждан, иностранных юридических и физических лиц;
- гуманитарной помощи и средств, вырученных от ее реализации, и других поступлений, не противоречащих законодательству.

Право на получение помощи из фонда социальной поддержки населения предоставляется особо нуждающимся пенсионерам, инвалидам, лицам, имеющим иждивенцев (детей и нетрудоспособных членов семьи), другим нетрудоспособным гражданам, у которых совокупный среднедушевой доход не превышает установленного на региональном уровне минимума. Контингент получателей помощи, ее виды, формы и размер определяются органами социальной защиты населения совместно с республиканскими и территориальными фондами в соответствии с установленными социальными нормативами и условиями.

Средства фондов социальной поддержки населения могут расходоваться на дополнительное, сверх бюджетного, финансирование мероприятий:

- предоставление натуральной помощи в виде предметов первой необходимости (продуктов питания, одежды, обуви) бесплатно или по льготным ценам;

- оказание социальных услуг, в том числе и на дому;
- организация бесплатного питания;
- предоставление дотаций на приобретение лекарств, протезно-ортопедических изделий (в соответствии с медицинскими показаниями);
- оказание материальной помощи в виде дополнительных выплат;
- обеспечение ночного проживания бездомных граждан;
- развитие социально-трудовой реабилитации и профессиональной ориентации;
- создание собственных предприятий с целью организации рабочих мест для граждан с ограниченной трудовой деятельностью;
- содействие в предоставлении кредитов на строительство жилья на льготных условиях;
- обеспечение текущей деятельности фондов.

Для того чтобы предоставить вышеперечисленным категориям населения необходимую социальную помощь, в 2005 г. Департаментом социальной защиты населения Томской области был подготовлен законопроект, который сохраняет все основные формы социальной поддержки семьи (детские пособия для малообеспеченных и нуждающихся в государственной заботе семей, натуральные льготы по оплате ЖКУ для многодетных семей, льготный проезд к месту обучения и санаторно-курортного лечения, подарочные наборы для новорожденных).

Однако, согласно вступившему в силу Федеральному закону с 01.01.2005 г., несовершеннолетние с недостатками физического и психического развития по заявлению родителей или лиц, их замещающих, могут содержаться в учреждениях социальной защиты в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов РФ (вместо «за счет средств бюджетов всех уровней»).

4.3. Пособие на погребение как вид социальной гарантии населению

Пособие на погребение – это социальная поддержка населению РФ, гарантированная государством. Пособие выписывается в соответствии с ФЗ от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» в отделе социальной защиты, исходя из стоимости гарантированного законом перечня услуг на погребение. Настоящий закон регулирует отношения, связанные с погребением умерших, и устанавливает гарантии погребения умершего с учетом волеизъявления, выраженного лицом при жизни, и пожеланиями родственников; гарантии предоставления материальной и иной помощи для погребения умершего; санитарные и

экологические требования к выбору и содержанию мест погребения; основные организации похоронного дела в Российской Федерации как самостоятельного вида деятельности.

На территории Российской Федерации каждому человеку после его смерти гарантируется погребение с учетом его волеизъявления: предоставление бесплатно участка земли для погребения тела (останков) или праха в соответствии с настоящим ФЗ.

Супругу, близким родственникам, законному представителю умершего или иному лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего, гарантируются:

1. Выдача документов, необходимых для погребения умершего, в течение суток с момента установления причины смерти. В случаях, если для установления причины смерти возникли основания для помещения тела в морг, выдача тела умершего по просьбе супруга, близких или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, не может быть задержана на срок более двух суток с момента установления причины смерти.
2. Предоставление возможности нахождения тела умершего в морге бесплатно до семи суток с момента установления причины смерти. В случае, если супруг, близкие или иные родственники, законный представитель умершего или иное лицо, взявшее на себя обязанность осуществить погребение умершего, затрудняются осуществить погребение. В случае поиска супруга, близких родственников, иных родственников либо законного представителя умершего этот срок может быть увеличен до четырнадцати дней.
3. Оказание содействия в решении вопросов, предусмотренных п. 3 ст. 7 настоящего ФЗ.
4. Исполнение волеизъявления умершего в соответствии со ст. 5 и 7 настоящего ФЗ.

4.4. Пособия по безработице и иные социальные гарантии для безработных граждан

Социальной защитой безработных занимается городская служба занятости населения.

Пособие по безработице – гарантированная государством материальная поддержка безработных в форме периодических выплат за счет средств городских служб занятости населения. В соответствии с ФЗ от 19 апреля 1991 г. в ред. № 36-ФЗ от 20 апреля 1996 г. РФ «О занятости населения в Российской Федерации» безработными признаются трудоспособные граждане, не имеющие работы и заработка (трудового дохода), проживающие на территории РФ, зарегистрированные в

Городской службе занятости населения для поиска подходящей работы, которые ищут работу и готовы приступить к ней.

Решение о назначении пособия принимается работниками Городской службы занятости населения одновременно с решением о признании гражданина безработным на основании его личного заявления. При этом необходимо представить паспорт, трудовую книжку или документы, их заменяющие (о квалификации), справку с последнего места работы о заработной плате за последние три месяца. Для впервые ищущих работу – паспорт и документ об образовании.

Приняты в 2003 г. поправки к ФЗ «О занятости населения в Российской Федерации».

Сегодня в России 5 млн 145 тысяч безработных, что составляет 7,1 % экономически активного населения. Всемирная организация труда в настоящее время зафиксировала мировой рекорд: число безработных на земном шаре достигло цифры 180 млн. Такого в современном мире еще не было. Больше всего безработных сегодня в Африке и на Ближнем Востоке. В Аргентине без работы 22% трудоспособного населения. В странах Еврoзоны (таких как Испания, Германия, Франция) безработица практически побеждена и составляет незначительный процент.

Теперь в законе есть перечень услуг, которые городская служба занятости населения должна бесплатно предоставить каждому, кто ищет работу – это самые свежие вакансии, возможность переобучиться новой, более востребованной на рынке труда профессии и поддержка профессионального психолога.

Глава 5

ИНВАЛИДНОСТЬ, ЕЕ ПРИЧИНЫ И МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Социальные проблемы в любом государстве порождают инвалидность населения. В мире проблема инвалидности для здравоохранения сводится не только к определению и формированию соответствующего статуса инвалида. Прежде всего она предполагает большие финансовые затраты на медицинскую помощь, особенно высокоспециализированную и дорогостоящую, в которой более всего нуждается данная категория населения. Медицинская статистика показывает, что в Российской Федерации около 90% инвалидов ежегодно обращаются за медицинской помощью, в среднем 9 раз в год, при этом $\frac{3}{4}$ обратившихся нуждаются в проведении лечения.

Инвалидность – это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья человека со стойким расстройством функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм и дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость в социальной защите.

Инвалидность пожилых – стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Установление стойкой утраты трудоспособности осуществляется медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК), относящейся к органам социальной защиты населения, по направлению лечебно-профилактического учреждения. Уровень инвалидности составляет 70–78 случаев на 10 тысяч взрослого населения, 15–19 случаев на 1000 детей до 15 лет. По данным ВОЗ уровень инвалидности составляет 10 % от числа всего населения земного шара, среди детей 2 % и выше. В Англии этот показатель составляет 8 %, в США – 10 %, в Канаде – 20 %. Общее число инвалидов в России достигает 8,4 млн человек. Среди причин инвалидности на первом месте находятся чаще всего болезни органов кровообращения (удельный вес 30 % от всех причин инвалидности), на втором и третьем местах – травмы и злокачественные заболевания – 13 и 11 % соответственно, на четвертом месте – туберкулез (8 %). Среди детей максимальное число инвалидов вследствие психических расстройств и врожденных дефектов – первое место, второе место – врожденные пороки

развития, третье место занимают последствия травм и несчастных случаев.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965 «О признании граждан инвалидами», **инвалид** – это человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма вследствие заболеваний, травм или дефектов, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты; лицо, которое вследствие заболеваний, травм или дефектов ограничено в своей жизнедеятельности и частично или полностью утратило трудоспособность.

Под **ограничением жизнедеятельности** в данном случае понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Степень ограничения жизнедеятельности – величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Таким образом, для **основания признания гражданина инвалидом** необходимо сочетание трех условий:

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
2. Ограничение жизнедеятельности.
3. Необходимость осуществления мер социальной защиты.

На основании Постановления Правительства РФ «О признании граждан инвалидами» от 13 августа 1996 г. № 965 наличие лишь одного из указанных факторов не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Основными факторами, определяющими ту или иную группу инвалидности, являются:

- степень выраженности нарушений функций организма вследствие заболевания, травмы или дефекта;
- степень ограничения отдельных категорий жизнедеятельности;
- наличие социальной недостаточности, требующей социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья.

Социальная недостаточность – социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Меры медицинского характера по предупреждению инвалидности:

- своевременная и правильная постановка диагноза и снижение уровня заболеваний;
- своевременное назначенное, правильное комплексное лечение;

- повышение профессионализма врачей;
- внедрение современных эффективных медицинских технологий в диагностику, лечение и реабилитацию больных;
- оснащение ЛПУ современным лечебно-диагностическим оборудованием;
- укрепление материально-технической базы;
- проведение полного комплекса мероприятий по антенатальной охране плода;
- правильное ведение родов;
- своевременное медико-генетическое консультирование семей;
- правильное наблюдение детей от 0 до 14 лет.

Основной причиной, обуславливающей нуждаемость инвалидов в социальной защите, является их неспособность, вследствие ограничения жизнедеятельности к самостоятельному проживанию, к поддержанию социальных связей, к обеспечению экономической независимости и т.д.

Признание лица инвалидом осуществляется МСЭК в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, по направлению учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения (для лиц без определенного места жительства), при наличии медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Учреждения здравоохранения направляют в установленном порядке гражданина на МСЭК после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Медицинские услуги, необходимые для проведения МСЭК, включаются в базовую программу ОМС граждан РФ, согласно ФЗ от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в РФ».

Установление факта стойкой нетрудоспособности – сложный и ответственный акт, в котором принимают участие органы здравоохранения (лечащие врачи, клиничко-экспертные комиссии) и органы социальной защиты населения в лице МСЭК. Определение стойкой нетрудоспособности и группы инвалидности – длительный процесс, базирующийся на изучении заболеваемости населения, при этом врачи выявляют признаки стойкой нетрудоспособности, а органы социальной защиты населения устанавливают факт инвалидности.

Установление стойкой нетрудоспособности или инвалидности юридически ответственный момент, так как инвалид приобретает права: право ограничить или полностью прекратить профессиональную

деятельность, право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение (дома-интернаты), право направления на переобучение и др.

От общего числа инвалидов 49,8 % занимают лица трудоспособного возраста.

Право направлять граждан на МСЭК имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления на МСЭК клинико-экспертной комиссией учреждения (форма направления на МСЭК утверждается в установленном порядке).

5.1. Медико-социальная экспертная комиссия. Порядок направления на МСЭК и ее основные функции

Лечащий врач проводит тщательное клиническое, лабораторное, инструментальное, рентгенологическое обследование больного, определяет условия, характер и тяжесть труда, наличие профессиональных вредностей, уточняет, как больной справляется с работой и трудовую установку больного.

При наличии показаний КЭК выносит соответствующее решение и направляет больного на МСЭК.

На МСЭК направляются и больные, у которых болезненные явления приняли устойчивый характер, несмотря на все принятые меры к выздоровлению, при этом нет смысла продолжать наблюдать больного более 4 месяцев. Направляются на МСЭК лица, имеющие признаки стойкой нетрудоспособности, продолжающейся более 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез – 12 месяцев) и требующей дальнейшего долечивания. На МСЭК направляются и работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации при ухудшении клинического и трудового прогнозов.

Документы для прохождения МСЭК:

- 1) паспорт с указанием прописки;
- 2) трудовая книжка или ее копия, заверенная в установленном порядке;
- 3) листок нетрудоспособности с датой направления на МСЭК (для лиц, которые работают);
- 4) для бывших военнослужащих – военный билет и свидетельство о болезни, если был комиссован;
- 5) для участников и инвалидов ВОВ – удостоверение ВОВ, архивные медицинские документы;
- 6) при травмах на производстве – акт о несчастном случае;
- 7) посылной лист.

МСЭК проводит освидетельствование по месту жительства.

Лица, подлежащие освидетельствованию на МСЭК:

- рабочие, служащие и другие граждане, на которых распространяется государственное социальное страхование;
- учащиеся высших, средних, специальных учебных заведений, аспиранты, ординаторы;
- граждане, у которых нарушение нетрудоспособности возникло в связи с выполнением государственных обязанностей или долга по спасению человеческой жизни, по охране государственного правопорядка;
- рабочие и служащие, прекратившие работу, бывшие военнослужащие, члены семей, потерявшие кормильца, при наличии у них прав на назначение пенсии;
- инвалиды с детства;
- члены семей неработающих пенсионеров для установления надбавки к пенсии;
- рабочие и служащие, получившие увечье либо повреждение здоровья, связанное с их работой, для установления степени утраты трудоспособности в целях определения размера возмещения предприятиями причиненного ущерба, степень утраты определяется в процентном отношении;
- инвалиды для переосвидетельствования;
- инвалиды с детства I и II группы и другие лица, а также не имеющие права на пенсию и обращающиеся за назначением пособия, права на получение которого обусловлено наличием инвалидности;
- лица, направляемые в дома инвалидов и интернаты;
- инвалиды по направлению органов социальной защиты с целью определения медицинских показаний на получение автотранспорта или противопоказаний к его вождению.

Основные функции МСЭК:

- определение состояния трудоспособности, постоянной (стойкой) или длительной ее утраты;
- установление степени утраты трудоспособности и группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании;
- определение причины стойкой нетрудоспособности;
- определение времени фактического наступления инвалидности; установление степени утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в %);
- определение для инвалидов условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья;
- направление на переобучение;

- проверка правильности использования инвалидов на работе в соответствии с заключением комиссии;
- содействие укреплению здоровья населения и предупреждению инвалидности;
- анализ утраты трудоспособности в случае инвалидности совместно с органами здравоохранения, администрацией предприятий и профсоюзными органами;
- организационно-методическая работа (подготовка информационно-методических писем, методических рекомендаций, проведение семинаров, конференций, клиничко-экспертных разборов, консультаций, стажировка).

МСЭК подразделяются на комиссии общего и специализированного профилей (кардиологические, онкологические, противотуберкулезные и др.).

В состав МСЭК общего профиля входят три врача (терапевт, хирург, невропатолог), представители органов социальной защиты населения, представитель профсоюзной организации и медицинский регистратор. Один из врачей, чаще всего терапевт, более опытный и сведущий в вопросах экспертизы, назначается председателем. МСЭК принимает решения путем коллегиального голосования, заседания проводятся согласно утвержденному плану. Возможно освидетельствование больных на дому и при необходимости на базе крупных ЛПУ.

На основании экспертного решения МСЭК оформляется заключение «Справка МСЭК», в которой отмечаются степень утраты трудоспособности, группа и причина инвалидности, трудовые рекомендации и срок очередного переосвидетельствования. В трехдневный срок МСЭК направляет соответствующим предприятиям, учреждениям извещение установленного образца о принятом решении. В тех случаях, когда освидетельствованный больной не согласен с вынесенным решением, он в течение одного месяца может подать письменное заявление о пересмотре решения МСЭК на имя председателя МСЭК, и в трехдневный срок вся документация передается в вышестоящий МСЭК, и их решения являются окончательными.

В состав высших МСЭК входят 4 врача: терапевт, хирург, невропатолог и врач организатор-методист. Председателем комиссии является главный эксперт республики, края, области или города. Решение высших МСЭК принимается большинством голосов членов комиссии. При равенстве голосов мнение председателя комиссии является решающим. Член комиссии, не согласный с принятым решением, в письменном виде излагает свое мнение, которое приобщается к делу.

5.2. Порядок установления степени утраты трудоспособности и группы инвалидности

В России в зависимости от степени утраты трудоспособности МСЭК органов социальной защиты населения устанавливают инвалидность I, II, III групп. Нормативной базой для признания граждан инвалидами является Постановление Правительства РФ «О признании гражданина инвалидом» от 13 августа 1996 г. № 965.

Инвалидность классифицируется не только по степени утраты или ограничения трудоспособности, но и в зависимости от причин, т.е. социально-биологических условий, приведших к ней, которые должны быть юридически обоснованы и представлены в соответствующих документах:

- * инвалидность вследствие общего заболевания;
- * инвалидность в связи с трудовым увечьем;
- * инвалидность вследствие профессионального заболевания;
- * инвалидность с детства;
- * инвалидность до начала трудовой деятельности;
- * инвалидность у бывших военнослужащих.

В настоящее время более 15% от общего числа инвалидов составляют участники ВОВ.

I группа инвалидности устанавливается наиболее тяжелым больным, у которых наступила полная или длительная потеря трудоспособности и которые нуждаются в повседневном систематическом постороннем уходе, помощи, надзоре (они составляют в структуре инвалидности 12,7%). Чаще всего это какие-то необратимые процессы: конечная стадия онкологического заболевания, парализация после перенесенного инсульта, слепота, тяжелые анатомические дефекты (высокая ампутация нижней конечности и др.). Установление I группы инвалидности не вызывает затруднений у врачей-экспертов, но все же ошибки возможны (ставят диагноз рака, а его не оказывается; неправильная оценка тяжести клинического прогноза врачами МСЭК, нераспознавание аггравации (чаще всего слепоту и психические заболевания)).

Критерием для определения I группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- * способности к самообслуживанию III степени;
- * способности к передвижению III степени;

- * способности к ориентации III степени;
- * способности к общению III степени;
- * способности контроля за своим поведением III степени.

II группа инвалидности устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушений функций организма, но не нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) и является самой многочисленной в структуре инвалидности – 58,0 %.

II группа инвалидности устанавливается лицам:

- со стойкими нарушениями функций, когда выполнение профессионального труда полностью недоступно;
- лицам, которым труд противопоказан, поскольку под влиянием трудовых процессов может наступить ухудшение течения заболевания, решающее значение имеет клинический прогноз (повторные инфаркты, частые и затяжные гипертонические кризы);
- лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, которым труд не противопоказан, но требуется создание особых облегченных условий (работа на дому, сокращенный рабочий день) Например, при тяжелой форме язвенной болезни с краткосрочными ремиссиями, эпилепсия с частыми припадками.

Критерием для установления II группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- * способности к самообслуживанию II степени;
- * способности к передвижению II степени;
- * способности к трудовой деятельности II, III степени;
- * способности к обучению II, III степени;
- * способности к ориентации II степени;
- * способности к общению II степени;
- * способности контроля за своим поведением II степени.

Ограничение способности к обучению II и III степени может быть основанием для установления II группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности, за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению II, III степени может обусловить необходимость установления II группы инвалидности.

При установлении II группы инвалидности могут допускаться следующие ошибки:

- устанавливается II группа инвалидности лицам, у которых еще не ясен трудовой прогноз, а через 2–3 месяца больной выходит на работу (после перенесенного инфаркта);
- переоценка тяжести функциональных нарушений;
- нераспознавание аггравации.

III группа инвалидности находится на втором месте в структуре инвалидности и составляет 29,3 %.

Данная группа инвалидности присваивается лицам:

- которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации (перевод рабочего с 5–6 разряда на более низкий разряд, либо перевод высококвалифицированного токаря на раздатчика инструментов в связи с гипертонической болезнью II стадии);
- которым необходимы значительные ограничения по своей профессии, что приводит к резкому сокращению объема производственной деятельности (одновременное обслуживание нескольких станков);
- низкой квалификации или ранее не работавшим ввиду значительного ограничения возможности трудового устройства из-за сужения круга доступных работ (перевод дворника, страдающего пояснично-крестцовым радикулитом, на должность вахтера);
- имеющим выраженные анатомические дефекты и деформации (имеется перечень в МСЭК).

Критерием для определения III группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительным или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию I степени;
- способности к передвижению I степени;
- способности к трудовой деятельности I степени;
- способности к обучению I степени;
- способности к ориентации I степени;
- способности к общению I степени.

Ограничение способности к общению I степени и способности к обучению I степени может быть основанием для установления III группы

инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких категорий жизнедеятельности.

Ошибки МСЭК при установлении III группы инвалидности могут быть в необоснованном признании трудоспособными тех больных, которые фактически являются инвалидами III группы из-за неточного диагноза или вообще в необоснованном установлении группы инвалидности, что встречается чаще.

Для систематического наблюдения за состоянием здоровья и трудоспособностью инвалидов проводится переосвидетельствование: I группа инвалидности устанавливается на два года, а II и III группы инвалидности - на один год. При ухудшении состояния здоровья возможно более раннее переосвидетельствование. Часто группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования, как правило, при тяжелых заболеваниях, при отсутствии тенденции к улучшению клинического и трудового прогнозов.

5.3. Реабилитация инвалидов.

Индивидуальные программы реабилитации инвалидов

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация, при этом учитываются реабилитационный прогноз и потенциал, а также клинический прогноз.

Реабилитационный потенциал – комплекс биологических, психофизиологических и личностных характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени компенсировать или устранить его ограничения жизнедеятельности.

Реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Клинический прогноз – научно обоснованное предложение о дальнейшем исходе болезни на основании комплексного анализа клинико-функциональных характеристик нарушения здоровья, течения заболевания и эффективности лечения.

Впоследствии создаются специальные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности – специфические санитарно-гигиенические условия, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалиду

осуществлять трудовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

Создаются специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов – рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов. У нас в стране работают примерно 10% инвалидов. Однако, согласно законодательству, если раньше инвалиду I группы разрешалось работать в специально созданных условиях или на дому, то теперь ему, уже инвалиду III группы, трудиться запрещено. В справке у него записано «не трудоспособен». Для таких инвалидов пенсия становится основным источником доходов.

Вспомогательные средства – специальные дополнительные орудия, предметы, приспособления и другие средства, применяемые для компенсации или замещения нарушенных или утраченных функций организма и способствующие адаптации инвалида к окружающей среде.

В соответствии со ст. 11 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 г. за № 181 государственной службой медико-социальной экспертизы разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) – это перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способности инвалида к бытовой, общественной, профессиональной и др. видов реабилитации, исходя из его потребности, круга интересов, уровня притязаний, прогнозируемого результата.

ИПР составляется и реализуется при согласии инвалида или его законных представителей. Специалисты МСЭК, определив необходимость и целесообразность составления ИПР, обязаны объяснить освидетельствуемому лицу цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать соответствующую запись в акте освидетельствования о дате проведения собеседования. Если больной согласен с проведением реабилитационных мероприятий и составлением ИПР, то им пишется заявление на имя руководителя МСЭК, при несогласии, ставится подпись и дата отказа в акте освидетельствования. Со дня подачи заявления ИПР должна быть оформлена не позднее месячного срока в 2 экземплярах. Один выдается на руки инвалиду (либо законному представителю), второй экземпляр высылается в территориальный орган социальной защиты по месту жительства.

Основные этапы составления ИПР:

1. Проведение реабилитационно-экспертной диагностики.
2. Оценка реабилитационного потенциала, прогноза и мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду компенсировать или восстановить нарушенные функции.

При этом обязательно учитываются пожелания инвалида.

Реализация ИПР осуществляется учреждениями, предприятиями, организациями, задействованными в исполнении ИПР, в соответствии с ФЗ РФ от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в РФ» ст. 16, 21, 22.

Координация и содействие по реализации ИПР проводятся территориальными органами социальной защиты.

Обязанности органов социальной защиты населения по ИПР:

- 1) осуществлять регистрацию инвалидов в журнале нуждающихся в ИПР по направлению МСЭК;
- 2) при получении ИПР органы социальной защиты должны навестить инвалида сами, не ожидая его прихода к ним;
- 3) определить учреждения, структуры, где будет представлен комплекс реабилитационных услуг, мероприятий по выполнению ИПР;
- 4) осуществлять контроль и координацию между учреждениями и структурами по реабилитации инвалида, согласно разделам ИПР, до полного ее выполнения;
- 5) проверять и контролировать ежеквартально выполнение ИПР инвалидами;
- 6) разъяснять, освидетельствованным ранее на инвалидность бессрочно, об оформлении и получении ими ИПР в межрайонных бюро МСЭК;
- 7) разъяснять инвалидам, прошедшим курс реабилитации, о необходимости явиться на переосвидетельствование в МСЭК с отметками в ИПР о проведении реабилитационных мероприятий.

Для достижения максимального эффекта необходимо стремиться к проведению всех трех видов мероприятий: медицинских, профессиональных и социально-реабилитационных

Медицинская реабилитация – комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций больного человека, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения пациента к активной самостоятельной жизни.

Медицинская реабилитация включает все виды восстановительного лечения в стационарах, амбулаториях, санаторно-курортных условиях,

диспансерное наблюдение, профилактические мероприятия, а также реконструктивную хирургию, протезирование и др.

Мероприятия по медицинской реабилитации проводятся в учреждениях здравоохранения. Профилактические, оздоровительные и поддерживающие мероприятия могут проводиться на базе различных структур и учреждений социальной защиты населения.

Профессиональная реабилитация – многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности больного или инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, с целью достижения им материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество. Профессиональная реабилитация включает экспертизу потенциальных профессиональных возможностей, профориентацию, профподготовку, профессионально-производственную адаптацию, рациональное трудоустройство.

Социальная реабилитация – комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов. Восстановление их социального статуса и способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности путем социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, различных видов патронажа и социального обслуживания.

Мероприятия по социальной реабилитации проводятся в учреждениях, организациях, предприятиях независимо от их организационно-правовой формы собственности:

- * учреждениях государственной службы реабилитации инвалидов;
- * учреждениях социальной защиты;
- * негосударственных реабилитационных учреждениях;
- * образовательных учреждениях для детей инвалидов;
- * специализированных учреждениях профессионального обучения инвалидов;
- * учреждениях и структурах Городской службы занятости населения;
- * отделениях территориальных и комплексных центров социального обслуживания населения.

Мероприятия социально-профессиональной реабилитации выполняются Городской службой занятости населения.

Оценка результатов реабилитационных мероприятий осуществляется специалистами МСЭЖ при очередном переосвидетельствовании инвалида или в порядке систематического наблюдения, при посещении предприятий выносится итоговая оценка. Решается вопрос о необходимости разработки новой программы ИПР.

Документация по ИПР ведется в МСЭЖ:

1. Журнал учета выданных ИПР.
2. Журнал отказов от ИПР.

Глава 6

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ВИД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

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

Настоящий закон был принят Верховным Советом РСФСР 28 июня 1991г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (с доп. и измен. в ред. Закона РФ от 02.04.1993 г. № 4741-1; Указа Президента РФ от 24.12.19 93 г. № 2288; ФЗ от 01.07.1994 г. № 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, имеющее своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от 28.06.1991 г. «О медицинском страховании граждан в РФ» с доп. и измен. в ред. Закона РФ от 02.04.1993 г. № 4741-1; Указа Президента РФ от 24.12. 1993 г. № 2288; ФЗ от 01.07.1994 г. № 9 - ФЗ).

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 фондов медицинского страхования (страховых 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 проблемы:

- *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, ведением информационно емких учетных операций.

В настоящее время система регулируемого страхования здоровья имеет место быть 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.

6.1. Краткая история развития медицинского страхования в России и за рубежом

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 признаку, 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 в.в. – 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», на основании в 1917 г. принят 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.
- 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 существует децентрализованная, централизованная и смешанная системы 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 ФРГ наряду с ОМС существует частное медицинское страхование, которое достаточно дорогое и недоступное для большей части населения. В ФРГ 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.

6.2. 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, отсутствием 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 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.

6.3. 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 09.01.96, №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. Это 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;
- базовая программа ОМС граждан РФ;
- типовой договор ОМС;
- типовой договор ДМС;
- страховой медицинский полис ОМС;
- страховой медицинский полис ДМС;
- инструкция 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). 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 11.10.93 г. № 1018. Наибольшее значение имеют Постановления Правительства и нормативные акты Министерства здравоохранения РФ и ФФОМС.

Постановлением Правительства РФ от 26.10.99 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, огромной 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 все 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 «Возмещение 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.

Глава 7

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 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 РФ равные по объему, качеству 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, 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.

Новой и перспективной формой добровольного медицинского страхования является медицинский «Ассистанс» – гарантия обеспечения немедленной помощи застрахованным в любой ситуации.

Как правило, «Ассистанс» имеет подразделения во всех территориях, где работают филиалы компании. Партнерские отношения с российскими и зарубежными ассистанскими компаниями гарантируют оказание медицинской помощи в любой ситуации на территории России, стран СНГ и при поездке за рубеж.

В настоящее время все больше организаций начинают заключать договоры со страховыми компаниями на ДМС. Основная цель при этом

состоит в том, чтобы пройти нормальную 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, 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, имеют следующие обязанности:

- 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.

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

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, как важнейший фактор управления персоналом предприятия, организации, фирмы.

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. Технология обязательного медицинского страхования населения представлена на примере ОМС Томской области (рис. 1)

Но 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.

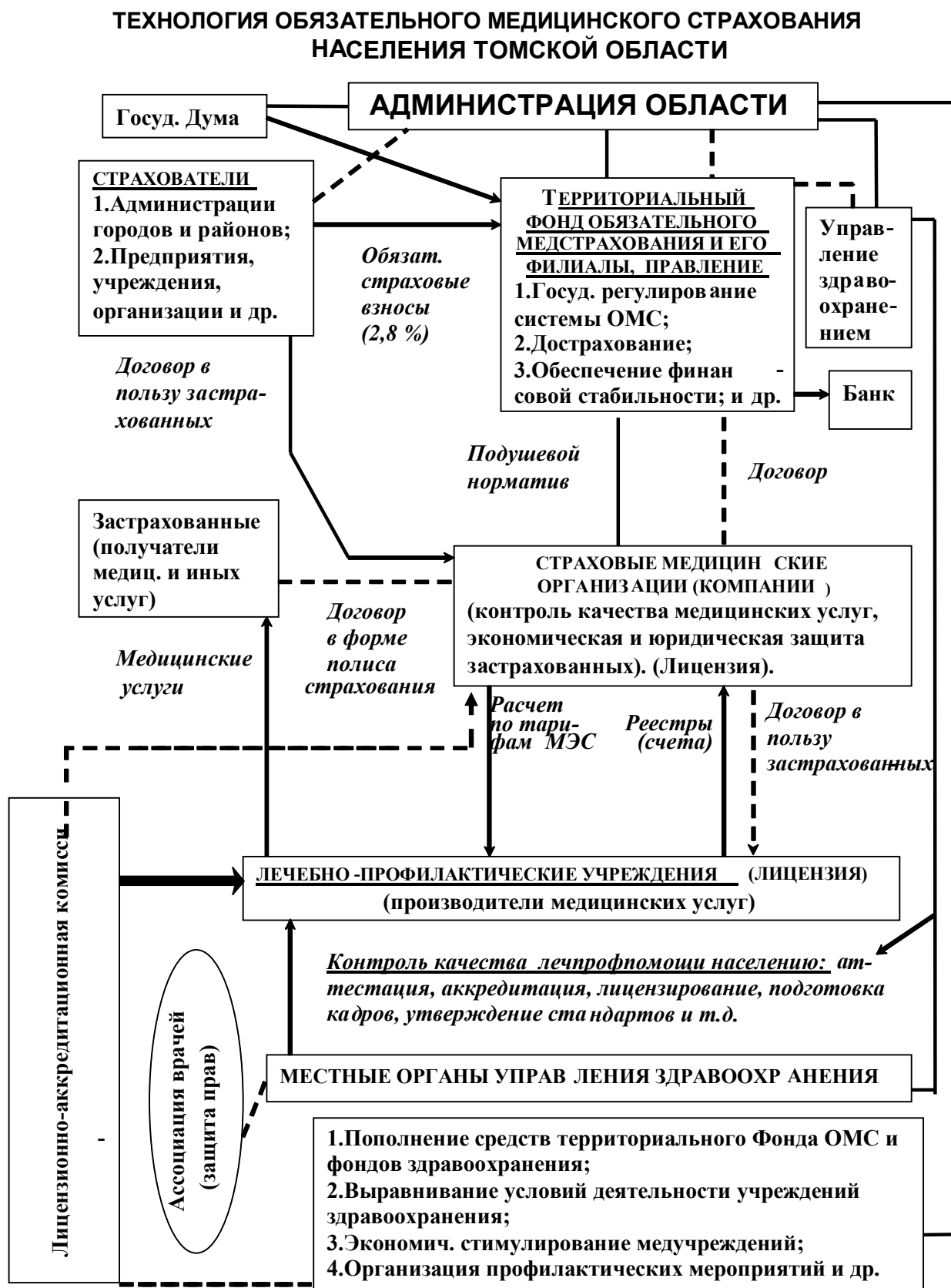


Рис. 1. Технология обязательного медицинского страхования населения Томской области.

7.1. Сравнительный анализ ОМС и ДМС

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.936 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 интересов, 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 – это организации государственной формы собственности.

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

Отличительные признаки обязательной и добровольной форм медицинского страхования представлены в табл. 1

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
Внешний контроль	Федеральный орган исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью	Государство, органы государственной власти, федеральный орган исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью

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»).

Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависят 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»).

7.2. 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.

7.3. Договор ОМС. 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. Страховой медицинский полис ОМС действителен на

всей территории РФ, а также на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан. 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 изменения социального положения, либо изменения 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 приведет 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 формах, 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 1,8% фонда оплаты труда перечисляется на счет Территориального ФОМС, а 1,0% – 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.

7.4. 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. Иностранцы 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.

В случае нарушения прав граждан в области охраны их здоровья и неоказания квалифицированной и некачественной медицинской помощи они вправе обратиться с жалобой в соответствующие органы и учреждения, а также к должностным лицам (см. гл. 10 данного пособия).

7.5. 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.

7.6. Проблемы развития ОМС в России

При анализе экономических факторов, обеспечивающих нормальное функционирование системы ОМС, необходимо рассматривать всю

совокупность возникающих финансовых отношений. Здесь можно выделить **три основные группы отношений**, сложившихся в ходе реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»:

1. Государство (в лице федерального и территориальных фондов ОМС) – страхователи (в лице хозяйствующих субъектов, работодателей и администраций территорий). Эта группа взаимоотношений связана с аккумулярованием денежных ресурсов.
2. Территориальный фонд – лечебно-профилактические учреждения (в случае выполнения фондом функций страховщика). Эта группа отношений связана с расходованием денежных средств.
3. Федеральный фонд ОМС – территориальный фонд ОМС. Эта группа отношений охватывает как аккумулярование, так и расходование денежных ресурсов. От устойчивости связей между данными субъектами зависит устойчивость всей системы по социальной защите больших групп населения, а также работников здравоохранения, которые могут быть лишены своих рабочих мест без достаточных на то оснований.

Другое направление предполагает создание территориальной больничной кассы, имеющей монопольное право на ОМС и образующей филиалы на местах, действующие под руководством и по программе территориальной больничной кассы. Сохраняются, по сути, административные методы управления, но в рамках ОМС. В этом случае средства территориальных больничных касс формируются из бюджета (страхование неработающих) и внебюджетных источников (начисление на заработную плату работающих на данной территории и другие источники) и распределяются территориальной больничной кассой по филиалам, исходя из условий, в которых действует филиал. Следующий подход предполагает создание независимых от органов управления здравоохранения финансово-кредитных учреждений, которые аккумулируют все бюджетные средства здравоохранения и управляют ими. При этом они способствуют демонтажу командной системы здравоохранения. Разрабатывают и внедряют «правила игры» для субъектов медицинского страхования, осуществляют организационно-методическую деятельность, создают условия для формирования рынка медицинских услуг.

Как известно, в Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в 1993 г. были внесены соответствующие изменения, которые можно рассматривать как компромиссное сочетание двух последних направлений. Эти изменения предусматривали создание самостоятельных республиканских и территориальных фондов ОМС,

своеобразных государственных финансово-кредитных учреждений. Все средства, предназначенные на ОМС, аккумулируются в фондах. Фонды не являются страховщиками, они осуществляют текущее финансирование деятельности медицинских учреждений на договорной основе.

Территориальный фонд ОМС осуществляет аккумулирование денежных средств, а также управление ими, включающее:

- разработку и согласование с субъектами ОМС тарифов на медицинские услуги;
- разработку и утверждение дифференцированных нормативов для филиалов фонда и страховых медицинских организаций;
- заключение договоров финансирования со страховыми организациями, а при их отсутствии – договоров о страховании на медицинскую помощь с медицинскими учреждениями;
- использование временно свободных средств ОМС для размещения банковских депозитов и т. п.
- размещение и пополнение нормированного страхового запаса.

Кроме того, управление денежными средствами предполагает медико-экономический анализ эффективности программ ОМС, выбор оптимального способа оплаты медицинской помощи.

Глава 8

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ 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 том числе и по финансированию здравоохранения.

В соответствии со ст. 35 закона 2005 года 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 том числе 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.

Источники финансовых ресурсов системы здравоохранения РФ определены ст. 10 Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» (рис. 2). Таковыми источниками являются:

- 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. 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.

Схема финансового взаимодействия субъектов ОМС



Рис. 2. Схема финансового взаимодействия субъектов ОМС.

Глава 9

ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ФЕДЕРАЛЬНЫЙ, 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 нецелевого использования средств. 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.

Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) – областное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, созданное для реализации государственной политики в системе ОМС, аккумулирования 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.

Территориальные фонды ОМС действуют во всех субъектах РФ, создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ. Введение ОМС позволило создать основу для формирования системы защиты прав пациентов, осуществляемую территориальными фондами ОМС и их филиалами, а также страховыми медицинскими организациями. Состав правления территориальным ФФОМС утверждается законодательным органом субъекта РФ. Председатель избирается из состава правления и утверждается законодательными органами (рис. 3)

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.

Организационная структура ТТФОМС



Рис. 3. Организационная структура ТТФОМС

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 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, осуществляющий 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.

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.) (рис. 4).

Организационная структура Федерального фонда ОМС

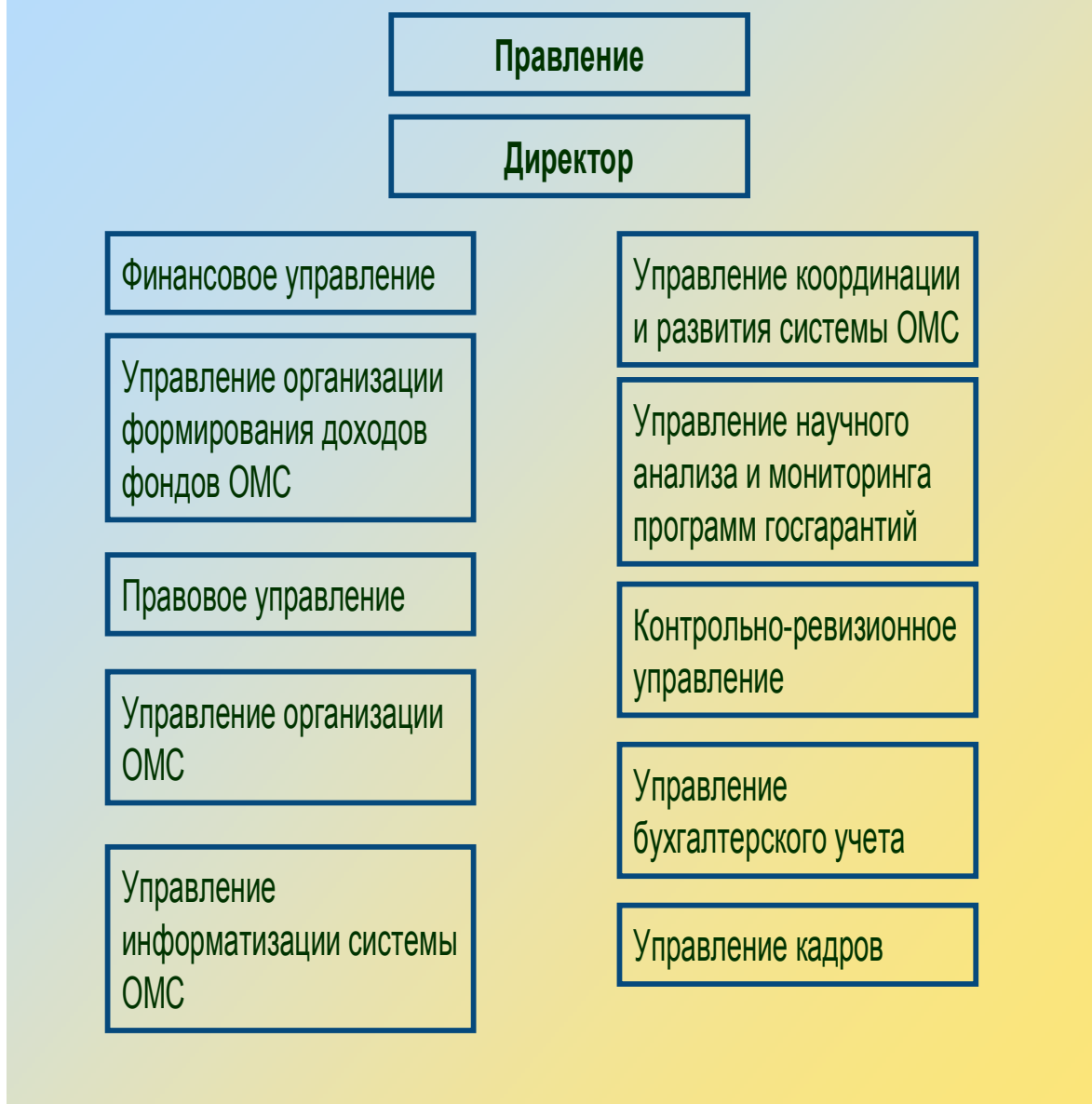


Рис.4 Организационная структура федерального фонда ОМС.

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

- 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 за 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.

9.1. Федеральная (базовая) и территориальные программы ОМС. Принципы формирования базовой и территориальных 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 11.09.1998 г. № 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 (территориальные программы) ОМС, руководствуясь также «Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ, государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть меньше установленных в базовой программе, с учетом особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения и специфики организации медицинской помощи; определяющими 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 (ДМС).

Принципы формирования Федеральной (базовой) и территориальных 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 планируемым 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 10

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Тарифы на медицинские услуги утверждаются Тарифным соглашением, исходя из финансовых нормативов, определяющих уровень возмещения расходов медицинского учреждения по выполнению областной программы ОМС. Согласование и индексация тарифов на медицинские услуги осуществляется Согласительной комиссией по тарифам в системе ОМС. Состав и Положение о Согласительной комиссии утверждаются постановлением Главы Администрации (губернатора) области. Взнос на ОМС устанавливается законом РФ, исходя из экономической ситуации и стоимости программы ОМС. Взнос на ДМС рассчитывается на основании страховых тарифов, зависящих от риска страхового случая, которым в ДМС является необходимость медицинской помощи в соответствии с договором ДМС.

Тарифы ДМС должны полностью компенсировать расходы страховой компании на медицинскую помощь, накладные расходы и обеспечить прибыль. ДМС – коммерческая деятельность, цель которой – получение прибыли.

Упрощенно принцип расчета страхового тарифа на ДМС может быть представлен следующей формулой:

Тариф (взнос за 1 застрахованного) = вероятные расходы на оплату услуг + расходы компании на ведение дел (накладные расходы) + прибыль / число застрахованных.

Прибыль, включенная в вышеперечисленную формулу, составляет прямой доход компании от ДМС, кроме которого она получает прибыль за счет оборота временно свободных средств, используя эти средства для выгодного инвестирования.

Правовая характеристика отношений, возникающих при оказании медицинской помощи при ОМС

В связи с реформированием системы здравоохранения и введением ОМС произошли существенные изменения в правовой природе тех отношений, которые возникают в связи с оказанием медицинской помощи населению.

Сегодня административно-правовые отношения играют существенную роль в вопросах управления системой здравоохранения.

Существуют они между учреждениями управления здравоохранения и ЛПУ по руководству этими учреждениями. Однако все большую актуальность в связи с осуществлением ЛПУ хозяйственно-производственной деятельности приобретают вопросы гражданско-правового регулирования. Процесс становления системы ОМС сыграл существенную роль в перемещении акцента в области гражданско-правовых отношений, возникающих между ЛПУ и другими субъектами по вопросам оказания медицинской помощи. На сегодняшний день в основу правоотношений, возникающих в условиях ОМС, положена система гражданско-правовых договоров, которые заключаются между субъектами медицинского страхования.

Характерные черты гражданско-правовых отношений:

- равенство сторон, выражающееся в наличии у них определенных прав и обязанностей по отношению друг к другу, а также обоюдной ответственности в случае неисполнения сторонами принятых на себя обязательств;
- регулирование отношений нормами законодательства, положениями заключенного договора;
- гражданско-правовая ответственность;
- рассмотрение споров в добровольном (досудебном) порядке либо в порядке (арбитражного) судопроизводства.

Права, обязательства, ответственность ЛПУ при оказании медицинской помощи по ОМС возникают из договора на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи 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, с одной стороны, ЛПУ, а с другой – 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 не отделима от процесса ее оказания и потребляется в процессе ее производства. Она не осязаема 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.

Правоотношения, возникающие по договору возмездного оказания услуги, регулируются нормами гл. 39 ГК РФ. В ст. 779 прямо указано на то, что правила, изложенные в этой главе применяются к договорам оказания медицинских услуг.

В ст. 779 ГК РФ сформулированы основные признаки, по которым заключаемая сделка может быть отнесена к числу договоров возмездного оказания услуги. По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершать определенные действия или осуществлять определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Следует указать на универсально возмездный характер медицинских услуг.

Выделяют платные медицинские услуги, которые предполагают порядок их непосредственной оплаты пациентом. В остальных случаях медицинские услуги, являясь бесплатными для пациента, тем не менее, остаются возмездными для ее исполнителя. Плательщиком могут выступать бюджет, внебюджетные фонды (ОМС, ДМС).

Деление медицинской помощи на платную и бесплатную являются условным. В конечном итоге любая медицинская помощь является платной – за счет средств бюджета, страховых взносов или личных средств граждан. Просто под платой понимают медицинскую услугу, за которую платит сам пациент. В настоящее время возмездность (т. е. оказание услуг за плату) и безвозмездность в отношениях с ЛПУ определена Конституцией: медицинская помощь в государственных и муниципальных ЛПУ здравоохранения оказывается за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации № 907 от 29.11.2000 г. «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью»,

разработанной и утвержденной Минздравом РФ, Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ, каждый субъект РФ обязан утвердить Территориальную программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Согласно «Правилам предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 г. № 27, к видам медицинской помощи, не оплачиваемым из средств ОМС и бюджетов и, следовательно, предоставляющимся за плату, относятся: косметологические услуги, гомеопатическое лечение, зубное протезирование, кератотомия без медицинских показаний, судебно-медицинская экспертиза в порядке личной инициативы граждан, услуги «центров здоровья», нетрадиционные методы лечения (целительство), анонимная диагностика и лечение (за исключением обследования на СПИД), медикаментозное обеспечение амбулаторных больных, а также медицинская помощь по желанию гражданина при отсутствии страхового полиса. Подробные перечни услуг утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ на год и могут изменяться.

10.1. Информация по оказанию платных медицинских услуг населению Российской Федерации

Медицинское учреждение обязано довести до сведения пациента свое фирменное наименование, место нахождения (юридический адрес) и режим работы (ст. 9 ЗоЗПП) и достоверную информацию об услугах, обеспечивающих возможность их правильного выбора (ст. 732 ГК РФ, ст. 10 ЗоЗПП). Информация об услугах должна содержать:

- обозначения стандартов, обязательным требованиям которых должны соответствовать услуги (если такие стандарты имеются);
- сведения об основных потребительских свойствах услуг, в том числе о противопоказаниях для применения при отдельных видах заболеваний и о возможности неблагоприятных последствий (вероятность отсутствия благоприятного исхода не по вине учреждения, возможные осложнения и т.д.);
- цену и условия приобретения услуг;
- гарантийный срок, если он установлен;
- правила и условия эффективного и безопасного использования услуг (правила поведения пациента и т. д.).

Кроме того, медицинское учреждение обязано предоставить пациенту информацию о номере лицензии, сроке ее действия, а также об учреждении, выдавшем эту лицензию (ст. 9 ЗоЗПП). Вся эта информация должна содержаться в договоре. Когда речь идет о сложных и

дорогостоящих услугах, целесообразно в качестве приложения к договору предложить пациенту ознакомиться под роспись с описанием предоставляемой ему платной услуги, способе ее оказания, возможных последствиях т.д. В соответствии со ст. 732 ГК РФ и ст. 12 ЗоЗПП, если предоставление ненадлежащей, т.е. недостоверной или недостаточно полной информации об услуге повлекло приобретение услуги, не обладающей необходимыми потребителю свойствами, потребитель вправе не только расторгнуть договор, но и потребовать возмещение убытков. А если результатом стало причинение вреда здоровью, то потребитель вправе требовать возмещение вреда. Так, например, при прохождении курса лечения антибиотиками нельзя употреблять спиртные напитки. Однако пациент, злоупотребляющий спиртными напитками в процессе лечения, выигрывает судебный процесс против медицинского учреждения по поводу отсутствия положительного результата, если будет доказано, что медицинское учреждение не предупредило его о недопустимости употребления спиртного.

Необходимо отметить, что медицинское учреждение обязано сообщить пациенту информацию в отношении требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата работы (ст. 726 , 736 ГК РФ). Данная информация может касаться поведения пациента в процессе оказания услуги и после ее завершения и т.д. – это может быть режим, диета и т.п.

В соответствии со ст. 716 ГК РФ медицинское учреждение обязано немедленно предупредить пациента и до получения от него указаний приостановить работу при обнаружении: непригодности или недоброкачественных предоставляемых в соответствии с договором медикаментов или других предметов медицинского назначения или иных не зависящих от медицинского учреждения обстоятельств

Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги в срок и в порядке, указанном в договоре (ст. 781 ГК РФ).

Согласно ст. 424 ГК РФ, исполнение договора оплачивается по цене, установленной соглашением сторон. Однако это не означает, что в каждом индивидуальном договоре с пациентом может устанавливаться различная цена на одну и ту же услугу.

Во-первых, в соответствии со ст. 424 и ст. 735 ГК РФ в предусмотренных законом случаях применяются цены (тарифы), устанавливаемые или регулируемые уполномоченными на то государственными органами. Поэтому если в рамках предоставленных им полномочий государственными (муниципальными) органами установлен определенный уровень цен, то в договоре должны быть указаны именно эти цены.

Во-вторых, оказание платных услуг попадает под понятие «публичный договор», по которому цена услуг устанавливается одинаковой для всех потребителей, за исключением официально установленных льгот (ст. 426 ГК РФ).

Несмотря на особенность медицинской помощи, труднопредсказуемость определения всего объема медицинской помощи, необходимого для обследования или лечения пациента, что может существенно сказываться на стоимости оказываемых услуг, медицинское учреждение не вправе навязывать пациенту оказание дополнительной услуги, предоставляемой за плату, а также оказывать такие услуги без согласия пациента – он может отказаться от оплаты услуги, не предусмотренной договором (ст. 731 ГК РФ и ст. 16 ЗоЗПП) Более того, в соответствии со ст. 32 ФЗ от 22.07.1993 г. № 5487-1 в редакции от 02.12.2000 г. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» требуется согласие пациента вообще на любое медицинское вмешательство. В соответствии со ст. 709 ГК РФ и ст. 33 ЗоЗПП цена (смета) услуги может быть твердой или приблизительной. Исполнитель (медицинское учреждение) не вправе требовать оплаты выполнения работы и дополнительных расходов, не включенных в твердую цену, если пациент не дал согласия на выполнение такой работы или не поручил ее выполнение.

Приблизительная же цена (смета) может быть изменена. Однако если возникла необходимость превысить приблизительную цену (смету), медицинское учреждение обязано немедленно предупредить об этом пациента. В этом случае пациент вправе отказаться от исполнения договора, возместив учреждению расходы за уже выполненную работу.

Если же пациент не был предупрежден о повышении приблизительной цены (сметы), учреждение обязано оказать всю услугу в пределах первоначальной цены.

Поэтому в договоре можно использовать, например, такую формулировку: «Цена услуги при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, устанавливается на уровне рублей и является приблизительной. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту».

В неотложных случаях, когда не было возможности спросить пациента о согласии на дополнительно оплачиваемое медицинское вмешательство, услуга должна быть осуществлена без его согласия и учреждение не вправе требовать за него оплаты, если это было предусмотрено в договоре.

10.2. Время оказания платных услуг

Одно из важнейших требований, которые предъявляют органы управления – оказание платных услуг должно осуществляться во вне рабочее время. Это требование логично и понятно – иначе работник за одно и то же отработанное время будет получать оплату из двух источников, т.е. часть его работы будет оплачиваться вдвойне.

В идеале должны быть организованы подразделения с отдельными помещениями с закрепленным оборудованием, штатами, приборами и т.д., что в ряде случаев нереально – нет возможности дублировать помещения.

Другой вариант, который не вызывает больших проблем, – оказание платных услуг в определенные часы вне основного рабочего времени. При этом возникают сложности: во-первых, одно из главных оснований для оказания платных услуг – оказание медицинской помощи вне очереди, т.е. желательно сразу же после обращения. Пациента, готового платить за срочность, не направишь на послеобеденный прием – ему проще тогда дождаться очереди и получить помощь бесплатно. Во-вторых, можно потерять клиентов, не имеющих право на бесплатную помощь, – они направятся в другое медицинское учреждение. В-третьих, существует оказание частично оплачиваемых пациентом услуг: улучшенный сервис, дополнительное питание, оказание в процессе лечения по желанию пациента ряда услуг, по которым нет прямых показаний.

Поэтому хотим мы или нет, но платные услуги будут оказываться в основное рабочее время. В любом случае оказание платных услуг не должно приводить к ухудшению возможности оказания помощи по видам, финансируемым из бюджета или средств ОМС, т.е. не должны страдать те, кто имеет право получения бесплатной медицинской помощи. Возможно продлить время основной работы на время оказания платных услуг. Можно чередовать платные и бесплатные услуги (например, оказывать платные услуги через 2-3 бесплатные). При наличии большого объема платных услуг (например, свыше 25 % от общего числа) решать вопрос о выделении специальных часов приема или организации платного кабинета.

Медицинское учреждение обязано оказывать услуги в срок, установленный правилами оказания отдельных видов работ или договором.

В договоре срок выполнения работы может определяться датой (периодом), к которой должно быть закончено выполнение работы, или датой, к которой учреждение должно приступить к оказанию услуги. В договоре могут быть установлены сроки (этапы) выполнения работы (ст. 708 ГК РФ, Ст. 27 ЗоЗПП).

Медицинское учреждение вправе не приступать к оказанию услуг, когда имеет место нарушение пациентом своих обязанностей по договору, которые препятствуют исполнению учреждением договора (ст. 328 и 719 ГК РФ).

Например, когда пациент не предоставляет результаты исследований, которые должны быть выполнены в другом учреждении, или не принял необходимые меры по подготовке к процедуре и т.д. Медицинское учреждение вправе в таких случаях приостановить исполнение своих обязательств и потребовать возмещения убытков.

Если медицинское учреждение своевременно не приступило к оказанию услуги или во время выполнения работы стало очевидным, что оказание услуги не будет осуществлено в срок, пациент в соответствии со ст. 28 ЗоЗПП вправе по своему выбору произвести следующее:

- назначить новый срок оказания услуги и потребовать уменьшения цены;
- поручить оказание услуги третьим лицам или выполнить ее своими силами и потребовать от медицинского учреждения возмещения понесенных расходов;
- расторгнуть договор об оказании услуги;
- потребовать полного возмещения ущерба.

В случае нарушения медицинским учреждением установленных сроков выполнения работ оно обязано уплачивать пациенту за каждый день (час, если сроки определены в часах) неустойку (пеню) в размере трех процентов от стоимости услуги. Сумма взысканной неустойки (пеню) не может превышать цену оказания услуги.

10.3. 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. А 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 том числе 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.

10.4. Порядок обращения в страховую медицинскую организацию. Обязанности СМО по проверке качества лечения

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 следующие:

- 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 действительным 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 05.05.1998г.№ 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.

10.5. 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.

ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ «ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

1. Страхование в широком понимании слова, виды, принципы. Органы социального страхования. Принципы социальной защиты населения. Фонд социального страхования. Социальное страхование на случай утраты трудоспособности. Государственные пособия семьям, имеющим детей.
2. Взаимодействие органов и учреждений здравоохранения с учреждениями социального страхования и социальной защиты населения. Социальное обслуживание населения, социальная поддержка населения. Пособие на погребение, пособие по безработице и иные социальные гарантии гражданам.
3. Порядок установления степени утраты трудоспособности и группы инвалидности. Медико-социальная экспертиза: понятие, служба медико-социальной экспертизы органов социальной защиты, МСЭК и ее функции, связь с органами и учреждениями здравоохранения.
4. Территориальный фонд ОМС: структура, функции, взаимодействие с субъектами медицинского страхования и органами управления здравоохранением.
5. Страховая медицинская организация: структура, функции, договорные отношения с учреждениями здравоохранения, страхователями и фондом ОМС.
6. Порядок оплаты медицинских услуг в лечебных учреждениях в системе медицинского страхования. Программа медицинского страхования. Базовая и территориальные программы ОМС. Финансовое обеспечение. Программа государственных гарантий получения бесплатной квалифицированной медицинской помощи населению.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ: «ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 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. Стойкая утрата трудоспособности. Состав, функции и задачи МСЭК. Виды МСЭК. Правила направления на МСЭК.
6. Инвалидность, ее причины и меры по снижению уровня инвалидности. Порядок установления степени утраты трудоспособности и группы инвалидности, переосвидетельствование инвалидов.
7. Реабилитация инвалидов, виды реабилитации. Этапы индивидуальной программы реабилитации инвалидов.
8. Организация медико-социальной помощи престарелым и инвалидам. Социальная помощь и социальная защита инвалидов и пожилых граждан (пенсии, социальные пособия, компенсации, субсидии).
9. Понятие и принципы социального обслуживания инвалидов и престарелых граждан (адресность, доступность, добровольность, гуманность, приоритетность, конфиденциальность).
10. Виды социального обслуживания инвалидов и престарелых граждан (материальная помощь, социальное обслуживание инвалидов и престарелых граждан (материальная помощь, социальное обслуживание на дому, полустационарное обслуживание на дому, протезно-ортопедическая помощь).
11. Пенсионное страхование как вид социального страхования. Основные понятия, термины. Пенсионный Фонд РФ и его региональные отделения: структура, функции.
12. 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.
13. Источники финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования.
14. Особенности и проблемы обязательного медицинского страхования в России. Добровольное медицинское страхование и его отличие от обязательного медицинского страхования.

15. Система медицинского страхования: понятие, правовое обеспечение, принципы и виды медицинского страхования. Законодательная база и правовое обеспечение медицинского страхования в Российской Федерации
16. Фонды медицинского страхования (Территориальный и Федеральный): структура, функции, организация работы, учет и отчетность.
17. Программы медицинского страхования по ОМС и ДМС. Базовая и территориальные программы ОМС.
18. Объекты и субъекты медицинского страхования, права и обязанности субъектов медицинского страхования и их взаимодействие. Права и обязанности застрахованных. Страховой медицинский полис.
19. Права, обязательства, ответственность ЛПУ при оказании медицинской помощи по ОМС на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи по ОМС.
20. Содержание договоров по обязательному медицинскому страхованию граждан по оказанию медицинских услуг застрахованным, ответственность сторон за выполнение условий договора.
21. Страховая медицинская организация: структура, функции, организация работы, финансирование.
22. Договорные отношения страховой медицинской организации с субъектами медицинского страхования и органами управления здравоохранения.
23. Понятие гражданско-правового договора возмездного оказания услуг (договор, услуга, медицинская услуга, особенности медицинской услуги). Стороны договора, форма договора, права, обязанности и ответственность сторон. Особенности правового регулирования отношений, возникающих при оказании платных медицинских услуг.
24. Права медицинских учреждений в оказании платных медицинских услуг.
25. 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.

**ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ:
«ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

001. Что такое социальное страхование?

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

002. Социального страхования осуществляется в случае:

- а) болезни
- б) кражи
- в) несчастного случая
- г) смерти
- д) смерти родственников
- е) потери трудоспособности
- ж) наводнения
- з) безработицы
- и) переезда в другую местность
- к) старости
- л) материнства.

003. Что такое социальная защита?

- а) это сложная система, создаваемая с целью улучшения здоровья нации, решения социальных проблем ненасильственным путем
- б) это сложная система ЛПУ, направленная на улучшение здоровья нации
- в) это социальная защита интересов граждан, создаваемая страховыми компаниями.

004. Назовите принципы социальной защиты и социальной помощи населению:

- а) адресность
- б) необходимость в материальной помощи
- в) доступность
- г) гуманность;
- ж) конфиденциальность
- з) профилактическая направленность

и) приоритетность оказания помощи гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

005. Назовите виды социального обслуживания населения:

- а) материальная помощь
- б) социальное обслуживание на дому
- в) социальное обслуживание в стационарных учреждениях
- г) предоставление временного приюта дневное пребывание в учреждениях социального обслуживания
- ж) направление в дома отдыха
- з) консультативная помощь
- и) реабилитационные услуги.

006. Что такое социальная поддержка населения?

- а) одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности
- б) одноразовые мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности
- в) эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

007. Порядок и условия признания граждан безработными:

- а) безработными признаются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированные в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы к ней приступить
- б) безработный – это гражданин, у которого нет работы
- в) безработный – это гражданин, у которого нет дохода.

008. Дополнительные гарантии занятости для отдельных категорий граждан:

- а) установление квоты для приема инвалидов
- б) гражданам, уволенным по сокращению, в соответствии с заключенными коллективными договорами (соглашениями) гарантируются после увольнения сохранение очереди на получение жилья по прежнему месту работы, а также возможность пользоваться услугами ЛПУ на равных условиях с гражданами, работающими в данной организации
- в) нет дополнительных гарантий.

009. Размер доплат к пособиям по безработице на иждивенцев:

а) установлены фиксированные доплаты к пособиям по безработице в размере половины МРОТ на каждого несовершеннолетнего и нетрудоспособного лица, находящегося на иждивении у безработного, при этом общая сумма доплат не должна превышать 1,5-кратной величины МРОТ

б) размер доплат зависит от размера получаемого пособия

в) размер доплат должен быть таким, чтобы хватало на содержание иждивенцев.

010. Понятие занятости:

а) это, если у человека работа

б) это, если есть у человека доход

в) это деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не противоречащая законодательству и приносящая, как правило, им заработок.

011. Право граждан на обжалование действия органов службы занятости населения и их должностных лиц:

а) граждане вправе обжаловать решения, действия органов службы занятости населения и их должностных лиц в вышестоящий орган службы занятости, а также в суд в порядке, установленном законодательством

б) обжаловать в прокуратуру

в) обжаловать в администрацию по месту жительства.

012. Порядок досрочного оформления пенсии:

а) гражданам, признанными безработными, но со стажем работы, дающим право на пенсию по старости (по возрасту), с их согласия пенсия оформляется досрочно, но не ранее чем за два года до установленного законодательством срока выхода на пенсию

б) гражданин не может получать пенсию раньше положенного законодательством срока

в) может быть начислена пенсия всем безработным со стажем работы не мене 20 лет.

013. Укажите процент отчисления в Пенсионный Фонд:

А) 3,2 %

В) 2,8 %

Б) 5,4 %

Г) 20 %

014. 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.

015. Критерии для признания гражданина инвалидом следующие:

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма
- б) ограничение жизнедеятельности
- в) наличие каких-либо хронических заболеваний с частыми обострениями
- г) необходимость осуществления мер социальной защиты.

016. Для достижения максимального эффекта реабилитации инвалидов необходимо наличие следующих видов реабилитации:

- а) медицинской
- б) экономической
- в) профессиональной
- г) социальной.

017. Что делается при отказе больного от направления на МСЭК или при несвоевременной явке на МСЭК по неуважительной причине:

- а) больной вызывается на МСЭК повторно, лист нетрудоспособности продлевается
- б) лист нетрудоспособности продлевается до следующей МСЭК
- в) лист нетрудоспособности не продлевается, отказ или неявка указывается в листе нетрудоспособности
- г) лист нетрудоспособности изымается у больного
- д) лист нетрудоспособности изымается у больного с соответствующей отметкой.

018. Что такое медицинское страхование?

- а) форма 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.

019. 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.

020. 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 муниципалитета
- в) внебюджетные средства, средства бюджета, средства, получаемые от страховых медицинских организаций, целевые программы
- г) бюджетные средства, средства ТФ ОМС.

021. Что такое ОМС?

- а) это определенный набор медицинских услуг
- б) это оказание бесплатной медицинской помощи при возникновении страхового случая
- в) это 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.

022. 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.

023. 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.

024. 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.

025. 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, составленные отделом здравоохранения района, утвержденная администрацией района
- г) сборник научных программ, разработанных ведущими специалистами, занимающимися вопросами ОМС, объединенных в систему, утвержденных МЗ РФ.

026. 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.

027. 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.

028. 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.

029. 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.

030. 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.

031. 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.

032. Застрахованный в системе медицинского страхования имеет все перечисленные права, кроме:

- 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.

033. 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.

034. К задачам федерального фонда ОМС относится все перечисленное, кроме:

- а) обеспечение реализации закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»
- б) контроль за качеством медицинской помощи во всех ЛПУ
- в) обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС
- г) достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС

- д) участие в разработке и осуществлении государственной финансовой политики ОМС
- е) разработка и осуществление комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС.

035. К задачам территориальных фондов ОМС относится все перечисленное, кроме:

- а) обеспечение реализации закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»
- б) обеспечение всеобщности ОМС граждан
- в) выдача страховых полисов
- г) достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС
- д) обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС
- е) сбор страховых взносов на ОМС, их аккумуляция, контроль за правильным их использованием.

036. Из каких источников формируется фонд 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.

037. 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.

038. 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, предоставляющим эти услуги
- в) тарифы определены законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ»
- г) тарифы определены базовой программой ОМС.

039. 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.

040. 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.

041. 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.

042. 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.

043. 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.

044. 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.

045. 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.

046. 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.

047. 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.

048. 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 медицинский полис
- г) защищать интересы застрахованных
- д) контролировать объем, сроки, качество медпомощи в соответствии с условиями договора.

049. Кто может быть учредителем страховой компании?

- а) любые юридические и физические лица
- б) администрации районов, городов, муниципалитеты
- в) любые юридические и физические лица, кроме лечебно-профилактических учреждений
- г) ТФ ОМС.

050. Что такое перестрахование?

- а) заключение договора застрахованным более чем с одной страховой компанией
- б) расторжение договора с одной страховой компанией и заключение его 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.

051. Какова цель введения медицинского страхования в России?

- а) увеличение заработной платы работникам здравоохранения
- б) сохранение и укрепление здоровья населения
- в) создание системы здравоохранения, аналогичной таковым экономически развитых стран
- 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.

052. Почему субъекты медицинского страхования должны быть независимы 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 ни одна организация
- г) чтобы финансирование было раздельным для сохранения экономической заинтересованности.

053. Как формируются взносы на добровольное медицинское страхование?

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

054. 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).

055. 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.

056. 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

057. Что такое страховой случай в медицинском страховании?

- а) случай заболевания, травм, увечий, в том числе наступившие в результате неблагоприятного воздействия на здоровье гражданина условий труда, проф. заболеваний, несчастного случая и т.д.
- б) это 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

058. Какое участие в деятельности страховых компаний могут принимать медицинские работники?

- а) проверять правильность установления тарифов на мед. услуги
- б) определять размер страхового взноса
- в) работать по контракту в качестве экспертов при наличии соответствующего сертификата
- г) проверять правильность наложения штрафных санкций.

059. 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.

060. 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.

061. 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.

- 062.** 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.
- 063.** 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.
- 064.** 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.
- 065.** 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 29.07.19971 г. «О здравоохранении».
- 066.** Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ» предусмотрены следующие виды медицинского страхования:
- а) обязательное медицинское страхование
 - б) добровольное медицинское страхование
 - в) смешанное медицинское страхование
 - г) дополнительное медицинское страхование.

067. 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.

068. К субъектам ОМС относятся все перечисленные субъекты, кроме:

- а) гражданина
- б) страхователя
- в) страховой медицинской организации
- г) врачебной ассоциации
- д) медицинского учреждения.

069. 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.

070. 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.

071. 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.

072. 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 про гарантирование гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи
- в) система, позволяющая изучить партнеров, с которыми заключается договор о медицинском страховании.

073. 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.

074. 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 Думы и правительством Российской Федерации новых законодательных и нормативных актов цифровые значения могут изменяться.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. – Ч. 1–3. – М.: ИКФ ЭКМОС, 2002. – 320 с.
2. Ковалевский М.А. Конституционные принципы обязательного медицинского страхования. – М.: Федеральный Фонд ОМС, 2000. – 120 с.
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2002. – 520 с.
4. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть 2. Организация медицинской помощи. – М.: Медицина, 2003. – 456 с.
5. 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.
6. Миняев В.А., Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – М. МЕДпрогресс-информ, 2002. – 528 с.
7. О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях: приказ № 154 от 21.05.2002. – М., 2002. – 10 с.
8. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: постановление Государственной Думы № 5488-1 от 22.7.1993. – М.: ВС РФ, 1993.
9. Правовые вопросы защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования: учеб-метод. пособие. – М.: Федеральный Фонд ОМС, 2003. – 200 с.
10. Правовые вопросы охраны здоровья / сост. В.И. Шамшурин. – М.: Международный университет, 2000. – 152 с.
11. Решетников А.В. Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: руководство в 3 ч. – М.: ГОЭТАР-Мед, 2002. – Т. 3. – 696 с.
12. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Ю.П. Лисицын., Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. – Казань: НПО «Медикосервис», 2000. – 698 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., Гавриленко А.С., Королев В.В. Практические вопросы юридической защиты прав пациентов и медицинских работников: учебно-методическое пособие. – Томск: СибГМУ, 2002. – 72 с.
2. Олейниченко В.Ф. Правовые аспекты деятельности врача: учебное пособие. – Томск: СибГМУ, 2003. – 118 с.
3. Олейниченко В.Ф., Ткачева В.Я. Организация социального и медицинского страхования в Российской Федерации: учебное пособие. – Томск: СибГМУ, 2005. – 112с.
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 / Олейниченко В.Ф., Панфилова Е.В., Макарова К.В., Гурова Н.И. – Томск: СибГМУ, 2004. – 53 с.
6. Организация экспертизы временной нетрудоспособности: учебно-методическое пособие. / Олейниченко В.Ф., Панфилова Е.В., Макарова К.В., Гурова Н.И. – Томск: СибГМУ, 2004. – 100 с.
7. Право на здоровье: справочник пациента / сост. А.С. Гавриленко, В.В. Королев. – Выпуск 5. – Томск: РЯОМО, 2004. – 100 с.

Учебное издание

Владимир Федорович Олейниченко
Валентина Яковлевна Ткачева
Равиль Манихович Тахауов

**Организация
социального и медицинского страхования
в Российской Федерации**

Учебное пособие

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

Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-57-08
факс. 8(382-2) 51-53-15
Редактор И. А. Зеленская
Технический редактор И.Г. Забоенкова

Подписано в печать 15.10.2007 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. л 8,75
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, г. Томск, ул. Московский тракт, 2