****

**О.В. Медведева, Г.Б. Артемьева, Н.А. Афонина,**

**Н.В. Чвырева**

**Социальное и медицинское страхование**

**в Российской Федерации**



Учебно-методическое пособие

для ординаторов

**Рязань, 2016**

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,*

*организации сестринского дела с курсом социальной гигиены*

*и организации здравоохранения ФДПО*

О.В. Медведева, Г.Б. Артемьева, Н.А. Афонина,

Н.В. Чвырева

Социальное и медицинское страхование

в Российской Федерации

Учебно-методическое пособие

для ординаторов

Рязань, 2016

**УДК 614.2 (075.8)**

**ББК 51.1 (2)**

**С 692**

**Рецензенты:** **В.А. Кирюшин**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО; **Е.П. Куликов**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО

**Авторы:**

**О.В. Медведева**, д-р мед. наук, доц., зав.каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО;

**Г.Б. Артемьева,** д-р мед. наук, проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО;

**Н.А. Афонина**, канд. мед. наук, доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО;

**Н.В. Чвырева**, канд. мед. наук, асс. каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО

**С 692 Социальное и медицинское страхование в Российской Федерации:** учебно-методическоепособие для ординаторов / О.В. Медведева [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2016. – 115 с.

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с требованиями Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации – ординатура, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1114 и предназначено для самоподготовки ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

**УДК 614.2 (075.8)**

**ББК 51.1 (2)**

© Авторы, 2016

©ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2016

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ | 5 |
| ВВЕДЕНИЕ | 7 |
| Глава 1. Социальное страхование в России | 8 |
| § 1. Социальное страхование как форма организации социальной защиты населения | 8 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 19 |
| § 2. Страхование здоровья как основной вид социального страхования | 23 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 36 |
| Глава 2. Медицинское страхование в России | 41 |
| § 1. Обязательное медицинское страхование как часть государственной системы социального страхования | 41 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 51 |
| § 2. Закон об обязательном медицинском страховании | 54 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 74 |
| Глава 3. Экономическое и правовое обеспечение обязательного медицинского страхования | 78 |
| § 1. Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС, сравнительная характеристика | 78 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 91 |
| § 2. Защита прав и ответственность граждан в системе ОМС | 95 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 108 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 113 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 114 |

**ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Данное учебно-методическое пособие содержит тестовые задания и задачи для самостоятельной подготовки ординаторов к практическим занятиям по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», которые помогают сформировать указанные компетенции и проверить уровень их сформированности.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Разделы  содержания | Код компетенции | Содержание компетенции или ее элементов | Средства и технологии оценивания компетенции |
| Социальное страхование в России | УК-1, УК-2, ПК- 1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 | Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:   * готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); * готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);   профилактическая деятельность:   * готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновение и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1); * готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-3); * готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-4);   организационно-управленческая деятельность:   * готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-5); * готовность к оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-6);   готовность к оценке экономических и финансовых показателей, применяемых в сфере охраны здоровья (ПК-8). | Вопрос, тестовое задание, задача / устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование |
| Медицинское страхование в России | Вопрос, тестовое задание, задача / устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование |
| Экономическое и правовое обеспечение обязательного медицинского страхования | Вопрос, тестовое задание, задача / устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование |

**ВВЕДЕНИЕ**

Современный этап государственных социальных реформ характеризуется интенсивным изменением законодательства, поиском оптимальных структур и критериев функционирования, появлением новых ведомственных функций и корректировкой существующих, изменением перечня услуг, предоставляемых населению. В современной системе отношений трудно переоценить роль социального страхования. Оно является основной формой социальной защиты населения по объему финансовых ресурсов, массовости охвата, разнообразию оказываемых социальных услуг и выплат.

## Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. В России, с 1993 года, медицинское страхование существует в двух формах: обязательное и добровольное. Обязательное медицинское страхование свойственно странам с социально ориентированной рыночной экономикой и является частью системы социального страхования государства. Добровольное представляет собой самостоятельный вид медицинского страхования, служащий дополнением к обязательному.

Настоящее учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации – ординатура, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1114 и предназначено для самоподготовки ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

**Глава 1**

**Социальное страхование в России**

C:\Program Files (x86)\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD14710_.gif

**§ 1. Социальное страхование как форма организации социальной защиты населения**

Цели функционирования системы социального страхования заключаются в обеспечении надежной и качественной социальной защитой работающих граждан с помощью триединого набора:

1) создания экономических и правовых условия для наемных и самозанятых работников для «зарабатывания» страховых прав, достаточных по объему для получения пенсий и пособий, сопоставимых с заработком: пенсий на уровне не менее 40-50% от размера заработной платы, пособий не менее 50-85% от размера заработной платы и т.д.;

2) создания правовых, организационных и управленческих механизмов учета страховых взносов и гарантированных способов их возврата для застрахованных, позволяющих обеспечивать оперативную и полную выплату пособий, пенсий, оказание качественной медицинской помощи, проведение медицинской, профессиональной и социальной реабилитации застрахованных;

3) создания открытой информационной системы, позволяющей всем плательщикам взносов и получателям пособий и услуг знать свои права и обязанности, способы проверки накапливаемых страховых прав, а также формирования публичных и государственных механизмов контроля эффективности управления финансовыми ресурсами.

Суть страхования сводится к формированию за счет взносов страхователей страхового фонда и его использованию для выплаты страховых возмещений. Социальное страхование - это особая система защиты работающих граждан и находящихся на их иждивении членов семей от потери трудового дохода при наступлении нетрудоспособности вследствие старости, инвалидности, болезни, безработицы, материнства, смерти кормильца.

***К задачам социального страхования относят:***

Исторически определились ***три формы организации систем социального страхования:***

1) *Коллективное* (страхование, организуемое профсоюзами). Коллективное страхование представляет собой самую раннюю форму социальной защиты. Оно появилось в Европе во второй половине XIX века. Суть его сводится к тому, что социальное обеспечение осуществлялось как коллективная самопомощь и самострахование путем создания касс взаимопомощи, больничных касс, касс по безработице (Англия).

2) *Государственное*. Государственное социальное страхование характеризуется законодательным решением вопроса социальной защиты населения, изданием законов о страховании на случай болезни, по инвалидности и старости. Страховые взносы устанавливаются законом.

3) *Смешанное* (основанное на взаимодействии государства и профсоюзов). Смешанная форма социального страхования предусматривает учреждение касс по страхованию на случай безработицы, управление которой осуществляет комиссия, состоящая из работодателей, представителей профсоюзов и муниципалитета. Членство в кассе - добровольное.

В Законе от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» дано определение социального страхования. Оно сформулировано следующим образом: *обязательное социальное страхование - часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам*.

Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании».

*Данное определение обязательного социального страхования заключает в себе два важных положительных свойства*.

Сущность социального страхования выражается в определенных общественных отношениях, регулируемых нормами права.

Таким образом, социальное страхование представляет собой совокупность регулируемых законодательством и договорами страхования отношений между гражданами – застрахованными лицами (выгодоприобретателями), страхователями (физическими и юридическими лицами РФ, субъектами РФ, муниципальными образованиями) и страховщиками (государственными организациями, коммерческими страховыми компаниями, обществами взаимного страхования) по поводу страховой защиты имущественных интересов застрахованных лиц, сохранения, восстановления или улучшения их материального и социального положения, которые могут ухудшаться в связи с наступлением определенных законом и / или договором страхования событий (страховых случаев) за счет фондов денежных средств, формируемых страховщиками из уплачиваемых страхователями страховых взносов (страховых премий).

В круг задач научной дисциплины «социальное страхование» входят:

1) получение объективных знаний о способах, качестве и уровне социальной защиты работников и членов их семей;

2) формирование ценностных ориентиров в области организации солидарной взаимо­помощи людей труда, т.е. знаний о механизмах социальной поддержки друг друга в трудных жизненных обстоятельствах

***Обязательное социальное страхование в России включает 4 составляющие***:

Каждому виду социального страхового риска соответствует ***определенный вид страхового обеспечения:*** оплата медицинских расходов; пенсии; пособия: по безработице, на погребение, по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, уходу за ребенком; оплата путевок на санаторно-курортное лечение и др.

В социально-политическом аспекте социальное страхование представляет собой способ реализации конституционных прав граждан на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, безработицы и др. Размеры получаемых при этом средств зависят от величины трудового (страхового) стажа, заработной платы, степени утраты трудоспособности и регулируются действующим законодательством

***Основными факторами осуществления обязательного социального страхования являются:***

1. *устойчивость финансовой системы* обязательного социального страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения и страховых взносов;
2. *всеобщий обязательный характер* социального страхования, доступность для застрахованных лиц, реализация своих социальных гарантий;
3. *государственная гарантия* соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;
4. *государственное регулирование* системы обязательного социального страхования;
5. *паритетность участия* представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системой обязательного социального страхования;
6. *обязательность уплаты* страхователями страховых взносов в бюджеты фондов конкретных видов обязательного социального страхования;
7. *ответственность за целевое использование средств* обязательного социального страхования;
8. *обеспечение надзора* и общественного *контроля;*
9. *автономность финансовой системы* обязательного социального страхования.

***Посредством социального страхования общество решает следующие задачи:***

Современная схема управления системой социального страхования в России имеет исключительно государственный характер, так как еще в 1992 г. функции страхования были практически изъяты из ведения профсоюзов и переданы Фонду социального страхования.

Кроме того**,** *обязательное социальное страхование* – это часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является страхование работающих граждан от возможного изменения материального и социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам, осуществляемое в соответствии с федеральным законом.

Порядок обязательного социального страхования неработающих граждан определяется федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Государственный характер социального страхования обеспечивается основными принципами его осуществления, закрепленными в ст. 4 Федерального закона «Об основах обязательного социального страхования»:

1) автономность и устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования. Устойчивость обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения и страховых взносов;

2) всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий;

3) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;

4) государственное регулирование системы обязательного социального страхования;

5) паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системой;

6) обязательность уплаты страхователями страховых взносов в бюджеты фондов конкретных видов обязательного социального страхования;

7) ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования;

8) обеспечение надзора и общественного контроля за проведением обязательного социального страхования.

Государственный характер социального страхования определяется и условиями, которые устанавливаются законодательными и нормативными актами и носят обязательный характер.

Социальное страхование финансируется за счет автономных государственных внебюджетных фондов, а также за счет образования негосударственных пенсионных, страховых и других фондов.

***Фонды*** обеспечивают защиту конституционных социальных прав граждан в условиях рыночной экономики и включают деятельность Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ, фондов (федерального и территориальных) обязательного медицинского страхования.

В системе социального страхования решающее место принадлежит денежным выплатам, которые осуществляются в виде пенсий, пособий и льготных благ.

Фонды социального страхования имеют собственные бюджеты, независимые от бюджетной системы России. Поэтому они также называются [*внебюджетными фондами*](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B1%D1%8E%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%84%D0%BE%D0%BD%D0%B4)*.*

**Внебюджетные средства** - это финансовые ресурсы государства, имеющие целевое назначение и не включаемые в бюджет.

Внебюджетные средства находятся в распоряжении органов государственной власти соответствующего уровня и концентрируются в специальных фондах, предназначенных для финансирования определенных мероприятий. Таким образом, внебюджетные фонды - это способ организации государственных финансовых ресурсов.

Необходимость создания внебюджетных фондов состоит в следующем: в рамках бюджета практически отсутствует закрепленность доходов за конкретными видами расходов, существует возможность перелива средств по статьям расходов, сокращения финансирования по важным статьям расходов, в частности, социальным. Выходом из такой ситуации является формирование финансовых ресурсов за пределами бюджета и использование их для финансирования отдельных общественных потребностей на основе оперативной самостоятельности.

**Внебюджетные фонды - это самостоятельные финансово-кредитные учреждения и организации, в большинстве своем наделенные статусом юридического лица.**

Появление специальных внебюджетных фондов, наряду с бюджетом, обусловлено следующими причинами:

1. необходимостью выделения специальных денежных ресурсов с целью их более эффективного и строго целевого использования;
2. необходимостью определения особых и одновременно устойчивых финансовых источников для удовлетворения специальных потребностей государства;
3. необходимостью изыскания дополнительных средств для удовлетворения общественных потребностей, которые не могут быть в полном объеме профинансированы из бюджета.

**Государственные внебюджетные фонды** - целевые централизованные фонды финансовых ресурсов, формируемые за пределами государственного бюджета за счет обязательных платежей и отчислений юридических лиц и предназначенные для реализации конституционных прав граждан на пенсионное обеспечение, социальное обеспечение и страхование, охрану здоровья и медицинскую помощь.

Источник денежных средств внебюджетных фондов - *страховые взносы*, которые страхователи перечисляют в соответствующие фонды. В случае дефицита бюджетов фондов недостаток средств покрывается [трансфертными платежами](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D0%B5%D1%80%D1%82) (выплаты из государственного бюджета, осуществляемые в порядке перераспределения средств в пользу более нуждающихся в них граждан через бюджет) из [федерального бюджета России](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B1%D1%8E%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D1%82_%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8).

В России обязательное государственное социальное страхование представлено тремя внебюджетными фондами:

Средства этих фондов являются федеральной государственной собственностью, не входят в состав федерального бюджета, бюджетов других уровней и не подлежат изъятию. Управление фондами осуществляется специальными государственными финансово-кредитными учреждениями, создаваемыми при органах законодательной и исполнительной власти.

Обязанностями организации, производящей выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, являются исчисление и уплата (перечисление) [страховых взносов в государственные внебюджетные фонды](http://www.pnalog.ru/services/strahovye-vznosy). Данное требование установлено Федеральным законом от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

*Страховые взносы не являются налогом*, поскольку они *возмездны*, то есть возвращаются застрахованным лицам в виде социальных пособий, медицинских услуг и пенсий при наступлении страхового случая. Страховые взносы (на обязательное пенсионное страхование, обязательное медицинское страхование и обязательное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством) пришли на смену единому социальному налогу с 2010 года.

Размер страховых взносов рассчитывается, исходя из размеров оплаты труда работников, а также иных вознаграждений и выплат. Индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы определяют суммы взносов в особом порядке.

Отношения по обязательному социальному страхованию возникают:

1) у страхователя (работодателя) - по всем видам обязательного социального страхования с момента заключения с работником трудового договора;

2) у иных страхователей - с момента их регистрации страховщиком;

3) у страховщика - с момента регистрации страхователя;

4) у застрахованных лиц - по всем видам обязательного социального страхования с момента заключения трудового договора с работодателем;

5) у лиц, самостоятельно обеспечивающих себя работой, и иных категорий граждан - с момента уплаты ими или за них страховых взносов и (или) налогов, если иное не установлено федеральными законами.

Регистрация страхователя в исполнительных органах страховщика осуществляется в случаях, установленных федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования. Порядок регистрации и ответственность за уклонение от регистрации устанавливаются федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Суть страхования, цели функционирования системы социального страхования.
2. Задачи социального страхования, формы организации систем социального страхования.
3. Определение социального страхования, свойства.
4. Виды и факторы осуществления обязательного социального страхования.
5. Государственный характер социального страхования.
6. Финансирование социального страхования.
7. Фонды социального страхования.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. К формам организации систем социального страхования не относят…**

1. коллективное
2. государственное
3. смешанное
4. *добровольное*

**002. Обязательное социальное страхование…**

1. *часть государственной системы социальной защиты населения*
2. гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
3. определение потребности гражданина в социальной защите
4. все перечисленное

**003. Обязательное социальное страхование в России включает…**

1. 3 составляющие
2. *4 составляющие*
3. 5 составляющих
4. 6 составляющих

**004. Обязательное страхование на случай временной нетрудоспособности относится…**

1. к обязательному медицинскому страхованию
2. *к социальному страхованию*
3. к добровольному медицинскому страхованию
4. все перечисленное

**005. К основным факторам осуществления обязательного социального страхования не относится…**

1. устойчивость финансовой системы
2. всеобщий обязательный характер
3. *формирование бюджетных фондов*
4. ответственность за целевое использование средств

**006. Устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, обеспечивается…**

1. *на основе эквивалентности страхового обеспечения и страховых взносов*
2. на основе стабильного функционирования экономической системы
3. на основе критериев стабильности правовой системы
4. на основе модели оперативного управления финансовой устойчивостью в системе страхового обеспечения

**007. К основным принципам социального страхования не относят…**

1. автономность и устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования
2. государственное регулирование системы обязательного социального страхования
3. *доступность первичной медико-социальной помощи*
4. ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования

**008. Фонды социального страхования…**

1. *имеют собственные бюджеты, независимые от бюджетной системы России*
2. не имеют собственных бюджетов, финансируются из государственного бюджета
3. имеют собственные бюджеты, но зависимые от бюджетной системы России
4. используют только альтернативные источники финансирования

**009. В России обязательное государственное социальное страхование представлено всеми внебюджетными фондами, кроме:**

1. пенсионным
2. обязательного медицинского страхования
3. *добровольного медицинского страхования*
4. социального страхования

**010. Порядок обязательного социального страхования определяется…**

1. *федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования*
2. законами субъектов федерации о социальном страховании
3. уставом страховых организаций
4. приказами руководителей учреждений

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1**. Между студентами возник спор. Одна группа студентов считает, что в современных условиях между понятиями «социальная защита населения» (в юридическом смысле) и «социальное страхование» нет никакой разницы. Вторая группа студентов полагает, что это разные правовые дефиниции.

Как следует рассудить данный спор между ними?

**Задача 2**. Д. занимается частным «извозом» на своем легковом автомобиле. Имеет лицензию, согласно которой ему разрешена такая предпринимательская деятельность, но без образования юридического лица.

Ответьте на вопрос, который он задал юрисконсульту: подлежит ли он обязательному социальному страхованию? Если подлежит, каким именно видам данного страхования?

**Задача 3**. Л. закончил очное отделение экономического факультета университета. По своей специальности он устроился на работу в коммерческой организации и отработал три месяца. Вследствие резкого сокращения объема поставок продукции, в организации произошло существенное сокращение численности персонала. По этому основанию Грибов и многие работники были уволены с выплатой выходного пособия согласно Трудовому кодексу РФ.

При увольнении в отделе кадров ему посоветовали обратиться в службу занятости по вопросу трудоустройства. Но он не прислушался к этому совету.

В течение пяти месяцев Л. пытался самостоятельно устроиться по специальности, но безрезультатно. Все это время он находился на иждивении своих родителей, получающих трудовую пенсию по инвалидности.

Имел ли Л. в такой ситуации право на какой-либо вид социального обеспечения? Если да, то куда ему следовало бы обратиться?

**§ 2. Страхование здоровья как основной вид социального страхования**

Социальное страхование на сегодняшний день представляет собой самые разнообразные системы, которые реализует государство. Таким образом, оно, прежде всего, поддерживает престарелых и нетрудоспособных граждан, выделяя на это средства из государственного фонда страхования или же из иных коллективных фондов. Социальное страхование – это давно сложенная и слаженная система отношений и способ распределения дохода нации.

Такая государственная поддержка выражается в выдаче многочисленных пособий по безработице, по старости, по беременности, по нетрудоспособности, по инвалидности и многого другого. Социальная поддержка населения – это повседневная помощь тем людям, которые имеют довольно тяжелое материальное положение по какой-либо причине. Благодаря ей, каждый человек может быть уверен в том, что, если вдруг он будет не способен зарабатывать, он будет иметь возможность какое-то время получать пособие или пенсию.

В целом, социальное страхование можно определить «как систему правовых, социально-экономических и организационных мер по компенсации и минимизации отдельных видов социального риска». Термин «риск» употребляется для обозначения нескольких явлений, связанных со страхованием либо являющихся его элементами. По частоте своего употребления это слово не уступает (а возможно, и превосходит) даже такому традиционному для страхования понятию, как «интерес». Причем употребляется оно в самых разных значениях.

Так, им обозначаются:

1) возможная опасность, являющаяся причиной потерь, ущерба, убытка, вреда личности или здоровью. Отсюда возникло и выражение «страхование от риска», т.е. страхование от какой-либо опасности;

2) неблагоприятное явление, результат которого трудно предсказуем, но которое объективно возможно в любой сфере человеческой деятельности;

3) непредвиденное обстоятельство, которое может произойти, а может не произойти;

4) конкретный страховой случай, т.е. та опасность, от которой проводится страхование;

5) вероятность наступления страхового случая;

6) вероятность или возможность нанесения страховым случаем ущерба. Здесь по степени вероятности гибели предмета страхования или его повреждения различают более опасные или менее опасные риски;

7) убытки, которые причинены страховым случаем. Например, упоминается такой вид страхования, как «страхование предпринимательских рисков», где под данными рисками понимаются убытки, которые могут возникнуть у страхователя в процессе осуществления им предпринимательской деятельности;

8) разновидность ответственности страховщика («страхование по первому риску») или же часть стоимости имущества, не охваченная страхованием и оставляемая тем самым «на риске страхователя»;

9) конкретные предметы страхования. Отсюда возникло выражение «застраховать риск», где само слово «риск» служит для обозначения непосредственно предмета страхования (например, транспортное средство, дом, груз и т.п.). В этом смысле говорят о страховании крупных, средних или мелких рисков. Здесь понятие «риск» означает «то, что страхуется», т.е. совпадает с понятием «предмет страхования»;

10) договор страхования, что применяется в основном в международной страховой практике;

11) страховой интерес, выступающий объектом страхования («застрахованный риск»);

12) объект страхового правоотношения;

13) ставка страховой премии (взноса, платежа), где ее размер обозначают термином «тарифицированный риск».

В зависимости от риска определяют вид страхования.

С категорией «риск» связан еще один элемент страхового дела, а именно понятие «страховой риск».

**Страховой риск - это риск, который оценивается с точки зрения вероятности наступления страхового случая и количественном размере возможного ущерба**. Основные критерии, которые позволяют считать риск страховым:

1. риск, который включается в объём ответственности страховщика, должен быть возможным;
2. риск должен носить случайный характер;
3. случайность проявления данного риска можно соотнести с массой однородных объектов.

Страховой риск, в законе об организации страхового дела, определяется как предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

**Социальный страховой риск - предполагаемое событие, влекущее изменение материального и (или) социального положения работающих граждан и иных категорий граждан, в случае наступления которого осуществляется обязательное социальное страхование**.

В **медицинском страховании** страхуют риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Еще одной существенной категорией страхового дела является «страховой случай», и, прежде чем рассмотреть эту категорию, уточним некоторые ее терминологические нюансы, которые вытекают из особенностей российского страхового законодательства. Речь, прежде всего, идет о соотношении понятий «страховой риск» и «страховой случай».

Согласно Закону об организации страхового дела страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам. Соотношение понятий «страховой риск» и «страховой случай» выглядит следующим образом: ***страховой риск - это предполагаемое событие, страховое случай - это совершившееся событие***.

Страховой случай - событие, представляющее собой реализацию социального страхового риска, с наступлением которого возникает обязанность страховщика, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, - также и страхователей осуществлять обеспечение по обязательному социальному страхованию. **Страховым случаем по обязательному медицинскому страхованию является обращение застрахованного лица в медицинское учреждение из числа включенных в систему обязательного медицинского страхования в связи с болезнью, повреждением здоровья или определенным его состоянием, которое требует оказания медицинской помощи, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования**.

С точки зрения теории страхования, медицинское страхование является рисковым, однако не все его риски можно оценить в денежном выражении. Не составляет трудности оценить риск, если речь идет о следующих событиях:

1. о доходе, потерянном застрахованным лицом во время его болезни;
2. о стоимости приобретенных лекарственных препаратов;
3. о стоимости лечения конкретного заболевания и т.д.

Однако гораздо сложнее оценивать такие риски, как постоянная потеря трудоспособности (инвалидность), потеря органа или функции, смерть как исход заболевания. Рассматривая вероятность возникновения подобных рисков, чрезвычайно сложно определить денежную сумму, которая бы компенсировала ущерб, причиненный здоровью или жизни человека. В данной ситуации речь идет уже не о выплате возмещения понесенного финансового убытка, а о финансовом обеспечении.

Когда страховые выплаты принимают форму страхового обеспечения, страхование может иметь накопительные черты. Таким образом, медицинское страхование неразрывно связано со страхованием жизни и соответственно приобретает черты, присущие накопительным видам страхования. Это обусловливает иные принципы формирования страховых резервов и подходы к определению страхового тарифа.

Риски, защиту от которых предоставляет медицинское страхование, можно классифицировать следующим образом.

Первое направление - страхование расходов, которые могут возникнуть вследствие заболевания. Страховым случаем является факт обращения застрахованного лица в медицинское учреждение за медицинской помощью. Страховая выплата может иметь следующие формы:

1. компенсация расходов на лечение в амбулаторных медицинских учреждениях и/или в стационаре;
2. выплата по дням нетрудоспособности;
3. возмещение дохода, потерянного застрахованным лицом по причине его нетрудоспособности;
4. возмещение расходов по приобретению лекарственных препаратов, предметов ухода за больным, инвентаря и т.п.

В договоре страхования могут быть указаны конкретные страховые события, которые повлекли за собой соответствующие расходы застрахованного лица (заболевание, травма, отравление, обострение заболевания и т.д.).

Второе направление - страхование на случай заболевания. Страховым случаем считается установление диагноза заболевания или группы заболеваний, указанных в договоре страхования. К данной группе рисков относится, например, страхование от смертельно-опасных заболеваний. Следует отметить, что в зависимости от конкретной страховой компании такой риск может быть застрахован, как в рамках ДМС, так и по виду «Страхование от несчастных случаев и болезней», причем в российской практике чаще встречается второй вариант. Страховая выплата может приобретать следующие формы:

1. разовая выплата при подтверждении диагноза заболевания;
2. возмещение расходов, связанных с лечением заболевания;
3. выплаты по нетрудоспособности, смерти и др.

Помимо вышеназванных направлений в медицинском страховании можно выделить следующие риски: нанесение ущерба здоровью вследствие неэффективного лечения или неправильного применения медицинских технологий, неквалифицированных действий медперсонала;   
расходы, связанные с уходом на дому, и др.

В медицинском страховании страховые выплаты непосредственно связаны с расходами страхователя на лечение заболевания или травматического повреждения. Условия страхования могут предусматривать полную или частичную компенсацию понесенных расходов. Следовательно, объектом медицинского страхования являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с затратами на получение медицинской помощи при наступлении страхового случая.   
Любое заболевание влечет за собой определенные финансовые последствия - потерю дохода вследствие временной нетрудоспособности, дополнительные расходы на лечение. Система страхования призвана принимать на себя полную или частичную компенсацию этих расходов. В большинстве стран мира расходы граждан на лечение возмещаются за счет обязательного или добровольного медицинского страхования.   
Заболевания и утрата трудоспособности относятся к разряду рисков, затрагивающих не только отдельных граждан, но и общество в целом, так как оно заинтересовано в поддержании здоровья его членов. Очевидна взаимосвязь между реальным уровнем социальной защиты населения и показателями экономического развития государства.

Наиболее важное значение для здравоохранения имеет обязательное медицинское страхование, являющееся частью социального страхования. Определенную роль в экономике здравоохранения играет имущественное личное страхование, частью которого является страхование здоровья, добровольное медицинское страхование, а также страхование гражданской ответственности медицинских работников. Так как обязательное медицинское страхование является частью системы социального страхования, нужно рассмотреть его положение в этой системе. В нашей стране социальное страхование рассматривается как гарантированная государством система мер материального обеспечения трудящихся и членов их семей в старости, при болезни, потере трудоспособности, поддержки материнства и детства, а также охраны здоровья членов общества. Средства социального страхования формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью. Размеры взносов и порядок их уплаты определяется законом.

Рассмотрим ***основные виды социальных страховых рисков (страховых случаев):***

1) Необходимость получения медицинской помощи.

2) Временная нетрудоспособность.

3) Трудовое увечье и профессиональное заболевание.

4) Материнство.

5) Инвалидность.

6) Наступление старости.

7) Потеря кормильца.

8) Признание безработным.

9) Смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на их иждивении.

***Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством*** – это система правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию гражданам утраченного заработка (выплат, вознаграждений) или дополнительных расходов в связи с наступлением страхового случая по указанным причинам. Обязательное страховое обеспечение предполагает исполнение страховщиком или, в отдельных случаях, страхователем обязательств перед застрахованным при наступлении страхового случая посредством выплаты пособий, установленных Федеральным законом N 255-ФЗ в ред. от 2012 г.

Постановлением правительства Российской Федерации  
от 4 декабря 2014 г. N 1316 «О предельной величине  
базы для начисления страховых взносов в фонд социального  
страхования Российской Федерации и пенсионный фонд  
Российской Федерации с 1 января 2015 г.» предельная величина базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, уплачиваемых в Фонд социального страхования Российской Федерации, предусмотренная [частью 4 статьи 8](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165036/?dst=574) Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный закон), подлежит индексации с 1 января 2015 г. в 1,073 раза с учетом роста средней заработной платы в Российской Федерации и для плательщиков страховых взносов, указанных в [пункте 1 части 1 статьи 5](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165036/?dst=100049) Федерального закона, составляет в отношении каждого физического лица сумму, не превышающую 670000 рублей нарастающим итогом с 1 января 2015 г. Для плательщиков страховых взносов, указанных в [пункте 1 части 1 статьи 5](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165036/?dst=100049) Федерального закона, предельная величина базы для начисления страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, уплачиваемых в Пенсионный фонд Российской Федерации, с учетом размера средней заработной платы в Российской Федерации на 2015 год, увеличенного в 12 раз, и применяемого к нему повышающего коэффициента, установленного [частью 5.1 статьи 8](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165036/?dst=379) Федерального закона на 2015 год в размере 1,7, составляет в отношении каждого физического лица сумму, не превышающую 711000 рублей нарастающим итогом с 1 января 2015 г.

*Страховыми случаями признаются:*

1) временная нетрудоспособность (за исключением временной нетрудоспособности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний);

2) беременность и роды;

3) рождение ребенка;

4) уход за ребенком до достижения им возраста полутора лет;

5) смерть застрахованного или несовершеннолетнего члена его семьи.

Пособие выплачивается, если нетрудоспособность наступила в период работы, а также в случаях, когда заболевание или травма наступили *в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы*.

Выплачивается оно *по общему правилу* за весь период временной нетрудоспособности до дня восстановления трудоспособности (установления инвалидности).

Лицу, признанному инвалидом, пособие по временной нетрудоспособности (за исключением заболевания туберкулезом) выплачивается *не более 4 месяцев подряд*или*5 месяцев в календарном году*.

При заключении срочного трудового договора на срок до 6 месяцев, а также, если заболевание или травма наступили в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования, пособие по временной нетрудоспособности выплачивается *не более чем за 75 календарных дней*.

При заболевании туберкулезом пособие по временной нетрудоспособности выплачивается *до дня восстановления трудоспособности (установления инвалидности)*.

Пособие по временной нетрудоспособности при необходимости ухода за больным членом семьи выплачивается за определенный законом срок.

За ребенком до 7 лет - за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационаре, но не более чем за 60 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком.

За ребенком до 7 лет, если заболевание ребенка включено в перечень. Это, например, пневмония, химический ожог пищевода, инсулинзависимый сахарный диабет. Максимальный срок для выплаты увеличивается до 90 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком в связи с указанным заболеванием.

За ребенком от 7 до 15 лет - за период до 15 календарных дней по каждому случаю амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении. При этом максимальный срок не должен превышать 45 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком.

Ребенок-инвалид в возрасте до 15 лет - за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении, но не более чем за 120 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком.

До 15 лет, если ребенок ВИЧ-инфицирован - за весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении.

До 15 лет при болезни ребенка, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественных новообразованиях, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей - за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении.

В остальных случаях ухода за больным членом семьи при амбулаторном лечении - не более чем за 7 календарных дней по каждому случаю заболевания, но не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим членом семьи.

Размер пособия исчисляется исходя из среднего заработка ***за 2 календарных года***, предшествовавших году наступления нетрудоспособности. То есть, если человек болеет в 2015 году, средний заработок считается за 2013 и 2014 годы.

При заболевании или травме, в том числе в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или осуществлением ЭКО– выплатапособияпроизводится при страховом стаже*до 5 лет – 60% среднего заработка; от 5 до 8 лет – 80% среднего заработка; 8 и более лет – 100% среднего заработка*.  Если страховой стаж менее 6 месяцев - в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда.

*Законодательное обеспечение: Трудовой кодекс Российской Федерации (ст. 183); Федеральный закон от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»; Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной  нетрудоспособности и в связи  с материнством» (ст. 3, 7, 14) (с изменениями и дополнениями от 25.02.2011 г. № 21-ФЗ, от 29.12.2012 г. № 276-ФЗ)*

*Пособие по беременности и родам*для женщин, подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, – *в размере 100%**среднего заработка*, за два календарных года, предшествующих году наступления страхового случая. Застрахованной женщине, имеющей страховой стаж менее 6 месяцев - в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда.

*Законодательное обеспечение: Федеральный закон от 19.05.1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» (ст. 8); Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ (ст. 11)*

*Оплата четырех выходных дополнительных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) по уходу за детьми-инвалидами:*в размере дневного заработка за каждый дополнительный выходной день, при этом под дневным заработком следует понимать средний дневной заработок, определяемый в порядке, устанавливаемом Минтрудом России для исчисления среднего заработка.

*Законодательное обеспечение: Трудовой кодекс Российской Федерации (ст. 262); Федеральный закон от 24.07.2009 г. № 213-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации признании утратившим силу отдельных законодательных актов (отдельных положений законодательных актов в связи с принятием Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федерального фонда обязательного  медицинского страхования и территориальных фондов обязательного  медицинского страхования» (ч 17.ст. 37)*

С учетом норм и положений законодательства об обязательном социальном страховании при правовом урегулировании порядка выплаты страхового обеспечения по каждому из видов социальных страховых рисков и (или) страховых случаев, предусмотренных в обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, осуществляется назначение и выплата следующих видов страхового обеспечения:

1. временная нетрудоспособность как вид социального страхового риска реализуется при наступлении страхового случая в связи с временной нетрудоспособностью застрахованного лица вследствие заболевания и (или) травмы, в связи с чем выплачивается пособие по временной нетрудоспособности в случаях, указанных в статье 5 Федерального закона N 255-ФЗ. Причина временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями устанавливается при оказании медицинской помощи и оплате расходов медицинскому учреждению на диагностику, лечение и реабилитацию лица, подлежащего обязательному социальному страхованию в соответствии со статьей 59 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также нормами и положениями Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
2. материнство как вид социального страхового риска реализуется при наступлении страхового случая, связанного с: беременностью и родами; рождением ребенка (детей); уходом за ребенком до достижения им возраста полутора лет - у застрахованного лица, в связи с чем выплачиваются пособия: по беременности и родам; единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; единовременное пособие при рождении ребенка; ежемесячное пособие по уходу за ребенком в соответствии с пунктами 2, 3, 4, 5 части 2 статьи 1.3 и 1, 2, 3, 4, 5 части 1 статьи 1.4 Федерального закона N 255-ФЗ. Условия, размеры и порядок выплаты страхового обеспечения определяются с учетом норм Федерального закона от 19.05.1995 N 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» и Приказа Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 N 1012н, утвердившего Порядок и условия назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей;
3. такой вид социального страхового риска, как смерть, реализуется при наступлении страхового случая по причине смерти застрахованного лица или несовершеннолетнего члена его семьи, в связи с чем выплачивается пособие на социальное погребение, условия, размеры и порядок выплаты которого определяются пунктом 5 части 2 статьи 1.3 и пунктом 6 части 1 статьи 1.4 Федерального закона N 255-ФЗ и по нормам, предусмотренным Федеральным законом от 12.01.1996 N 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».

С учетом субъектного состава, участниками правоотношений в обязательном социальном страховании определены застрахованные лица, работающие по трудовому договору, подлежащие обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и обязательному медицинскому страхованию. При наступлении страхового случая на указанных застрахованных лиц распространяется действие Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ, Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ и Федерального закона N 323-ФЗ.

Застрахованное лицо (работающее по трудовому договору), на которое распространяется обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, признается застрахованным лицом (работающим по трудовому договору), на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

Таким образом, временная нетрудоспособность и период временной нетрудоспособности застрахованного лица вследствие заболевания или травмы по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством устанавливаются при экспертизе временной нетрудоспособности (медицинской экспертизе) в соответствии с ФЗ 323-ФЗ в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями здоровья застрахованного лица, в связи с которыми ему оказана необходимая медицинская помощь, установлен диагноз, проводятся лечение и его оплата медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию.

Застрахованное лицо по обязательному медицинскому страхованию, а соответственно, и по обязательному социальному страхованию, на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством имеет право на выбор медицинской организации и выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации, участвующего в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования, а соответственно, и к медицинским организациям, осуществляющим экспертизу временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями и травмами, относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности (на основании лицензии), включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Медицинские организации в этом случае осуществляют свою деятельность на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Травма или заболевание, в связи с которыми установлена временная нетрудоспособность у застрахованного лица, назначено и выплачено пособие по временной нетрудоспособности (в связи с наступлением страхового случая), соответствует травме или заболеванию, в отношении которых проведена экспертиза временной нетрудоспособности, установлена причинно-следственная связь с периодом временной нетрудоспособности, сроки которого определяются диагнозом заболевания или травмы, установленным в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра.

При этом основной диагноз заболевания или травмы, внешние причины заболеваемости и смертности с указанием характера и локализации болезни, обстоятельств, ее вызвавших, ориентировочные сроки временной нетрудоспособности квалифицируются в качестве соответствующей нозологической формы болезней, последствий и причин по МКБ-10.

Таким образом, экспертизы страхового случая в связи с временной нетрудоспособностью вследствие заболевания или травмы устанавливают причинно-следственную связь травмы или заболевания у застрахованного лица с периодом временной нетрудоспособности, влекущим назначение и выплату пособия по временной нетрудоспособности, а экспертиза случая временной нетрудоспособности у застрахованного лица устанавливает причинно-следственную связь диагноза заболевания или травмы (основного или сопутствующего) с временной нетрудоспособностью и периодом временной нетрудоспособности застрахованного лица, установленного застрахованному лицу при оказании бесплатной медицинской помощи и ее оплате медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию.

Страховой случай, или заболевание, или травма у застрахованного лица по случаю временной нетрудоспособности, при котором назначается и выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, признается свершившимся правовым событием, наступившим по причине заболевания или травмы, в связи с которыми проведена экспертиза временной нетрудоспособности, установлена связь с периодом временной нетрудоспособности, назначено и выплачено пособие по временной нетрудоспособности в порядке и случаях, указанных в части 1 и 2 статьи 5 Федерального закона N 255-ФЗ.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Термин «риск», характеристика.
2. Страховой риск, социальный страховой риск, основные критерии, которые позволяют считать риск страховым. Страховой случай.
3. Оценка рисков в медицинском страховании.
4. Классификация рисков, защиту от которых предоставляет медицинское страхование.
5. Положение ОМС в системе социального страхования.
6. Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.
7. Назначение и выплата отдельных видов страхового обеспечения.
8. Застрахованное лицо, на которое распространяется обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. Вероятность наступления страхового случая относится к понятию…**

1. конкретный предмет
2. травма
3. болезнь
4. *риск*

**002. Основные критерии, которые позволяют считать риск страховым, все кроме…**

1. *риск, который включается в объём ответственности страховщика, не должен быть возможным*
2. риск, который включается в объём ответственности страховщика, должен быть возможным
3. риск должен носить случайный характер
4. случайность проявления данного риска можно соотнести с массой однородных объектов

**003. Страховой риск, в законе об организации страхового дела, определяется как …**

1. конкретный предмет страхования
2. *предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование*
3. убытки, которые причинены страховым случаем
4. вероятность или возможность нанесения страховым случаем ущерба

**004. В медицинском страховании страхуют риск, связанный…**

1. *с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая*
2. с регистрацией медицинской помощи
3. с наступлением заболевания
4. все перечисленное

**005. При страховании расходов, которые могут возникнуть вследствие заболевания, страховым случаем является …**

1. установление диагноза заболевания или группы заболеваний, указанных в договоре страхования
2. выплата по дням нетрудоспособности
3. *факт обращения в медицинское учреждение за медицинской помощью*
4. компенсация расходов на лечение в амбулаторных медицинских учреждениях и/или в стационаре

**006. При страховании на случай заболевания, страховым случаем считается …**

1. *установление диагноза заболевания или группы заболеваний, указанных в договоре страхования*
2. выплата по дням нетрудоспособности
3. факт обращения в медицинское учреждение за медицинской помощью
4. компенсация расходов на лечение в амбулаторных медицинских учреждениях и/или в стационаре

**007. При обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, страховым случаем не признается …**

1. беременность и роды
2. уход за ребенком до достижения им возраста полутора лет
3. *временная нетрудоспособность вследствие несчастных случаев на производстве профессиональных заболеваний*
4. временная нетрудоспособность (за исключением временной нетрудоспособности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

**008. При заключении срочного трудового договора на срок до 6 месяцев пособие по временной нетрудоспособности выплачивается…**

1. не более чем за 25 календарных дней
2. не более чем за 45 календарных дней
3. не более чем за 55 календарных дней
4. *не более чем за 75 календарных дней*

**009. Пособие по временной нетрудоспособности при необходимости ухода за больным ребенком до 7 лет выплачивается:**

1. за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационаре, но не более чем за 30 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком
2. *за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационаре, но не более чем за 60 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком*
3. за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационаре, но не более чем за 30 календарных дней в году по каждому случаю ухода за этим ребенком
4. за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационаре, но не более чем за 60 календарных дней в году по каждому случаю ухода за этим ребенком

**010. При заболевании или травме выплата пособия при страховом стаже до 5 лет производится …**

1. 50% среднего заработка
2. *60% среднего заработка*
3. 80% среднего заработка
4. 100% среднего заработка

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1**. Гражданина П., проживавшего в Н-ской области и находившегося в командировке за пределами территории проживания, избили на одной из улиц трое неизвестных молодых людей. В связи с переломом костей черепа он обратился в травматологический пункт местной поликлиники, где ему оказали первую помощь (обработали рану, ввели обезболивающее и сняли отёк). Однако врач травмпункта отказался выдать П. направление на госпитализацию, пояснив, что в его поликлинике действительны только те страховые полисы, которые выданы на территории их области, а предъявленный им страховой полис был выдан на территории другого субъекта РФ. Правомерны ли действия врача травмпункта?

**Задача 2**. К. - менеджер торгового комплекса - после окончания рабочего дня ехала домой в маршрутном такси. Водитель такси не справился с поворотом, и автомобиль вылетел на встречную полосу движения. В результате этого произошло дорожно-транспортное происшествие. В числе пассажиров, пострадавших от этого происшествия, была К. В больнице ей выдали листок нетрудоспособности.

Ответьте, является ли ее временная нетрудоспособность социальным страховым случаем или социальным страховым риском? В чем различие между ними?

Какие виды социального обеспечения могут быть предоставлены К.?

**Задача 3.** Комитет по здравоохранению одного из субъектов РФ издал приказ, согласно которому государственным и муниципальным медицинским учреждениям предписывалось не оказывать плановую медицинскую помощь больным, входящую в Программу ОМС, чьи страхователи не платят страховые взносы на обязательное медицинское страхование. При этом в случаях, когда в лечебные учреждения поступали подобные пациенты, предлагалось брать с них или с их родственников деньги за оказание медицинской помощи, а в случае несогласия больных на эти условия - отказывать им в госпитализации.

Нарушает ли приказ Комитета по здравоохранению положения законодательных актов, и каких?

**Глава 2**

**Медицинское страхование в России** C:\Program Files (x86)\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD14710_.gif

**§ 1. Обязательное медицинское страхование как часть государственной системы социального страхования**

***Медицинское страхование*** - одна из форм социального страхования, которое, в свою очередь, является частью системы страхования в целом.

Основополагающие права и свободы человека и гражданина, в том числе в области медицины, содержатся в таких актах международного права, как [Всеобщая декларация прав человека](http://docs.cntd.ru/document/1900204) (1948 год), в [Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах](http://docs.cntd.ru/document/1901156) (1966 год), [Международный пакт о гражданских и политических правах](http://docs.cntd.ru/document/1901157) (1966 год), [Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод](http://docs.cntd.ru/document/1000003045) (1950 год).

Страхование представляет собой систему правовых и экономических отношений по защите интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых премий (страховых взносов), а также иных средств страховщиков.

Особенность страхования заключается в том, что ей присущ известный риск, обусловленный обязанностью страховщика компенсировать оговоренный заранее ущерб. Страхование осуществляется в тех случаях, когда вероятность наступления рисков может быть оценена, и существуют определенные финансовые гарантии со стороны страховщика о компенсации ущерба.

Страхование можно классифицировать следующим образом:

Основная функция страхования в условиях рыночной экономики - это возмещение финансовых и материальных потерь гражданина или юридического лица, наступивших в результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнерами) и др.

*Медицинское страхование - одна из форм социального страхования*.

*Целью медицинского страхования* является гарантия получения гражданами медицинской помощи при возникновении страховых случаев. Различают два основных вида медицинского страхования – обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование.

Медицинское страхование - вид страхования, при котором его объектом являются расходы, связанные с оказанием медицинской помощи и восстановлением здоровья граждан.

В медицинском страховании страховое возмещение осуществляется не в денежной форме, а в виде предоставления медицинских услуг. То есть медицинское страхование позволяет гарантировать гражданину бесплатное предоставление определённого объёма [медицинских услуг](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3%D0%B0) при возникновении [страхового случая](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%81%D0%BB%D1%83%D1%87%D0%B0%D0%B9) (нарушении здоровья). При этом страховщик несет затраты по оплате случая оказания медицинской помощи ([риска](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D1%81%D0%BA)) с момента уплаты первого взноса в соответствующий фонд.

Говоря о системе медицинского страхования, необходимо различать **добровольное** и **обязательное** медицинское страхование, так как последнее является частью социального страхования и финансируется за счет целевого налогообложения, включаемого в себестоимость продукции, и платежей из бюджета, а добровольное медицинское страхование финансируется за счет прибыли работодателей или личных средств граждан.

***Добровольное медицинское страхование*** имеет свои плюсы. Один из них – это свобода выбора. Страхователь сам составляет страховую программу, выбирает медицинские учреждения из предложенного списка. При этом страховщик даёт консультации по всем вопросам, а последнее слово выбора остается за страхователем.

Важным нюансом считается экономия времени, которую полностью обеспечивает добровольное медицинское страхование. Нет необходимости искать достойное медучреждение, ждать очереди у кабинета врача.

Страхователь, который оплатил полис на весь срок действия, полностью застрахован от повышения тарифов на любые медицинские услуги.

Ещё один позитивный момент – это высокое качество услуг, которое постоянно курируется экспертами компании-страховщика.

К недостаткам ДМС можно отнести следующее:

1. высокая стоимость – иначе пакет услуг будет минимальным и неэффективным (только посещение специалистов, а сдача анализов, услуги скорой помощи и, конечно, стоматолога - платные);
2. зачастую страховка предполагает прикрепление к одному медицинскому учреждению, которое может быть значительно удалено от места проживания;
3. если человек здоров – его деньги не вернутся.

***Обязательное медицинское страхование*** является частью государственной системы социального страхования. *Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и* *организационных мер, направленных на обеспечение (при наступлении страхового случая) гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы* *обязательного медицинского страхования и в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования*.

Обязательное медицинское страхование, как составная часть системы государственного социального страхования, обеспечивает равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, которая предоставляется за счет средств ОМС в объеме и на условиях соответствующих программ ОМС.

В основе системы обязательного медицинского страхования лежат следующие экономические и правовые принципы:

1. Обязательное медицинское страхование распространяется на всех граждан страны независимо от возраста, пола, состояния здоровья, места жительства и доходов. Все граждане страны имеют право на получение бесплатных медицинских услуг включенных в программу обязательного медицинского страхования.
2. Программа обязательного медицинского страхования финансируется государством.
3. Страховые взносы перечисляются на всех граждан, однако использование перечисленных ресурсов осуществляется только при обращении за медицинской помощью – принцип «здоровый платит за больного». Граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковое право на получение медицинских услуг, однако начисление в страховой фонд осуществляется в зависимости от объема личного дохода – принцип «богатый платит за бедного».

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования используются во всех взаимоотношениях, которые возникают между субъектами и участниками. В [Законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Ф](http://docs.cntd.ru/document/9004176)едерации» такие принципы законодательно закреплены не были.

*Объектом обязательного медицинского страхования является страховой риск, связанный с возникновением страхового случая*.

Еще раз напомним, что *страховой риск* – это предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаком вероятности и случайности его наступления. Вероятность наступления болезни или травмы у человека имеется в силу того, что физическим повреждениям или болезням подвержены все живые существа. Случайность наступления события, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи, связана с тем, что такие события возникают вне зависимости от воли, сознания и действий людей. Речь идет, в частности, о природных явлениях, катастрофах, чрезвычайных ситуациях и т.п.

*Страховой случай* - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию. В данном случае рисковые события являются «отправной точкой» возникновения правоотношений по обязательному медицинскому страхованию, в конечном итоге - предоставления страхового обеспечения застрахованному лицу. Произошедшие события подлежат рассмотрению в качестве юридических фактов.

*Обязательное медицинское страхование обладает рядом положительных моментов для населения, таких как:*

Недостатком обязательного медицинского страхования является то, что оно покрывает не все виды медицинских услуг, в которых может возникнуть необходимость.

При обязательном страховании организационно закрепляется статус территориального аккумулирования средств и ресурсов в страховых фондах, определяются условия и порядок финансирования лечебно-профилактической помощи. Система страховой медицины предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность лечебно-профилактических учреждений, бездефицитность их финансирования и обеспечения социальных гарантий при оказании услуг социально незащищенных слоев населения.

Таким образом, страховая система здравоохранения - это сложная структура, имеющая:

1. свои собственные фонды (Федеральный и территориальные);
2. отлаженную систему финансирования в виде платежей (работодатели ежемесячно направляют 5,1% от фонда оплаты труда в Фонды ОМС);
3. систему подчиненности;
4. способность к саморегулированию.

Правовые основы обязательного медицинского страхования заложены нормами соответствующего законодательства. Наиболее значимую роль в любой системе законодательства имеют нормы [Конституции РФ](http://docs.cntd.ru/document/9004937) и нормы международного права (при условии их официального признания и инкорпорирования в правовую систему Российской Федерации). Следующими в системе «иерархии» нормативно-правовых актов идут кодексы, федеральные законы, законы РФ.

[Статьей 41 Конституции РФ](http://docs.cntd.ru/document/9004937) закреплено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Помимо [Конституции РФ](http://docs.cntd.ru/document/9004937), законодатель указал на такой значимый нормативно-правовой акт как Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, а именно, - [Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](http://docs.cntd.ru/document/902312609), который регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Указанный Закон определяет:

1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;

2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;

3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;

4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;

5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Следующим по степени важности в отношении установления правовых основ в области обязательного медицинского страхования нормативным правовым актом является [ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»](http://docs.cntd.ru/document/901738866). Данный закон, в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, регулирует отношения в системе обязательного социального страхования, определяет правовое положение субъектов обязательного социального страхования, основания возникновения и порядок осуществления их прав и обязанностей, ответственность субъектов обязательного социального страхования, а также устанавливает основы государственного регулирования обязательного социального страхования.

Согласно [ст.1](http://docs.cntd.ru/document/901738866) указанного закона обязательное социальное страхование - часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам.

Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в России, является Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. Позднее, в 1993 г., законодатель внес в него ряд существенных изменений, и с этого момента правовой основой развития медицинского страхования в государстве стал Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В настоящее время обязательное медицинское страхование регулируется специальным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№ 326-ФЗ), который определяет субъектов и участников системы, размер страховых взносов, порядок их уплаты, объем и порядок страхового возмещения.

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе:

К числу других законов, помимо уже указанных, относятся, в том числе:

1) [Закон РФ от 27 ноября 1992 года N 4015-I «Об организации страхового дела в Российской Федерации»,](http://docs.cntd.ru/document/9003385) который регулирует отношения между лицами, осуществляющими виды деятельности в сфере страхового дела, или с их участием, отношения по осуществлению государственного надзора за деятельностью субъектов страхового дела, а также иные отношения, связанные с организацией страхового дела. Данный закон содержит нормы, касающиеся страховых медицинских организаций;

2) [Федеральный закон от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»](http://docs.cntd.ru/document/902167485) регулирует отношения, связанные с исчислением и уплатой (перечислением) страховых взносов в различные фонды, в том числе страховых взносов на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

3) [Налоговый кодекс РФ](http://docs.cntd.ru/document/901765862). Он определяет порядок уплаты налогов и сборов любых организаций. Специальный состав имеет норма [ст.294.1 Налогового кодекса РФ](http://docs.cntd.ru/document/901765862), которая содержит особенности определения доходов и расходов страховых организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование;

4) [Федеральный закон от 30 марта 1999 года N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»](http://docs.cntd.ru/document/901729631). Данный закон направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду;

5) [Федеральный закон от 17 сентября 1998 года N 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»](http://docs.cntd.ru/document/901717430) - устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации;

6) [Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»](http://docs.cntd.ru/document/9003321). Этот закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации;

7) [Федеральный закон от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»](http://docs.cntd.ru/document/902209774) - регулирует отношения, возникающие в связи с обращением - разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, со стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом на территорию Российской Федерации, вывозом с территории Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств.

Законы субъектов РФ, в отличие от федеральных законов и законов РФ, имеют ограниченную сферу действия - только в пределах того субъекта, которым этой нормативно-правовой акт принят.

В упрощенном виде обязательное медицинское страхование реализуется по следующей схеме:

1. страхователи перечисляют взносы за застрахованных лиц (за работников или за себя);
2. страховые медицинские организации выдают полисы застрахованным лицам, заключая договоры со страхователями и с медицинскими учреждениями;
3. медицинские учреждения оказывают застрахованным лицам медицинские услуги и передают реестры пролечившихся в страховую медицинскую организацию;
4. страховые медицинские организации оплачивают все расходы медицинских учреждений за счет средств обязательного медицинского страхования, получаемых страховыми медицинскими организациями от ФФОМС.

ФФОМС и иные уполномоченные органы осуществляют надзор за рациональным использованием средств в системе обязательного медицинского страхования, в основном, путем проведения ревизий и целевых проверок.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Медицинское страхование как одна из форм социального страхования.
2. Обязательное медицинское страхование, как составная часть системы государственного социального страхования.
3. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования.
4. [Достоинства](http://docs.cntd.ru/document/901738866) и недостатки страховой системы здравоохранения.
5. Схема реализации обязательного медицинского страхования.
6. Достоинства и недостатки обязательного и добровольного медицинского страхования.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. Индивидуальное и коллективное – это вид страхования…**

1. по объекту страхования
2. по форме проведения
3. по способу образования и использования страховых резервов
4. *по количеству застрахованных (в одном договоре)*

**002. Личное, имущественное, страхование ответственности – это вид страхования…**

1. *по объекту страхования*
2. по форме проведения
3. по способу образования и использования страховых резервов
4. по количеству застрахованных (в одном договоре)

**003. Обязательное и добровольное – это вид страхования…**

1. по объекту страхования
2. *по форме проведения*
3. по способу образования и использования страховых резервов
4. по количеству застрахованных (в одном договоре)

**004. В медицинском страховании страховое возмещение осуществляется…**

1. в денежной форме
2. *в форме предоставления медицинских услуг*
3. в денежной форме и в форме предоставления медицинских услуг
4. нет правильного ответа

**005. Объектом обязательного медицинского страхования является …**

1. страховой случай
2. пациент
3. *страховой риск*
4. все перечисленное

**006. По охвату населения обязательное медицинское страхование носит:**

1. *всеобщий или массовый характер*
2. абсолютный и полный характер
3. индивидуальный или групповой характер
4. частный и неполный характер

**007. Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является:**

1. коммерческим
2. *некоммерческим*
3. имущественным
4. индивидуальным

**008. По охвату населения добровольное медицинское страхование носит:**

1. всеобщий или массовый характер
2. абсолютный и полный характер
3. *индивидуальный или групповой характер*
4. частный и неполный характер

**009. К признакам страховой системы здравоохранения не относится:**

1. наличие собственных фондов
2. отлаженную систему финансирования в виде платежей
3. *свобода выбора страховой программы*
4. способность к саморегулированию

**010. Для финансирования ОМС работодатели ежемесячно направляют…**

1. 2,8% от фонда оплаты труда в Фонды ОМС
2. 3,6% от фонда оплаты труда в Фонды ОМС
3. *5,1% от фонда оплаты труда в Фонды ОМС*
4. 7,2% от фонда оплаты труда в Фонды ОМС

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1.** В территориальной программе обязательного медицинского страхования одного из субъектов РФ было предусмотрено оказание стоматологической помощи населению за счёт средств ОМС без конкретизации видов стоматологической помощи, которые оказываются за счет этих средств и за счёт личных средств граждан. В связи с неоднократной задержкой финансирования поликлиники местным ТФОМС, её директор обратившимся за медицинской помощью гражданам пояснял, что поликлиника бесплатно оказывает только экстренную стоматологическую медицинскую помощь, а плановая стоматологическая медицинская помощь в связи с недофинансированием средствами ОМС будет оказываться гражданам только за их личные средства. В связи с этим, врачи этой поликлиники по его указанию оказывали плановую медицинскую помощь гражданам только после её предварительной оплаты.

Правомерны ли действия директора стоматологической поликлиники?

**Задача 2.** Гражданка А. получила полис ОМС в Москве. Во время проживания у родственников в Московской области она заболела ОРЗ и решила обратиться к терапевту в местную поликлинику. В поликлинике терапевт отказал ей в приеме на том основании, что полис получен в Москве, а не в Московской области, и порекомендовал обратиться за медицинской помощью по месту постоянного жительства.

Правомерны ли действия терапевта? Если нет, то какие положения законодательства РФ были нарушены?

**Задача 3.** У специалиста возник вопрос о реализации конституционного права на бесплатную медицинскую помощь.  
Необходимо дать нормативно обоснованный ответ по реализации права на бесплатную медицинскую помощь.

**§ 2. Закон об обязательном медицинском страховании**

Закон о медицинском страховании граждан действовал в России с 1991 года. Декларативность ряда его норм не соответствовала сегодняшним реалиям, поскольку не обеспечивала должный уровень социальной защиты населения.

В частности, ранее действовавшем [Законе РФ от 28 июня 1991 года N 1499-1](http://docs.cntd.ru/document/9004176) в качестве субъектов медицинского страхования назывались «гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение» ([ст.2](http://docs.cntd.ru/document/9004176)). Предполагалось, что субъекты одновременно являются участниками обязательного медицинского страхования.

В отличие от ранее действовавшего законодательства, в ФЗ № 326-ФЗ проводится *отличие круга «субъектов обязательного медицинского страхования» и «участников обязательного медицинского страхования»*. И субъекты, и участники обязательного медицинского страхования участвуют в отношениях по обязательному медицинскому страхованию и при этом имеют свою определенную роль и свой круг полномочий.

Основными, непосредственно действующими, лицами обязательного медицинского страхования являются субъекты.

Пожалуй, основным отличием субъектов от участников является то, что правовое положение субъектов строго определяется законом и их состав является обязательным. Наличие страховщика, страхователя и застрахованного лица является «классикой» модели любого обязательного страхования.

В частности, к застрахованным лицам отнесены работающие и неработающие граждане РФ. Установлено, что постоянно или временно проживающие на территории России иностранные граждане и лица без гражданства имеют такие же права и обязанности в системе обязательного медицинского страхования, как и граждане РФ.

Участниками могут быть юридические лица, создаваемые и действующие на основании действующего законодательства и выполняющие «вспомогательные» функции в рамках обязательного медицинского страхования.

Между участниками обязательного медицинского страхования заключаются договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договоры на оказание, и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

***Единым страховщиком в системе обязательного медицинского страхования назван Федеральный фонд обязательного медицинского страхования***. Отдельные полномочия страховщика осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, которые имеют статус участников.

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются:

1. *для неработающего населения* страхователями выступают - органы исполнительной власти субъектов РФ;
2. *для работающего населения* страхователями являются работодатели, к числу которых относятся организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, нотариусы, занимающиеся частной практикой, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации также являются полноправными участниками системы обязательного медицинского страхования. К числу медицинских учреждений относятся:

К медицинским организациям относятся лепрозории, центры по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центры медицинской профилактики, врачебно-физкультурные диспансеры, центры профессиональной патологии, санатории, станции переливания крови, центры крови, центры планирования семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков, дома (больницы) сестринского ухода, хосписы, молочные кухни и прочие медицинские организации.

Отдельно отметим, что в программу модернизации здравоохранения в субъекте РФ могут быть включены средние учебные заведения медицинского профиля, подведомственные органу управления здравоохранением в субъекте РФ, однако только за счет средств консолидированного бюджета субъектов РФ, включая местные бюджеты, в рамках мероприятий по повышению уровня обеспеченности кадрами учреждений здравоохранения. При этом органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления должны установить дополнительное государственное задание на подготовку кадров в образовательных учреждениях, находящихся в ведении субъектов РФ и органов местного самоуправления.

В контексте закона ФЗ № 326-ФЗ хотелось бы обратить внимание на паритетность представительства всех субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования. Ряд норм Закона отражают принцип паритета, в частности, следующие:

1. [п.7 ст.5 Закона](http://docs.cntd.ru/document/902247618), который говорит об установлении ответственности и для субъектов, и для участников обязательного медицинского страхования и установлена ответственность за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании;
2. [п.7 ч.8 ст.33 Закона](http://docs.cntd.ru/document/902247618), согласно которому ФФОМС осуществляет контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;
3. [п.14 ст.33 Закона](http://docs.cntd.ru/document/902247618) о том, что ФФОМС в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования.

Законодательством определено право застрахованных по ОМС граждан на получение медицинской помощи бесплатно на всей территории РФ в объеме Базовой программы ОМС, а на территории субъекта РФ, где выдан полис ОМС – в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования  утверждается постановлением Правительства России в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. В ней перечислены виды и  нормативные объемы медицинской помощи.

В субъектах (регионах) России на основе Базовой программы ОМС разрабатываются и утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования. Территориальные программы по предоставляемым видам и объемам медицинской помощи не могут быть меньше, чем Базовая программа ОМС.  Они  могут  включать дополнительные виды  медицинской помощи, финансируемые за счет субъекта Российской Федерации. Таким образом, в своем регионе застрахованный по ОМС гражданин может получить медицинскую помощь в расширенном объеме (если это предусмотрено территориальной программой ОМС), а если он оказался в другом регионе РФ - в объеме, предусмотренном Базовой программой ОМС.

Медицинская помощь по ОМС оказывается в медицинских организациях,  включенных  в реестр Территориального фонда ОМС:

Согласно ФЗ № 326-ФЗ, медицинские организации, созданные в соответствии с законодательством и находящиеся за пределами территории Российской Федерации, вправе оказывать виды медицинской помощи застрахованным, установленные [базовой](consultantplus://offline/ref=C67DF0A9FA90F00C923DA98F0A70CC3A06C3774CC9F123A673678F41AAE9DEA8156C5E92B00C3737Z3IAH) программой ОМС, за счет средств обязательного медицинского страхования в [порядке](consultantplus://offline/ref=C67DF0A9FA90F00C923DA98F0A70CC3A06C1724FCAF423A673678F41AAE9DEA8156C5E92B00C3131Z3ICH), установленном правилами обязательного медицинского страхования.

Реестр медицинских организаций содержит: наименования и адреса медицинских организаций, а также перечень услуг, оказываемых в рамках территориальной программы ОМС.

[Порядок](consultantplus://offline/ref=C67DF0A9FA90F00C923DA98F0A70CC3A06C1724FCAF423A673678F41AAE9DEA8156C5E92B00C3432Z3I9H) ведения, [форма](consultantplus://offline/ref=C67DF0A9FA90F00C923DA98F0A70CC3A06C1724FCAF423A673678F41AAE9DEA8156C5E92B00C3034Z3IDH) и [перечень](consultantplus://offline/ref=C67DF0A9FA90F00C923DA98F0A70CC3A06C1724FCAF423A673678F41AAE9DEA8156C5E92B00C3433Z3IDH) сведений реестра медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, размещается (*в обязательном порядке*) на его официальном сайте в сети «Интернет» и может дополнительно опубликовываться иными способами.

Территориальный фонд *не вправе отказать* медицинской организации во включении в реестр.

Медицинские организации, включенные в реестр, *не имеют права в течение года выйти из числа медицинских организаций*, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством случаев).

*Медицинские организации обязаны:*

1. бесплатно оказывать застрахованным медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
2. вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным;
3. предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду ОМС сведения о застрахованных и об оказанной им медицинской помощи (необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи);
4. предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом ОМС);
5. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
6. размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи;
7. предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду ОМС сведения о режиме работы организации, видах, показателях доступности и качества медицинской помощи;
8. выполнять иные обязанности в соответствии с законом.

***Медицинские организации имеют право:***

Таким образом, *критериями участия медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования* являются следующие.

*Во-первых*, принадлежность к организациям любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы или статус индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой.

Организационно-правовые формы, в которых возможно создание медицинских организаций, предусмотрены [Гражданским кодексом РФ](http://docs.cntd.ru/document/9027690). Медицинские организации могут создаваться в форме учреждений, обществ с ограниченной ответственностью, акционерных обществ и т.п. Формы собственности медицинских организаций могут быть различными: государственной, муниципальной и частной.

В частной собственности могут находиться лечебно-профилактические и аптечные учреждения, а также юридические лица, занимающиеся частной медицинской и частной фармацевтической деятельностью. Организации частной системы здравоохранения создаются и финансируются частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Государственную систему здравоохранения составляют:

1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук;

2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти;

3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Муниципальную систему здравоохранения составляют:

1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

*Во-вторых*, включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

[Закон](http://docs.cntd.ru/document/902247618) регламентирует порядок инициирования медицинской организацией включения ее в реестр медицинских организаций. Соблюдение такого порядка является обязательным для всех медицинских организаций, которые желают участвовать в системе обязательного медицинского страхования.

Прежде всего, медицинская организация должна направить уведомление в ТФОМС в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Если уведомление подано с соблюдением установленных требований, ТФОМС не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций.

Таким образом, порядок вступления медицинских организаций в отношения обязательного медицинского страхования является уведомительным. Единственное законодательно установленное ограничение - это ограничение по времени подачи уведомлений.

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте РФ могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Приведенное правило направлено на то, чтобы не ущемлялись права юридических лиц и предпринимателей, которые создаются в период с 1 сентября по 31 декабря.

Уведомление составляется на бумажном носителе или в электронном виде. Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет». Уведомление должно содержать следующие сведения:

1. полное наименование медицинской организации или фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;
2. краткое наименование медицинской организации;
3. адрес (место) нахождения медицинской организации или адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;
4. КПП;
5. ИНН;
6. организационно-правовую форму медицинской организации;
7. фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты или номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;
8. наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность;
9. виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы.

В случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления представляет в ТФОМС копии документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации. При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов.

В день представления документов ТФОМС осуществляет проверку их на соответствие вышеперечисленным сведениям в присутствии представителя медицинской организации и при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает реестровый номер. Присвоенный медицинской организации реестровый номер ТФОМС не позднее двух рабочих дней с даты присвоения направляет на указанный в уведомлении медицинской организации электронный адрес.

При выявлении несоответствия представленных документов сведениям, представленным в уведомлении, медицинской организации предлагается внести уточнения в уведомление с учетом установленного срока (т.е. по общему правилу - до 1 сентября).

В случае изменения сведений о медицинской организации, например, изменения местонахождения и КПП, медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты наступления этих изменений направляет в ТФОМС в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие изменения сведений, для актуализации реестра медицинских организаций.

Внесение изменений в сведения, содержащиеся в реестре медицинских организаций, осуществляется ТФОМС в течение пяти рабочих дней со дня представления медицинскими организациями сведений и документов, подтверждающих эти сведения.

Закон также определяет содержание реестра медицинских организаций и делает ссылку на [Порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования](http://docs.cntd.ru/document/902265024), который установлен [приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 года N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования](http://docs.cntd.ru/document/902265024)» (раздел VI). Форма ведения реестра утверждена в [приложении N 2 к данным Правилам](http://docs.cntd.ru/document/902265024).

Реестр медицинских организаций ведется ТФОМС. Он находится в свободном доступе на официальном сайте ТФОМС в сети Интернет и может дополнительно опубликовываться иными способами.

Реестры медицинских организаций субъектов РФ являются сегментами единого реестра медицинских организаций. Ведение единого реестра медицинских организаций осуществляется ФФОМС. Реестр медицинских организаций содержит следующие сведения:

1. код субъекта РФ по [ОКАТО](http://docs.cntd.ru/document/1200000127), где расположена медицинская организация;
2. код медицинской организации в кодировке единого реестра медицинских организаций;
3. полное и краткое наименование медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ и фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой в соответствии с ЕГРИП;
4. КПП;
5. ИНН;
6. организационно-правовую форму медицинской организации;
7. адрес (место) нахождения медицинской организации и адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;
8. фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты и номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой;
9. сведения о документе, дающем право в соответствии с законодательством Российской Федерации на осуществление медицинской деятельности (наименование, номер, дата выдачи и окончания срока действия);
10. виды медицинской помощи, оказываемые медицинской организацией в рамках территориальной программы;
11. дату включения медицинской организации в реестр медицинских организаций;
12. дату исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций;
13. причину исключения медицинской организации из реестра медицинских организаций.

Кроме того, законом предусматривается правило о том, что медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, имеют право выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, только с 1 января следующего года. ***Однако здесь имеется ряд исключений***.

*Во-первых, ликвидация медицинской организации*. Любое юридическое лицо считается ликвидированным с даты внесения в ЕГРЮЛ записи о его ликвидации, индивидуальный предприниматель, соответственно, с момента внесения записи в ЕГРИП).

*Во-вторых, утрата права на осуществление медицинской деятельности*, которое чаще всего происходит в связи прекращением или приостановкой действия лицензии. Медицинские учреждения имеют право осуществлять деятельность при условии наличия лицензии на соответствующий вид деятельности. Это условие опирается на норму [п.1 ст.49 Гражданского кодекса РФ](http://docs.cntd.ru/document/9027690) о том, что «отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законом, юридические лицо может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии)».

В настоящее время порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации медицинскими и иными организациями, а также индивидуальными предпринимателями, за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», регламентирован соответствующим [Положением](http://docs.cntd.ru/document/902342781), утвержденным [постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 года N 291](http://docs.cntd.ru/document/902342781).

В соответствии со [ст.9 Федерального закона от 4 мая 2011 года N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»](http://docs.cntd.ru/document/902276657) лицензия действует бессрочно, однако согласно положениям [ст.20](http://docs.cntd.ru/document/902276657) этого же закона действие лицензии может быть приостановлено лицензирующим органом в следующих случаях:

1) привлечение лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований, выданного лицензирующим органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

2) назначение лицензиату административного наказания в виде административного приостановления деятельности за грубое нарушение лицензионных требований в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Особо отметим, что лицензия аннулируется только по решению суда на основании рассмотрения заявления лицензирующего органа об аннулировании лицензии.

Действие лицензии прекращается в связи с прекращением вида деятельности лицензиата, на который предоставлена лицензия, в следующих случаях:

1) представление лицензиатом в лицензирующий орган заявления о прекращении лицензируемого вида деятельности;

2) прекращение физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей;

3) прекращение деятельности юридического лица в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей (за исключением реорганизации в форме преобразования или слияния при наличии на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц у каждого участвующего в слиянии юридического лица лицензии на один и тот же вид деятельности);

4) наличие решения суда об аннулировании лицензии.

*В-третьих, банкротство* (или несостоятельность, то есть признанная арбитражным судом неспособность должника в полном объеме удовлетворить требования кредиторов по денежным обязательствам и (или) исполнить обязанность по уплате обязательных платежей).

Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в указанных выше случаях ТФОМС производит в течение одного дня с даты получения указанных сведений.

ТФОМС размещает на своем официальном сайте в сети «Интернет» сведения о медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, и сведения о медицинских организациях, исключенных из реестра медицинских организаций. В свою очередь, на официальном сайте ФФОМС в сети Интернет также размещаются отдельные сведения единого реестра медицинских организаций.

ТФОМС обеспечивает представление в ФФОМС изменений, внесенных в реестр медицинских организаций, в течение двух рабочих дней с даты внесения данных изменений, а ФФОМС обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) медицинских организаций в реестр медицинских организаций и мониторинг их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Правовым основанием осуществления медицинскими организациями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования является договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Договор заключается страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В течение срока действия договора медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Как правило, в самом тексте договора содержится такое условие.

Медицинские организации ведут раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования. Раздельный учет необходим для упрощения контроля таких операций. Он применяется с учетом требований [Федерального закона от 21 ноября 1996 года N 129-ФЗ «О бухгалтерском учете](http://docs.cntd.ru/document/9032598)».

*Размер страховых взносов при ОМС* устанавливается законодательно и определяется в процентном отношении от фонда оплаты труда. Такой подход обеспечивает действие «принципа солидарности», - в соответствии с которым медицинская помощь оказывается всем застрахованным в равном объеме, независимо от абсолютной величины страховых взносов.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование обособлены от иных поступлений денежных средств особыми признаками. Во-первых, они имеют обязательный характер (т.е. в любом случае перечисляются страхователями при наличии законных оснований), во-вторых, являются обезличенными (т.е. перечисляются на страховое обеспечение неопределенного круга застрахованных лиц в определенном количестве и объемах, а не на обеспечение конкретного физического лица или лиц), а в-третьих, нацелены исключительно на обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Право застрахованного на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками договора о финансовом обеспечении и договора на оказание и оплату медицинской помощи.

*Финансовое обеспечение - это сумма денег на счете с учетом прибыли или убытка по открытым контрактам и комиссии по этим контрактам, если бы они были ликвидированы*.

Приказом   Минздравсоцразвития России **от 09.09.2011 №1030н** утверждена форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Данный приказ зарегистрирован в Минюсте 19.10.2011 № 22082.  
Данным приказом предполагается, что   при заключении такого договора размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи устанавливается от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

Приказом **№1030н** предполагается, что   при заключении такого договора размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи устанавливается от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи: на 2012 год - не более 70%, на 2013 год - не более 55%, на 2014 год - не более 40%, с 2015 года - не более 30 %. При этом размер средств заявки может быть увеличен во 2 - 3 квартале года не более чем на 20% от размера, указанного в настоящем пункте Приказа.

[*Страховые медицинские организации*](http://www.strahyi.ru/material/medicinskoe-strahovanie-vybor-vrach-uchrezhdenie) *по этому договору несут ответственность за его ненадлежащее исполнение*.

***Механизм действия санкций*** *реализуется двумя путями.*

Договор на оказание и оплату медицинской помощи заключается между медицинской организацией и страховой медицинской организацией. При этом, медицинская организация должна быть включена в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС. Страховая медицинская организация должна участвовать в реализации территориальной программы ОМС.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация - обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности медицинской организации:

1. предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи (необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи), о режиме работы организации, видах оказываемой медицинской помощи;
2. представление счетов (реестра счетов) за оказанную медицинскую помощь;
3. представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной медицинской помощи и иной отчетности (в порядке, установленном Федеральным фондом ОМС);
4. выполнение иных обязанностей, предусмотренных законодательством и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Основные отличия ФЗ № 326-ФЗ от закона 1991 года N 1499-1.
2. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования.
3. Базовая программа обязательного медицинского страхования, реестр медицинских организаций.
4. Права и обязанности медицинских организаций, критериями участия медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования.
5. Уведомительный порядок вступления медицинских организаций в отношения обязательного медицинского страхования.
6. Право выхода из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.
7. Размер страховых взносов при ОМС.
8. Договор о финансовом обеспечении.
9. Договор на оказание и оплату медицинской помощи.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. Принцип обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая (ФЗ № 326-ФЗ) гарантирует…**

1. эффективное обеспечение беспрерывного и своевременного финансирования обязательств в рамках отношений ОМС
2. обеспечение соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС
3. *безвозмездное получение определенных видов медицинской помощи*
4. наличие разветвленной сети разнопрофильных медицинских учреждений

**002. К субъектам ОМС не относятся…**

1. застрахованные лица
2. страхователи
3. *территориальные Фонды ОМС*
4. Федеральный Фонд ОМС

**003. Страховщик в системе обязательного медицинского страхования - это…**

1. территориальные Фонды ОМС
2. *Федеральный Фонд ОМС*
3. страховые медицинские организации
4. Министерство здравоохранения

**004. Страхователями по ОМС для неработающего населения являются…**

1. Министерство здравоохранения РФ
2. *органы исполнительной власти субъектов РФ*
3. Федеральный Фонд ОМС
4. территориальные Фонды ОМС

**005. В базовой программе ОМС перечислены…**

1. медицинские организации, оказывающие помощь по программе ОМС
2. условия договора о финансовом обеспечении и договора на оказание медицинской помощи по ОМС
3. *виды и  нормативные объемы медицинской помощи*
4. все перечисленное

**006. Медицинская помощь по ОМС оказывается в медицинских организациях…**

1. *включенных  в реестр Территориального фонда ОМС*
2. только государственной системы здравоохранения
3. государственной и муниципальной системы здравоохранения
4. включенных  в реестр Минздрава России

**007. Реестр медицинских организаций не содержит:**

1. наименованиямедицинских организаций
2. *тарифы на медицинские услуги*
3. адреса медицинских организаций
4. перечень услуг, оказываемых в рамках территориальной программы ОМС

**008. К обязанностям медицинских организаций не относится:**

1. ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи
2. предоставлять отчетность о деятельности в сфере ОМС
3. *обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда ОМС по оценке КМП*
4. бесплатно оказывать медицинскую помощь в рамках программ ОМС

**009. К правам медицинских организаций не относится:**

1. получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров
2. обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда ОМС по оценке КМП
3. *ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи*
4. получать средства за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами

**010. Договор о финансовом обеспечении заключают между собой …**

1. ТФОМС и медицинское учреждение
2. Медицинское учреждение и страховая медицинская организация
3. *ТФОМС и страховая медицинская организация*
4. ТФОМС и Федеральный фонд ОМС

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1.** При обращении гражданина в лечебно-профилактическое учреждение возникли сомнения в объеме прав застрахованного лица в системе обязательного медицинского страхования. Необходимо дать нормативно обоснованный ответ о правах застрахованных лиц.

**Задача 2.** В страховую компанию обратилась гражданка Н., 23 лет, с заявлением с просьбой провести проверку качества оказания ей медицинской помощи в районной больнице, так как, по её мнению, наступление инвалидности напрямую связано с некачественно проведённой операцией по вживлению кардиостимулятора. Страховая медицинская организация назначила проверку качества оказания Н. медицинской помощи. Однако главный врач районной больницы отказался предоставить эксперту страховой компании историю болезни и другие документы для проведения проверки, пояснив, что может это сделать лишь по разрешению комитета по здравоохранению района. Правомерны ли действия главного врача районной больницы?

**Задача 3.** Студент 1-го курса С., 17 лет, в ходе драки нанёс своему сокурснику И., 16 лет, ножевое ранение в область живота, с которым первый был доставлен в больницу. Больница предъявила счёт за лечение в страховую медицинскую организацию, которая отказалась его оплачивать, предложив переадресовать счёт родителям И. Обоснован ли отказ страховой медицинской организации от оплаты лечения?

**Глава 3**

**Экономическое и правовое**

**обеспечение обязательного**

**медицинского страхования** C:\Program Files (x86)\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD14710_.gif

**§ 1. Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС, сравнительная характеристика**

Общеизвестно, что в Российской Федерации медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной. Путем обязательной формы страхования обеспечивается минимум защиты имущественных интересов. При этом обязательное медицинское страхование дает право гражданину получать стандартную, гарантированную бесплатную медицинскую помощь.

В соответствии с законодательным подходом, ОМС рассматривается как составная часть государственного социального страхования. С помощью этой формы гражданам страны обеспечиваются равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Законодательством определяются правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации.

Законодательные позиции направлены на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в рыночных экономических условиях и должны обеспечивать конституционное право граждан Российской Федерации на медицинскую помощь. Денежные средства ОМС входят в состав источников финансирования системы здравоохранения Российской Федерации.

Экономическая сущность страхования состоит в создании страховых фондов за счёт взносов заинтересованных в страховании сторон и предназначенных для возмещения ущерба. В то же время, принципы права - это основные исходные положения, юридически закрепляющие объективные закономерности общественной жизни. Они аккумулируют в себе наиболее характерные черты права, определяют его юридическую природу.

*В основе системы обязательного медицинского страхования лежат следующие экономические и правовые принципы:*

В ФЗ № 326-ФЗ первым назван *принцип обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая*. По сути, тем самым раскрывается всеобщий характер обязательного медицинского страхования, отраженный в [ст.41 Конституции РФ](http://docs.cntd.ru/document/9004937). Соблюдение названного принципа гарантирует каждому нуждающемуся человеку безвозмездное получение определенных видов медицинской помощи. Бесплатно оказывается медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Вторым принципом является *принцип устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования*. Он означает, что наличие эффективных экономических рычагов, с помощью которых государство обеспечивает беспрерывное и своевременное финансирование обязательств в рамках отношений обязательного медицинского страхования, в частности, по своевременному перечислению из бюджета денежных средств медицинским и медицинским организациям. По сути, финансовая система обязательного медицинского страхования провозглашена автономной.

Устойчивость и стабильность финансовой системы обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования.

Третьим принципом назван *принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование*. Как и любое страхование, обязательное медицинское страхование обеспечивается главным образом за счет средств, которые страховщик получает от страхователей. Размеры страховых взносов на обязательное медицинское страхование установлены [Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/902167485).

Четвертым принципом является *государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков*. Государство обеспечивает соблюдение прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Принцип реализуется в установленные сроки вне зависимости от финансового положения страховщика, т.е. от количества денежных средств, находящихся на его счетах.

Пятый принцип - *принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, предполагает соответствие оказываемой медицинской помощи определенным общеустановленным критериям*.

Общедоступность должна, в первую очередь, обеспечиваться наличием разветвленной сети разнопрофильных медицинских учреждений, имеющих достойную материальную базу и возможность принимать пациентов. Качество медицинской помощи оценивается по стандартам медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, об условиях предоставления и получения медицинских услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Шестой *принцип* - *паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования означает равенство прав, предоставленных застрахованным лицам, страхователям, ФФОМС, территориальным фондам, страховым медицинским организациям, медицинским организациям*. Никто из них не может быть ущемлен в правах, равно, как ни на кого не могут быть возложены дополнительные обязанности, помимо установленных законом или соглашением сторон. В частности, ТФОМС не может освободить конкретную медицинскую страховую организацию от предоставления сведений в рамках системы персонифицированного учета в порядке [ч.1 ст.48 Закона](http://docs.cntd.ru/document/902247618) № 326 или потребовать от конкретной медицинской страховой организации предоставить дополнительные сведения, не предусмотренные законом.

Никому не могут быть предоставлены преимущества перед другими субъектами и участниками обязательного медицинского страхования.

Системы финансирования, основанные преимущественно ***на целевом взносе на медицинское страхование***, получили название систем обязательного медицинского страхования. Иногда их называют системами социального страхования. В большинстве стран Восточной Европы, в том числе и в России, эти системы получили распространение в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования, то есть как бюджетно-страховые системы.

Это может быть взнос на обязательное медицинское страхование, а может быть единый взнос на социальное страхование (единый социальный налог). Взнос на ОМС обычно исчисляется в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда и в России выплачивается только работодателями.

В системах ОМС участие государства принимает более мягкие регулирующие формы, а медицинских организации не всегда принадлежат государству. Тем не менее, системы ОМС также являются ***государственными системами финансирования***, поскольку:

***Устойчивость и стабильность финансовой системы обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования***.

*Распределение финансовых средств между страховщиками в системе ОМС* может осуществляться тремя главными способами.

1 способ предусматривает то, что сбор взносов осуществляется каждой страховой организацией. Одновременно вводится законодательно закрепленное правило перераспределения страховых взносов на основе установленной государством формулы подушевого норматива финансирования.

2 способ сводится к тому, что одна из страховых организаций выделяется в качестве социально ответственной. Она страхует основную массу населения (в том числе группы с высокими рисками), но при этом отвечает за перераспределение средств. Все остальные страховщики направляют в главную страховую организацию установленную законодательно долю собранных взносов. Эта сумма и используется для финансирования страховщиков (Чехия).

3 способ основан на создании специальных государственных организаций – фондов ОМС, которые собирают взносы из разных источников и затем финансируют страховщиков по дифференцированному подушевому нормативу. Такая система действует в России (Нидерландах). Этот способ требует дополнительные затраты на содержание специальной структуры, но одновременно обеспечивает регулирование и контроль деятельности страховых организаций в системе ОМС и равенство по их роли в системе ОМС.

*Система распределения финансовых средств ОМС в ЛПУ* возможна на основе двух вариантов.

*1 вариант* - двухканальная система поступления средств в ЛПУ. В этом случае происходит разделение двух источников финансирования по их назначению. Из средств бюджета финансируются одни статьи бюджетной сметы учреждения (например, хозяйственные расходы), из средств ОМС – другие. Бюджет является источником оплаты одних видов помощи, средства ОМС – других. Возможно разделение по источникам финансирования и лечения работающих и неработающих граждан.

Этот вариант в различных вариациях доминирует в российской системе ОМС.

Его *достоинство* в том, что он в какой-то степени примиряет интересы разных сторон, стремящихся к контролю над финансами здравоохранения.

*Недостатки*:

1. Наличие нескольких источников и субъектов финансирования медицинской помощи (территориальные фонды ОМС, региональные органы управления здравоохранением, муниципальные органы власти) существенно усложняет финансовые потоки и поэтому затрудняет процесс финансового планирования.

2. Единая система здравоохранения распадается на отдельные части, каждая из которых действует по своим правилам. Трудно интегрировать разные виды медицинской помощи, обеспечить их координацию и преемственность.

3. В тех регионах, где из средств ОМС покрываются только расходы на медицинскую помощь работающим, а лечение неработающих напрямую финансируется из бюджета, для этих групп населения формируются разные стандарты доступности и обслуживания.

4. Консервируются излишние мощности учреждений, поскольку хозяйственные расходы финансируются из бюджета вне зависимости от реальной работы ЛПУ.

5. Снижается эффект от новых методов оплаты, действующих в системе ОМС, поскольку бюджетная часть финансирования поступает в ЛПУ вне связи с объемами помощи.

6. Ограничивается хозяйственная самостоятельность учреждений по причине контроля за целевым использованием средств ОМС. Под целевым использованием понимается расходование средств по разрешенным статьям сметы расходов.

*2 вариант* – слияние потоков финансирования из разных источников на уровне выше ЛПУ. Не только средства ОМС, но и основная часть бюджетных средств концентрируется в руках фондов и страховых медицинских организаций для последующего их направления в медицинские учреждения на ***одноканальной основе***.

В рациональной системе финансирования здравоохранения подавляющая часть государственных средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, должна поступать в медицинское учреждение из одного источника. Если система строится по принципу медицинского страхования, то доминирующая часть средств должна следовать по каналам ОМС (не менее 70%).

Бюджетные средства, используемые для оплаты медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, следует направлять исключительно в фонды ОМС в качестве платежей на страхование неработающего населения.

Базовая программа ОМС должна охватывать основную часть видов и объемов медицинской помощи. Из бюджета покрываются расходы на узкий круг социально значимых заболеваний, приобретение дорогостоящего оборудования, новое строительство.

При такой системе финансирования договорная форма взаимоотношений с медицинскими организациями становится доминирующей: страховщик формирует заказ на общий объем медицинской помощи застрахованным и оплачивает оказанные медицинские услуги по полным тарифам, включающим все статьи бюджетной классификации.

Медицинские организации, в свою очередь, зарабатывают средства на покрытие всех видов своих текущих расходов и основной части капитальных расходов за счет оказания согласованного объема медицинской помощи по полным тарифам.

Установление тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование также ***регулируется исключительно на уровне федерального законодательства***.

Еще одним полномочием Российской Федерации является установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Под субвенциями бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета ФФОМС понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами. Многие вопросы распределения, предоставления и расходования субвенций решаются [ст.133.2 Бюджетного кодекса РФ](http://docs.cntd.ru/document/901714433).

Методика распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования представляется Правительством Российской Федерации в составе документов и материалов, вносимых в Государственную Думу одновременно с проектом федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период.

Отдельные особенности исчисления субвенций из бюджета ФФОМС установлены на переходный период в [ст.51](http://docs.cntd.ru/document/902247618) Закона «Об обязательном медицинском страховании».

[Федеральный закон от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/902167485) регулирует отношения, связанные с исчислением и уплатой (перечислением) страховых взносов в ФФОМС и территориальные фонды обязательного медицинского страхования на обязательное медицинское страхование, а также отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за исчислением и уплатой (перечислением) страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение законодательства РФ о страховых взносах.

Пенсионный фонд РФ и его территориальные органы контролирует правильность исчисления, полноту и своевременность уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, уплачиваемые в фонды обязательного медицинского страхования (обратим внимание на то, что с 1 января 2012 года взносы на обязательное медицинское страхование в ТФОМС не уплачиваются). При этом Пенсионный фонд РФ и его территориальные органы осуществляют обмен необходимой информацией соответственно с ФФОМС и территориальными фондами обязательного медицинского страхования в электронной форме в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене.

Тарифы страховых взносов, расчетные и отчетные периоды, порядок определения сумм, как подлежащих, так и не подлежащих обложению страховыми взносами, даты осуществления выплат и иных вознаграждений и т.п. регламентируются нормами [ФЗ от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ](http://docs.cntd.ru/document/902167485), которым страхователи руководствуются при исчислении и уплате взносов на обязательное медицинское страхование.

Порядок оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования разрабатывается в соответствии с Законом Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением о Территориальной Программе государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, Методическими рекомендациями по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации, Временным порядком финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан, утвержденным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, иными нормативными правовыми актами по обязательному медицинскому страхованию.

Порядок устанавливает механизм финансового и организационного взаимодействия между субъектами обязательного медицинского страхования и распространяется на все учреждения и иные организации здравоохранения, независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности, участвующие в реализации Программы обязательного медицинского страхования, и является обязательным для исполнения субъектами системы обязательного медицинского страхования.

При финансировании обязательного медицинского страхования ТФОМС перечисляет финансовые средства в страховые медицинские организации на основании договоров, заключенных между ТФОМС и Страховщиками. Финансирование обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, определяемым в соответствии с приложением № 1 к Временному порядку финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования, утвержденному Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Страховщики проводят медико-экономическую экспертизу предъявленных ЛПУ к оплате сводных счетов (реестров) за оказанные медицинские услуги и до 20 числа месяца, следующего за отчетным, представляют эти документы на магнитном и бумажном носителях в ТФОМС с целью осуществления контроля за целевым и рациональным использованием средств.

Реестры ЛПУ на доплату по результатам медико-экономической экспертизы представляются Страховщиками в ТФОМС не позднее 20 числа следующего месяца после представления основных реестров на магнитном и бумажном носителях.

Страховщики представляют в ТФОМС ежемесячно до 20 числа расшифровку стоимости медицинских услуг в разрезе ЛПУ с учетом авансовых и фактических выплат, доплат по результатам медицинских экспертиз и экономических санкций. Контроль объемов и качества медицинских услуг осуществляется экспертами Страховщика в соответствии с нормативными документами, регулирующими вопросы контроля качества медицинской помощи.

Страховщики несут ответственность за достоверность реестров медицинских услуг, предъявленных на оплату. При обнаружении специалистами ТФОМС необоснованно оплаченных медицинских услуг в ЛПУ, в том числе предъявленных на оплату по результатам проведенной экспертизы, страховщик уплачивает ТФОМС штраф в размере 10% от объема необоснованно оплаченных услуг из собственных средств в 10-дневный срок после получения от ТФОМС информации о нарушениях.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. ОМС в соответствии с законодательным подходом, экономические и правовые принципы ОМС.
2. Принципы ОМС в соответствии с ФЗ № 326-ФЗ.
3. Системы финансирования, основанные преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование, устойчивость и стабильность финансовой системы.
4. Распределение финансовых средств между страховщиками в системе ОМС.
5. Система распределения финансовых средств ОМС в ЛПУ.
6. Установление тарифов страховых взносов и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование, субвенции бюджетам территориальных фондов.
7. Порядок оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. К принципам ОМС, закрепленным ФЗ № 326-ФЗ, не относится…**

1. принцип обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая
2. принцип устойчивости финансовой системы
3. *государственный характер здравоохранения*
4. принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов

**002. Не определяет системы ОМС, как государственные системы финансирования …**

1. взносы работодателей и работников носят обязательный характер
2. поступления от взносов являются, хотя и обособленной, но все же частью государственных финансов и контролируются государством
3. *медицинские учреждения принадлежат государству*
4. государство регулирует многие элементы системы ОМС

**003. Устойчивость и стабильность финансовой системы обеспечивается на основе …**

1. *эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС*
2. обязательного характера взносов работодателей и работников
3. государственного характера здравоохранения
4. бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая

**004. Среди способов распределения финансовых средств между страховщиками в системе ОМС нет…**

1. осуществления сбора взносов каждой страховой организацией
2. *осуществления сбора взносов каждой медицинской организацией*
3. выделения одной из страховых организаций в качестве социально ответственной
4. создания Фондов ОМС

**005. К недостаткам двухканальной системы поступления средств в ЛПУ не относят…**

1. *примиряет интересы разных сторон, стремящихся к контролю над финансами здравоохранения*
2. консервируются излишние мощности учреждений
3. трудно интегрировать разные виды медицинской помощи
4. ограничивается хозяйственная самостоятельность учреждений

**006. Тарифы страховых взносов представляют собой…**

1. устанавливаемые производителями медицинских услуг цены на основе спроса и предложения на данном рынке
2. цены, сообщаемые в специальных и фирменных источниках информации
3. *размеры страхового взноса на единицу измерения базы для начисления страховых взносов*
4. цены, публикуемые в различных печатных изданиях

**007. Порядок оплаты медицинских услуг в системе ОМС разрабатывается в соответствии:**

1. с Законом № 323-ФЗ
2. *с Законом* *№ 326-ФЗ*
3. с Законом № 212-ФЗ
4. [ст.133.2 Бюджетного кодекса РФ](http://docs.cntd.ru/document/901714433)

**008. Страховщики не используют полученные от ТФОМС средства:**

1. на оплату медицинской помощи
2. на формирование резервов
3. на оплату расходов на ведение дела по ОМС
4. *на предоставление кредита*

**009. Медико-экономическую экспертизу предъявленных ЛПУ к оплате сводных счетов за оказанные медицинские услуги проводят:**

1. страхователи
2. *страховщики*
3. органы управления здравоохранением
4. главные врачи ЛПУ

**010. При обнаружении специалистами ТФОМС необоснованно оплаченных медицинских услуг в ЛПУ, страховщик уплачивает ТФОМС штраф в размере…**

1. 5% от объема необоснованно оплаченных услуг из собственных средств
2. *10% от объема необоснованно оплаченных услуг из собственных средств*
3. 15% от объема необоснованно оплаченных услуг из собственных средств
4. 20% от объема необоснованно оплаченных услуг из собственных средств

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1.** Страховая медицинская организация А заключила договор ОМС с организацией Б - работодателем застрахованных 1 января 2015 г. Договор содержит следующие условия: наименования сторон, срок действия, размер и порядок внесения страховых взносов, права и обязанности сторон. Первый взнос по договору был получен только 7 февраля 2015 г. Страховая медицинская организация А отказалась оплачивать медицинскую помощь, которую получали работники организации Б период с 1 января по 6 февраля.

Правомерен ли отказ страховой медицинской организации А в оплате медицинской помощи? С какого момента начинает действовать договор ОМС? Все ли существенные условия содержит договор ОМС между страховой медицинской организацией А и организацией Б? Являются ли стороной по договору застрахованные работники организации Б?

**Задача 2.** Спроектируйте систему оплаты медицинских услуг в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, в которой действуют следующие производители медицинских услуг:

1. врачи общей практики;
2. независимые врачи стоматологи;
3. общесоматические поликлиники (участковые врачи и специалисты);
4. общесоматические стационары;
5. станции скорой и неотложной помощи.

Обоснуйте выбранные методы, приведите достоинства и недостатки системы.

**Задача 3.** Предложите учитываемые факты финансирования здравоохранения муниципальных образований (городов и районов) по подушевым нормативам. Перечислите факторы, которые считаете необходимыми при этом учитывать. Укажите, какие средства предусматривается распределять:

1. на текущие расходы;
2. на текущие расходы, реконструкцию и развитие.

Приведите определение справедливости, которому следовали при проектировании формулы.

**§ 2. Защита прав и ответственность граждан в системе ОМС**

К застрахованным лицам Федеральный закон № 326-ФЗ относит российских граждан, иностранцев (имеющих временную регистрацию или вид на жительство), лиц без гражданства и беженцев (в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 N 4528-1 «О беженцах»).

Права всех вышеуказанных лиц закреплены в ст.16 Федерального закона № 326-ФЗ. Так, застрахованные лица имеют право на получение медицинской помощи бесплатно на всей территории России, однако только в объеме, установленном базовой программой ОМС, а на территории субъекта РФ, в котором выдан полис, – в объеме, установленном территориальной программой ОМС данного субъекта (уточнить это можно, обратившись в местное отделение Фонда обязательного медицинского страхования или свою страховую организацию).

Есть право на выбор страховой медицинской организации, и ее замену один раз в течение года, не позднее 1 ноября, или чаще в случае изменения места жительства. Для этого нужно подать заявление в выбранную страховую организацию.

Также застрахованное лицо имеет право на выбор лечебного учреждения из числа участвующих в реализации территориальной программы ОМС, а также на выбор врача, для чего нужно подать заявление лично или через своего представителя на имя руководителя лечебного учреждения.

Предусмотрено также право на возмещение ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением страховым или медицинским учреждением своих обязанностей, на получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, на защиту персональных данных.

Та же статья 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регламентирует и обязанности. Так, застрахованные лица должны:

1. Предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
2. Подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования (если гражданин уже застрахован и имеет полис, то в случае, если он не подаст заявление, останется в той же страховой организации, что и раньше).
3. Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.
4. Осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Законом предусмотрена разработка базовой и территориальной программ ОМС. Исходя из норм ст. 35 и ст. 36 Федерального закона N 326-ФЗ, [базовая программа](http://www.help-patient.ru/law/2010/resolution_782.pdf) действует на всей территории России, а территориальная – в пределах субъекта Федерации, где выдан медицинский полис, причем последний можно не предъявлять, если требуется экстренная медицинская помощь.

Таким образом, еще раз отметим, что имея полис, можно получить медицинскую помощь на всей территории РФ, в рамках базовой программы ОМС.

Для получения полиса ОМС нужно обратиться в интересующую страховую медицинскую организацию с соответствующим заявлением. Если такой организации нет, то обращаться нужно в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

В тот же день застрахованному лицу должен быть выдан полис или, в отдельных случаях, предусмотренных правилами обязательного медицинского страхования, временное свидетельство.

Страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители, а после такой регистрации – организацией по выбору одного из родителей.

Законные интересы застрахованного гражданина представляют собой отличные от его прав, но соответствующие требованиям законодательства притязания в сфере медицинского страхования. Точно так же, как и права гражданина, его законные интересы подлежат защите государством и уполномоченными им лицами. К перечню законных интересов гражданина в системе обязательного медицинского страхования следует отнести:

1. признание, соблюдение и защита всего комплекса прав гражданина, предусмотренных Законодательством РФ (права конституционные, права пациента, права застрахованного, права потребителя, права специальные);
2. соблюдение при оказании стационарных медицинских услуг действующих отраслевых стандартов;
3. доступность высокотехнологичных медицинских услуг;
4. обеспеченность доступной информацией о поставщиках страховых и медицинских услуг;
5. получение медицинской помощи надлежащего качества (при наличии права на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора);
6. минимизация сроков ожидания бесплатных амбулаторных и стационарных медицинских услуг, размещение при госпитализации в маломестной палате;
7. наличие и развитие системы профилактических мероприятий;
8. эффективность расходования средств ОМС;
9. экономическая и технологическая обоснованность тарифов на медицинские услуги в системе ОМС;
10. представительство интересов пациентов в коллегиальных органах, принимающих решения о политике в сфере охраны здоровья;
11. иные законные интересы.**﻿**

Таким образом, совокупность перечисленных прав и законных интересов граждан и представляет собой «интересы застрахованных, которые должна защищать страховая медицинская организация.

***Нарушениями прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи считаются:***

1. незаконное взимание врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;
2. незаконное взимание денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;
3. незаконное взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств;
4. приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утвержденного территориальной программой государственных гарантий перечня жизненно необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
5. несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий;
6. отказ в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

***Обеспечение прав застрахованных в условиях обязательного медицинского страхования.*** Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

В случае нарушения прав, пациент может обратиться с жалобой:

***Жалоба - это документ, в котором лицо (заведение) сообщает о факте нарушения его прав/интересов со стороны другого лица (заведения) и предлагает употребить надлежащих мероприятий по прекращению нарушения и ликвидации последствий***. *Несмотря на произвольную форму изложения, жалоба имеет такие реквизиты:*

*1. Адресат (название организации/чиновника, которому адресована жалоба).*

*2. Адресант (фамилия, имя и отчество, должность, при необходимости - домашний адрес и паспортные сведения жалобщика; полное название и юридический адрес заведения).*

*3. Название документа (Жалоба).*

*4. Текст жалобы.*

*5. Дополнения (при необходимости).*

*6. Дата.*

*7. Подпись.*

*8. Засвидетельствование подписи (при необходимости).*

***К отношениям в системе ОМС применяется закон о защите прав потребителей.*** [28 июня 2012 года Пленум Верховного Суда РФ принял новое постановление  «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/9339/)», которым отменено прежнее, действующее еще с 1994 года.

П.9 названного Постановления пленума Верховного суда РФ устанавливает, что «…к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей, которое регулирует отношения, возникающие между потребителями и … исполнителями, при выполнении работ оказании услуг, устанавливает права потребителей на приобретение (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья, имущества потребителей получение информации о работах, услугах и об исполнителях, продавцах), просвещение, государственную и общественную защиту их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав».

Выделим те права потребителя, которые сейчас присутствуют в [законе о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/2425/):

1. на надлежащее качество  работах (услугах)
2. на безопасность работы (услуги)
3. на информацию об исполнителе
4. на информацию о работах (услугах)
5. на соблюдение сроков выполнения работ (оказания услуг)
6. при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги)
7. на соблюдение сроков устранения недостатков выполненной работы (оказанной услуги)
8. на соблюдение сроков удовлетворения отдельных требований потребителя.

Этим правам корреспондируют обязанности исполнителей работ (услуг) данные права обеспечить.

*Применительно к отношениям по обязательному медицинскому страхованию обеспечивать права застрахованных граждан должны:*

[Закон о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/2425/) устанавливает *специальные способы защиты гражданских прав*, которые изложены в статьях 28-31 закона о защите прав потребителей, а также предоставляет возможность получить денежную компенсацию причиненного морального вреда, как общего способа защиты гражданских прав, но не из-за посягательства на нематериальные блага, установленные ст. 150 [Гражданского кодекса РФ](http://pravo-med.ru/legislation/codecs/3088/), а из-за нарушения прав потребителя (ст. 15 закона о защите прав потребителей).

Данные специальные способы теперь могут применяться застрахованными гражданами, получившими статус потребителя в случае несоблюдения медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих обязанностей по обеспечению прав застрахованного (потребителя медицинских услуг).

Отправной точкой объема и содержания прав граждан в системе обязательного медицинского страхования являются Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на текущий год, в которых законодательно закреплены, например, очередность на плановый прием к участковому терапевту, врачам других специальностей, предельные сроки проведения диагностических исследований, ожидания плановых госпитализаций и т.д.

*Защита прав застрахованных предусматривает:*

1. обеспечение гарантированного объема, доступности и  качества медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС;
2. оперативное и объективное разрешение споров и конфликтов между пациентами и другими субъектами оказания медицинской помощи;
3. обеспечение правовой и социальной защищенности пациента.

Нарушение положений Территориальных программ – прямое основание воспользоваться положениями [Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/9339/)».

Юристы приводят примеры, которые достаточно часто встречаются при получении медицинской помощи в системе ОМС.

***1. Показано диагностическое обследование, а талонов (направлений) у лечащего врача нет.*** Что делать?

Оплатить показанное диагностическое обследование, а затем предъявить медицинской организации [Претензию о возмещении понесенных расходов в связи с недостатком медицинской услуги в системе ОМС (оплата застрахованным обследования при оказании амбулаторной медицинской помощи](http://pravo-med.ru/legal_forms/pretenzii/9445/)).

***2. При нахождении в стационаре пациенту предложено приобрести лекарственные средства, входящие в стандарт медицинской помощи и /или входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи*.** Что делать?

Приобрести лекарственное средство. Сохранить кассовый чек, товарный чек с расшифровкой названия лекарственного препарата, а затем предъявить медицинской организации [Претензию о возмещении убытков в связи с недостатком медицинской услуги в системе ОМС (приобретение застрахованным лекарственного средства при лечении в стационаре)](http://pravo-med.ru/legal_forms/pretenzii/9456/).

***3. Экспертизой качества медицинской помощи установлены дефекты медицинской помощи.*** Что делать?

Предъявить медицинской  организации [Претензию о добровольной компенсации причиненного морального вреда в связи с недостатком медицинской услуги в системе ОМС (оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно акта экспертизы качества медицинской помощи (целевой)](http://pravo-med.ru/legal_forms/pretenzii/9460/).

***Доступность медицинской помощи*** - это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях различных стран, регламентируется национальными нормативно-правовыми актами (НПА), определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевременное получение медицинской помощи, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Таким образом, доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим, как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного человека. Нигде не обеспечивается всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Считается, что выходом из такой ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрация усилий на предоставлении равного доступа гражданам к самым эффективным медицинским услугам. Этот подход к справедливому использованию ограниченных ресурсов называется рационированием и практикуется в разной степени во всех государствах мира. В бедных странах рационирование открытое и повсеместное, затрагивает почти все виды медицинской помощи, в экономически богатых странах оно обычно ограничено дорогостоящими видами помощи или отдельными группами граждан. Кроме того, во многих государствах имеется скрытое рационирование: очереди, из-за которых невозможно получить лечение в разумные сроки, бюрократические препоны, исключение отдельных видов лечения из списка бесплатных услуг и др.

Применительно к категории «доступность» следует указать, что и международное право, и российское законодательство исходят из признания того, что существуют отдельные группы населения, которым нельзя отказать в пользовании определенными услугами, более того, задача государств - обеспечить обязательный доступ к ним.

Статья 10 «Доступность и качество медицинской помощи» ФЗ № 323-ФЗ имеет целью закрепление положений, гарантирующих (обеспечивающих) доступность и качество медицинской помощи. Ранее в Основах законодательства 1993 г. также существовали гарантии доступности, но они касались отдельных видов медицинской помощи (медико-социальной помощи, первичной медико-санитарной помощи).  
Сегодня принцип доступности и качества для граждан медицинской помощи отражен в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В Федеральном законе «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» закреплены государственные гарантии профилактических прививок, включая бесплатность профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения.

Рассматриваемой статьей регламентирована характеристика системы средств обеспечения доступности и качества медицинской помощи, что позволяет уйти от имевшейся ранее декларативности норм, касающихся обеспечения доступности и качества услуг. Характеристика доступности медицинских услуг складывается из того, насколько те или иные виды услуг досягаемы для разных групп (страт, слоев) общества и для отдельного гражданина.

В ФЗ № 323-ФЗ впервые понятия «качество» и «доступность» официально прописаны как принципы охраны здоровья.

.

Таким образом,можно выделить *несколько уровней доступности:*

1. Географическая доступность обозначает, что каждый человек может обратиться к врачу в пределах границ своего населенного пункта либо в течение разумного времени передвижения до медицинского учреждения с учетом доступных транспортных средств. Во многих нормативных актах речь идет именно о транспортной доступности, хотя, по нашему мнению, транспортная доступность - понятие более узкое, чем географическая доступность. Особенности территории РФ таковы, что санитарная авиация - подчас единственная надежда жителей отдаленных местностей (или мегаполисов с затрудненным движением) получить скорую медицинскую помощь.

2. Экономическую доступность следует понимать в двух аспектах. Первый - в условиях гарантий права граждан на бесплатную медицинскую помощь (включая лекарственное обеспечение при стационарном лечении) должно быть исключено взимание иной платы с пациента, поскольку при обязательности оплаты сопутствующих медицинской помощи услуг теряется бесплатный характер медицинской помощи. Второй - предполагается, что любой человек помимо получения бесплатных медицинских услуг может оплатить необходимое ему иное лечение и приобретение лекарств, а те, у которых нет достаточных средств, получают необходимую материальную поддержку от государства.

В последнем случае используется механизм льгот, при котором законодателем определяются наиболее уязвимые категории населения (например, дети до 3 лет жизни, инвалиды, лица, страдающие особыми заболеваниями, лица, пострадавшие от аварии на Чернобыльской АЭС и т.д.), и для них устанавливается особый режим оплаты медицинской помощи или лекарственного обеспечения (полностью бесплатный или частично оплачиваемый).

Финансовые гарантии экономической доступности в настоящее время состоят в наличии системы обязательного медицинского страхования наряду с государственным финансированием здравоохранения.

3. Культурная доступность услуг системы здравоохранения означает, что политика в области здравоохранения должна проводиться таким образом, чтобы уважались культурные традиции людей, особенности социального статуса той или иной группы граждан.

В отдельных случаях необходима целенаправленная деятельность государственных органов по изменению сложившихся стереотипов, негативно сказывающихся на здоровье граждан.

Оказание медицинских услуг - двусторонний процесс, и пациент нередко, в силу своего культурного уровня, оказывает как негативное, так и позитивное влияние (давление) на врача в выборе методов лечения, диагностических процедур и лекарств. Подобное явление является следствием как повышения уровня знаний пациента о методах лечения (здесь мы должны благодарить информационные технологии и рекламу), так и низкой квалификации врачей, когда пациент знает о новых препаратах и методах лечения подчас больше, чем сам медицинский работник.

4. Организационно-правовые гарантии доступности медицинской помощи, названные в рассматриваемой статье: наличие необходимого количества медицинских работников и уровень их квалификации; возможность выбора медицинской организации и врача в соответствии с комментируемым Законом; применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; предоставление медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Так, территориальной программой госгарантий устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, а доступность медицинской помощи помимо указанного выше рассчитывается на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. Согласно Программе судить о доступности и качестве медицинской помощи для населения можно на основе анализа множества данных. Среди них: число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом; число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами; смертность населения; охват населения профилактическими осмотрами; эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и др.), в том числе обеспеченность населения врачами, а также удовлетворенность населения медицинской помощью.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Застрахованные лица, права и обязанности застрахованных.
2. Перечень законных интересов гражданина в системе обязательного медицинского страхования и нарушений прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи.
3. Обеспечение прав застрахованных в условиях обязательного медицинского страхования.
4. Права потребителя, которые присутствуют в [законе о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/2425/), специальные способы защиты гражданских прав.
5. Примеры, которые встречаются при получении медицинской помощи в системе ОМС.
6. Доступность медицинской помощи.
7. Характеристика уровней доступности медицинской помощи.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. К застрахованным лицам Федеральный закон № 326-ФЗ относит всех, кроме…**

1. российских граждан
2. лиц без гражданства и беженцев (в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 N 4528-1 «О беженцах»)
3. *иностранцев, независимо от наличия временной регистрации или вида на жительство*
4. иностранцев, имеющих временную регистрацию или вид на жительство

**002. Замена страховой медицинской организации чаще 1 раза в год возможна…**

1. по желанию застрахованного, без ограничений
2. *в случае изменения места жительства*
3. в случае смены медицинского учреждения
4. в случае изменения фамилии

**003. К правам застрахованных не относится…**

1. право на выбор лечебного учреждения
2. право на возмещение ущерба
3. право на получение медицинской помощи бесплатно на всей территории России
4. *уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества*

**004. Застрахованные лица имеют право на получение медицинской помощи бесплатно на всей территории России …**

1. *в объеме, установленном базовой программой ОМС*
2. в объеме, установленном территориальной программой ОМС данного субъекта
3. только экстренную и неотложную помощь
4. не имеют право на получение медицинской помощи

**005. Если на территории субъекта нет страховой медицинской организации, то для получения полиса ОМС нужно обратиться…**

1. в медицинские организации, оказывающие помощь по программе ОМС
2. в Федеральный фонд ОМС
3. *в территориальный фонд ОМС*
4. в органы управления здравоохранением субъекта

**006. Признание, соблюдение и защита всего комплекса прав гражданина, предусмотренных Законодательством РФ - это…**

1. права конституционные
2. права застрахованного
3. права специальные
4. *все перечисленные*

**007. Нарушениями прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи не считаются:**

1. *взимание денежных средств за оказание медицинской помощи дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи*
2. взимание денежных средств за оказание медицинской помощи, предусмотренной Программой государственных гарантий
3. взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств
4. отказ в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС

**008. Защита прав застрахованных предусматривает все перечисленное, кроме:**

1. обеспечение гарантированного объема, доступности и  качества медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС
2. *ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи*
3. оперативное и объективное разрешение споров и конфликтов между пациентами и другими субъектами
4. обеспечение правовой и социальной защищенности пациента

**009. Гарантии права граждан на бесплатную медицинскую помощь (должно быть исключено взимание иной платы с пациента) – это характеристика…**

1. географической доступности
2. культурной доступности
3. *экономической доступности*
4. организационно-правовые гарантии

**010. Предоставление медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий – это характеристика …**

1. географической доступности
2. культурной доступности
3. экономической доступности
4. *организационно-правовые гарантии*

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1.** Больная М., 68 лет, обратилась с заявлением к главному врачу поликлиники с требованием заменить лечащего врача. Она объясняла свое требование тем, что врач невнимателен, недобросовестно относится к своим обязанностям. Главный врач категорически отказал больной в смене врача и предложил обратиться в частную клинику, так как у него все врачи перегружены и не могут быть внимательны к каждому больному.

Оцените правомерность действий главного врача поликлиники.

**Задача 2.** В городскую поликлинику г. Ростова обратился гр-н К., житель города Майкопа Краснодарского края, в связи с приступом почечнокаменной болезни. Врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку поликлиники г. Майкопа), с учетом удовлетворительного состояния гр-на К. и отсутствия экстренных показаний, отказал в оказании медицинской помощи на том основании, что он не является жителем г. Ростова и страховое свидетельство выдано по его месту жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная скорая помощь, после оказания первой помощи, увезла его в БСМП-2, где он был прооперирован. Как можно квалифицировать действия врача поликлиники?

**Задача 3.** В городской кожно-венерологический диспансер обратился мужчина, у которого был вторичный свежий сифилис. Однако его не приняли на лечение, ссылаясь на отсутствие лекарств и мест в стационаре. При этом зав. отделением предложил больному лечиться у него в частном порядке, показав разрешение и лицензию на частную практику. Имеется ли нарушение действующего законодательства?

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Страховать, значит предохранять от чего-либо нежелательного, неприятного, защищать, оберегать, обеспечивать безопасность. В современной рыночной экономике страхование рассматривается как система экономических отношений, включающая образование за счет предприятий, организаций и населения специального фонда средств и его использование для возмещения ущерба в имуществе от стихийных бедствий и других неблагоприятных случайных явлений, а также для оказания гражданам (или их семьям) помощи при наступлении различных событий в их жизни (достижение определенного возраста, болезнь, утрата трудоспособности, смерть).

Страхование в России переживает бурное, насыщенное событиями и новациями время. Происходит осмысление роли и места страхования в развитии рыночных отношений в национальной экономике. Формируется конкурентоспособный страховой рынок за счет появления многочисленных страховщиков, предлагающих широкий выбор нетрадиционных видов страхования. Возникают новые направления страховой деятельности. Обращает на себя внимание увеличение удельного веса операций по обязательному страхованию, и, главным образом это связано с развитием обязательного медицинского страхования.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Конституция Российской Федерации. – М., 2014.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – М., 2016.
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – М., 2016.
4. Федеральный закон Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 28.07.2012) «О лицензировании отдельных видов деятельности». – М., 2016.
5. Трудовой Кодекс Российской Федерации. – М., 2015.
6. Гражданский кодекс Российской Федерации. – М., 2016.
7. Ежегодные постановления Правительства Российской Федерации о программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: //www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_191018/
8. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 №2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Российской Федерации». – М., 2015.
9. Артемьева Г.Б. Комплексная оценка качества медицинской помощи в системе управления деятельностью медицинской организации: метод. рекомендации [Текст] / Г.Б.Артемьева, И.А. Гехт, Е.В. Манухина. - Рязань: РИО РязГМУ, 2011. - 20 с.
10. Архипов А.П. Социальное страхование [Текст] / А. П. Архипов. — СПб.: Юрайт, 2014. - 388 с.
11. Здравоохранение России: социальная сфера России [Текст]. - М.: Родина-ПРО, 2008. - 594 с.
12. Медицинское страхование граждан. Новшества, возможности выбора [Текст]. - СПб.: БРГ, 2014. - 192 с.
13. Москаленко В.Ф. Системы здравоохранения: современный контекст: [моногр.] / В. Ф. Москаленко. - Киев: Книга-плюс, 2012. - 320 с.
14. Павлюченко В.Г. Социальное страхование / В. Г. Павлюченко. – М.: Дашков и К., 2014 г.- 323 с.
15. Роик В.Д. Социальное страхование / В. Д. Роик. - СПб.: Юрайт, 2014 г.- 510 с.
16. Экономическая теория / под ред. А.Е. Грязновой; Фин. ун-т при Правительстве РФ. - М.: КНОРУС, 2012. - 602 с.