

## ОГЛАВЛЕНИЕ

---

---

Предисловие.....	8
Коллектив авторов.....	10
Список сокращений.....	12

### **РАЗДЕЛ 1. ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....**

	15
--	----

<b>Глава 1. Теория управления в здравоохранении.....</b>	17
1. Введение в менеджмент.....	17
2. Организация как объект управления.....	22
3. Функции управления в организации.....	31
4. Организационные процессы.....	40
5. Методы принятия решений в управлении.....	46
6. Лидерство в управлении.....	56

<b>Глава 2. Управление проектами в здравоохранении.....</b>	64
1. Отличительные особенности проектного менеджмента от традиционного.....	64
2. Место и роль проектного менеджмента в системе здравоохранения.....	66
3. Основы проектного управления в медицинской организации.....	70

<b>Глава 3. Управление здравоохранением в Российской Федерации.....</b>	79
1. Некоторые вопросы государственного управления.....	79
2. Номенклатура медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения.....	94
3. Государственные программы в здравоохранении.....	99

### **РАЗДЕЛ 2. УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....**

	111
--	-----

<b>Глава 4. Медицинская помощь в Российской Федерации.....</b>	113
1. Общие вопросы.....	113
2. Трехуровневая система медицинской помощи.....	126

3. Медицинские осмотры и медицинская экспертиза.....	128
4. Определение момента смерти человека.....	132
5. Медицинские изделия и лекарственные препараты.....	134
6. Льготные группы населения.....	137
<b>Глава 5. Организация работы медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.....</b>	<b>143</b>
1. Организация деятельности поликлиники.....	148
2. Диспансерное наблюдение и профилактические осмотры.....	156
3. Финансирование первичной медико-санитарной помощи.....	160
4. Учетные и отчетные формы при оказании первичной медико-санитарной помощи.....	165
<b>Глава 6. Организация работы стационарной медицинской помощи.....</b>	<b>171</b>
1. Приемное отделение.....	179
2. Стационарное отделение.....	181
3. Отдел госпитализации.....	182
4. Операционное отделение.....	183
5. Медицинская реабилитация.....	188
6. Дневной стационар.....	191
7. Порядок направления пациентов на специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.....	192
8. Финансирование стационарной помощи.....	194
9. Оценка деятельности стационаров.....	195
<b>Глава 7. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.....</b>	<b>199</b>
<b>Глава 8. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности.....</b>	<b>215</b>
<b>Глава 9. Информационные технологии в здравоохранении.....</b>	<b>232</b>
1. Подключение организации к информационным мультисервисным сетям.....	232
2. Серверные кластеры, системы хранения данных и другое «железо».....	236
3. Лицензируемое и прикладное программное обеспечение для клиники.....	237

---

4. Требования к информационной безопасности.....	239
5. Медицинская информационная система .....	247
6. Сайт и социальные сети медицинской организации.....	251
<b>Глава 10. Административно-хозяйственная деятельность в многопрофильной клинике .....</b>	<b>253</b>
<b>Глава 11. Организация работы и особенности управления стоматологическим учреждением .....</b>	<b>266</b>
<b>РАЗДЕЛ 3. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ И РАЗРЕШИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....</b>	<b>277</b>
<b>Глава 12. Юридические аспекты деятельности медицинской организации .....</b>	<b>279</b>
1. Права граждан в сфере охраны здоровья.....	279
2. Правовые аспекты ответственности в здравоохранении.....	290
3. Адвокатский запрос.....	300
4. Юридическая ответственность медицинских работников .....	303
5. Правовой статус руководителя медицинской организации и его ответственность.....	326
6. Хозяйственные споры в работе медицинского учреждения .....	329
<b>Глава 13. Лицензирование медицинской деятельности .....</b>	<b>333</b>
<b>Глава 14. Оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.....</b>	<b>345</b>
<b>Глава 15. Добровольная сертификация медицинских организаций.....</b>	<b>366</b>
<b>РАЗДЕЛ 4. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....</b>	<b>381</b>
<b>Глава 16. Общие положения государственного контроля (надзора), муниципального контроля .....</b>	<b>383</b>
<b>Глава 17. Государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности .....</b>	<b>392</b>
1. Предмет, объекты и ключевые показатели государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности .....	392

2. Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности .....	395
3. Контрольные (надзорные) мероприятия при проведении государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности ..	397
<b>Глава 18. Государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) соблюдения санитарно-эпидемиологических требований .....</b>	<b>406</b>
1. Предмет, объекты и ключевые показатели государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) .....	406
2. Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) .....	410
3. Контрольные (надзорные) мероприятия при проведении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) .....	417
<b>РАЗДЕЛ 5. ЭКСПЕРТИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....</b>	<b>423</b>
<b>Глава 19. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских учреждениях.....</b>	<b>425</b>
<b>Глава 20. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов.....</b>	<b>437</b>
1. Основы медико-социальной экспертизы .....	437
2. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу .....	445
3. Порядок проведения медико-социальной экспертизы ...	448
4. Критерии установления инвалидности .....	453
5. Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида).....	457
<b>РАЗДЕЛ 6. ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....</b>	<b>463</b>
<b>Глава 21. Экономическая деятельность медицинской организации .....</b>	<b>465</b>
1. Общие вопросы .....	465

---

2. Взаимодействие с учредителем и фондом ОМС при осуществлении финансово-хозяйственной деятельности.....	473
3. Внутренний финансовый контроль и аудит .....	475
4. Законодательство о закупках.....	478
5. Особенности применения законодательства о закупках в медицинских организациях.....	488
<b>Глава 22. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации .....</b>	<b>493</b>
<b>Глава 23. Программа государственных гарантий .....</b>	<b>503</b>
<b>Глава 24. Организация платных медицинских услуг.....</b>	<b>522</b>
<b>РАЗДЕЛ 7. УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ .....</b>	<b>535</b>
<b>Глава 25. Трудовые отношения в медицинской организации. Допуск к профессии.....</b>	<b>537</b>
1. Допуск к профессиональной деятельности .....	537
2. Кадровая работа в медицинской организации.....	548
3. Охрана труда .....	574
<b>Глава 26. Психология управления персоналом .....</b>	<b>584</b>
1. Управление кадрами.....	584
2. Управление мотивацией .....	588
3. Управление конфликтами .....	593
<b>Глава 27. Организация работы среднего и младшего персонала в медицинской организации .....</b>	<b>603</b>
1. Нормативно-правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала .....	604
2. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала .....	607
Литература .....	612
Предметный указатель.....	648

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Этот учебник дает представление о специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», которая относится к группе «Медицинские специальности», при этом занимает особое место. В ней нет описания решений, принятых в отношении тактики лечения пациента, или рекомендаций для сохранения его здоровья, нет примеров ярких побед над тяжелой болезнью и спасения жизни. Однако на организаторе здравоохранения лежит большая часть невидимой для пациента работы: обеспечение лекарственными препаратами, закупка медицинских изделий и высокотехнологичного оборудования, организация бесперебойной работы подразделений и вся административно-хозяйственная деятельность.

Только главный врач и его заместители видят медицинскую организацию как единый организм, где каждый специалист играет очень важную роль, где любой, самый незначительный на первый взгляд сбой может привести к трагическим последствиям. В связи с этим подходить к изучению специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» нужно крайне ответственно, уделяя пристальное внимание каждому разделу: экономике, кадровому делу, юриспруденции и многому другому. Несмотря на такое многообразие немедицинских направлений, в центре внимания организатора здравоохранения находится пациент: выбор приобретаемого оборудования основывается не только на экономической эффективности, но и прежде всего на пользе для больного. Открытие новых направлений деятельности больницы — это медицинское, а не экономическое решение. В противном случае нам негде было бы лечить «сложных» пациентов, а стационары были бы переполнены «типичными» и малозатратными больными.

Организатор здравоохранения принимает управленческие решения, непосредственно или опосредованно влияющие

не на одного больного, а на сотни и тысячи граждан, поэтому его решения должны быть не ситуативными, а продуманными и взвешенными. Цена ошибки — дефекты в обеспечении лечебного процесса, ухудшение доступности для граждан качественной медицинской помощи, а лично для управленца — административная или уголовная ответственность.

В нашей специальности нет однозначных решений, нет категоричных ответов, поэтому управление в здравоохранении — это соединение единоначалия и коллегиальности, личного авторитета, опыта коллег и учителей.

Успешное управление складывается из четырех компонентов: профессиональных знаний и умений, т.е. информации о предмете управления; надпрофессиональных знаний и компетенций, т.е. информации по широкому кругу вопросов, необходимой любому руководителю; владения навыками психологии управления. А самый главный компонент — наличие высоких этических норм, без которых любые принимаемые решения не могут принести пользы обществу.

Этот учебник не является единственным пособием, раскрывающим все аспекты специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В нем сделан акцент на первой части наименования нашей профессии — «организация здравоохранения», на изучении вопросов управления медицинской организацией, необходимых будущему главному врачу или государственному служащему. Уверен, что книга также будет полезна всем организаторам здравоохранения, претендующим на повышение своей квалификационной категории, а также врачам разных специальностей, интересующимся основами принятия решений в управлении медицинской организацией.

В дополнение к настоящему учебнику читателю может быть полезна книга «Управление медицинской организацией. Первые шаги», вышедшая в свет на два года раньше данной работы. В ней приведены практические рекомендации для вновь назначенного руководителя.

*Н.Н. Карякин,  
доктор медицинских наук*

## ГЛАВА 22

# СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

---

Правоотношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования (далее — ОМС), регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

**Обязательное медицинское страхование** — один из видов обязательного социального страхования, представляющий собой систему мер, принимаемых государством и направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Федеральным законом № 326-ФЗ случаях в пределах базовой программы ОМС.

Система ОМС в Российской Федерации состоит из ряда уровней, за которыми закреплены определенные полномочия.

1. *Федеральный уровень*, к полномочиям которого относятся:

- 1) разработка и реализация государственной политики в сфере ОМС;
- 2) организация ОМС на территории Российской Федерации;
- 3) установление круга лиц, подлежащих ОМС;
- 4) установление тарифов страховых взносов на ОМС и порядка взимания страховых взносов на ОМС;
- 5) утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС;
- 6) установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС;

7) финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.

Оперативное управление системой ОМС в Российской Федерации осуществляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, для этого он:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению территориальными фондами переданных полномочий;

2) предоставляет субвенции из своего бюджета бюджетам территориальных фондов для финансирования переданных полномочий;

3) осуществляет контроль за соблюдением законодательства об ОМС и использованием средств ОМС, в том числе проводит проверки и ревизии, решает иные задачи.

2. *Региональный уровень* включает в себя как полномочия Российской Федерации в сфере ОМС, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, так и собственные региональные полномочия.

2.1. *К переданным полномочиям в сфере ОМС относятся:*

1) утверждение территориальных программ ОМС, соответствующих единым требованиям базовой программы ОМС, и реализация базовой программы ОМС на территориях субъектов Российской Федерации в пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС;

2) утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (далее — Правила ОМС), для страховых медицинских организаций;

3) администрирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих

от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения на территориях субъектов Российской Федерации;

4) контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий;

5) финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС;

6) обеспечение прав граждан в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации и др.

Финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации (переданных полномочий) осуществляется за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС.

Глава субъекта Российской Федерации при осуществлении переданных полномочий:

1) принимает решение о создании в случае отсутствия на территории субъекта Российской Федерации некоммерческой организации — территориального фонда ОМС (далее — территориальный фонд);

2) утверждает структуры управления территориального фонда по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее — Федеральный фонд);

3) назначает на должность и освобождает от должности руководителя территориального фонда по согласованию с Федеральным фондом;

4) обеспечивает в установленном порядке своевременное представление в Минздрав России и Федеральный фонд отчетности и других сведений о деятельности системы ОМС на территории региона.

Итак, система ОМС в России регулируется исключительно федеральным уровнем власти, им же осуществляется финансирование медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения. Развитие регионального компонента системы ОМС передано на региональный уровень, но в виде делегированных полномочий, следовательно, при нарушении условий их реализации может быть изъято.

2.2. *К непосредственным полномочиям регионов в сфере ОМС относятся:*

1) уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения;  
2) установление в территориальных программах ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

3) финансовое обеспечение и реализация территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;

4) утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.

Таким образом, действующую систему управления ОМС можно назвать централизованной, так как через единые нормативные правовые акты государство реализует общие правила на всей территории страны, что позволяет гарантировать населению объемы бесплатной медицинской помощи — этим реализуется принцип солидарности, т.е. отчисления граждан на медицинскую помощь не зависят от высоких рисков потребления медицинской помощи при наличии равных прав на ее получение.

Субъектами ОМС являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Застрахованными в системе ОМС признаются физические лица, на которых распространяется ОМС в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, указанные лица имеют полис ОМС.

Застрахованные лица имеют право:

- 1) на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;
- 2) выбор страховой медицинской организации;
- 3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года, но не позднее 1 ноября;
- 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ ОМС;

5) выбор врача;

6) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, а также иные права.

Наряду с этим застрахованные лица обязаны при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет — свидетельство о рождении).

Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, денежные средства в который поступают путем (рис. 22):

1) уплаты страховых взносов от страхователей:

– для работающих граждан это юридические лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, а также индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы и иные лица, занимающиеся частной практикой;

– для неработающего населения это уполномоченные органы исполнительной власти регионов;

2) направления части доходов из федерального бюджета;

3) получения доходов от размещения временно свободных средств;

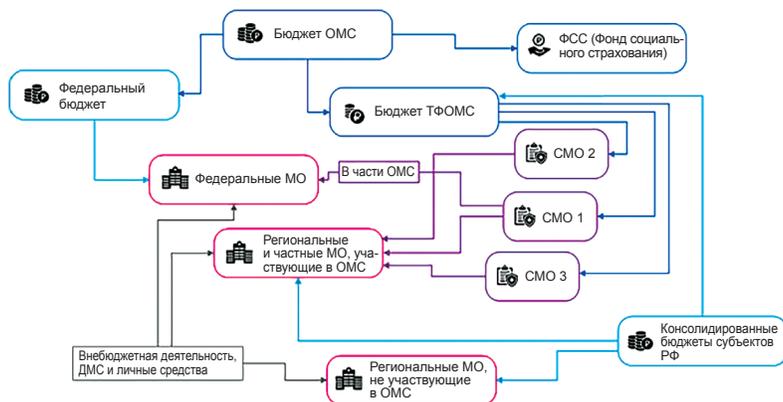
4) поступлений из иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Участниками ОМС являются:

1) территориальные фонды;

2) страховые медицинские организации;

3) медицинские организации.



**Рис. 22.** Схема финансирования системы ОМС в Российской Федерации

Система ОМС — модель доведения денежных средств до медицинских организаций. Заложенные в ней механизмы направлены на рациональное потребление имеющихся ресурсов. Для этого финансирование медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется при заболеваниях путем оплаты за обращение или через подушевое финансирование, в стационарных условиях — по законченному случаю; все это стимулирует медицинские организации к поиску эффективных способов лечения и благополучной выписке пациента.

Как указывалось ранее, территориальный фонд создается субъектом РФ в рамках переданных полномочий, по согласованию с Федеральным фондом утверждается его структура и руководитель. К доходам бюджетов территориальных фондов относятся:

1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов, которые предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на ОМС неработающего населения, рассчитанному в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, а также при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения;

2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации (за исключением субвенций, предусмотренных пунктом 1);

3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы, а также средства на обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

4) доходы от размещения временно свободных средств;

5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в случаях, установленных законами субъекта Российской Федерации;

6) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) поступления из иных источников, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ ОМС;

2) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия соответствующих федеральных нормативных правовых актов;

3) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих в результате принятия нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;

4) ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, средства которого могут расходоваться:

1) на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС;

2) оплату расходов на медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории региона, в котором выдан полис ОМС;

3) оплату дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также на приобретение и выполнение ремонта медицинского оборудования, причем данные средства формируются за счет средств от применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала;

5) финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

С целью защиты прав застрахованных граждан, а также для доведения средств до медицинских организаций участниками системы ОМС являются страховые медицинские организации (далее — СМО), которые не вправе осуществлять иную деятельность за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию.

СМО осуществляют свою деятельность в сфере ОМС на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между СМО и медицинской организацией.

В случае если на территориях субъектов Российской Федерации отсутствуют СМО, их полномочия осуществляются территориальным фондом до дня начала осуществления деятельности СМО.

Целевые средства СМО формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение ОМС;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные

при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

- 100% средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

- 50% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

- 50% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

- 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

СМО получают вознаграждение на ведение дел в размере 1–2% от суммы средств, поступивших в нее. СМО также получают доход (от 10 до 25%) от применения к медицинским организациям санкций за выявленные нарушения при проведении контроля сроков, объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации выставляют СМО счета на оплату оказанной помощи, исходя из установленных территориальной комиссией для каждой медицинской организации годовых лимитов объемов медицинской помощи в рамках государственного задания. Однако СМО не несут финансовых рисков при превышении годовых объемов медицинской помощи.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС.

Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, а также не вправе отказать застрахованным

лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами ОМС.

Учет по операциям со средствами ОМС в организациях ведется раздельно.

Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с установленными в регионах тарифами, которые являются едиными для всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС отдельного региона. Они устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между региональным министерством здравоохранения, территориальным фондом, СМО, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии.

Важно отметить, что медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, оплачивается за счет средств лица, причинившего вред. Для этого СМО возмещает расходы, связанные с травмой, а далее предъявляет судебный иск к виновному лицу.

Расходы на медицинскую помощь, связанные с произошедшим тяжелым несчастным случаем на производстве, возмещаются медицинской организации не из бюджета фонда ОМС, а из бюджета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения страховой медицинской организацией или территориальным фондом медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. При этом медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

---