

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	8
Основные термины	10
Список сокращений	16
Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России	17
Задания для самостоятельной работы	30
Глава 2. Общественное здоровье как важнейший социальный и экономический потенциал государства	36
2.1. Сохранение и улучшение общественного здоровья как фактор экономического благополучия государства	36
2.2. Основные принципы охраны здоровья населения	38
2.3. Основные понятия здоровья населения	38
2.4. Факторы, определяющие здоровье населения	39
2.5. Медико-социальные аспекты демографии	41
2.6. Заболеваемость	53
2.7. Инвалидность	61
2.8. Физическое здоровье	64
2.9. Качество жизни, связанное со здоровьем	71
Задания для самостоятельной работы	73
Глава 3. Правовые и организационные основы профессиональной деятельности	114
3.1. Общие положения	114
3.2. Система законодательства об охране здоровья граждан	117
3.3. Права граждан в области охраны здоровья	122
3.4. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников	125
3.5. Виды медицинской помощи	134
3.6. Номенклатура организаций здравоохранения	136
Задания для самостоятельной работы	141
Глава 4. Основы экономики здравоохранения	154
4.1. Общие положения	154
4.2. Источники финансирования здравоохранения	155
4.3. Оплата труда в здравоохранении	156
4.4. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения	160
4.5. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения	171
4.6. Формирование рыночных отношений в здравоохранении	176
Задания для самостоятельной работы	185

Глава 5. Основы медицинского страхования граждан	195
5.1. Общие положения	195
5.2. Обязательное медицинское страхование	197
5.3. Добровольное медицинское страхование	205
Задания для самостоятельной работы	207
Глава 6. Основы управления здравоохранением	214
6.1. Общие положения	214
6.2. Принципы управления	216
6.3. Стили управления	219
6.4. Методы управления	220
6.5. Технология принятия управленческого решения	221
Задания для самостоятельной работы	223
Глава 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	225
7.1. Основные задачи Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	225
7.2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	228
Задания для самостоятельной работы	229
Глава 8. Медицинские кадры со средним профессиональным образованием	233
8.1. Общие положения	233
8.2. Статистика трудовых ресурсов	234
Задания для самостоятельной работы	242
Глава 9. Организация работы среднего медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях	249
9.1. Организация работы среднего медицинского персонала городской поликлиники для взрослых	249
9.2. Организация работы среднего медицинского персонала городской поликлиники для детей	257
9.3. Организация работы среднего медицинского персонала женской консультации	262
9.4. Организация работы среднего медицинского персонала центров общей врачебной (семейной) практики	266
9.5. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений ...	269
Задания для самостоятельной работы	275
Глава 10. Организация работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях	299

10.1. Организация работы среднего медицинского персонала городской больницы для взрослых	300
10.2. Организация работы среднего медицинского персонала детской городской больницы (детского отделения центральной районной больницы)	306
10.3. Организация работы среднего медицинского персонала дневного стационара	308
10.4. Организация работы среднего медицинского персонала родильного дома, перинатального центра	310
10.5. Статистика больничных учреждений	318
Задания для самостоятельной работы	322
Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи	337
11.1. Общие положения	337
11.2. Задачи скорой медицинской помощи	338
Задания для самостоятельной работы	344
Глава 12. Паллиативная медицинская помощь	353
12.1. Общие положения	353
12.2. Организация паллиативной медицинской помощи в России	357
12.3. Организация деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи	359
12.4. Организация деятельности дневного стационара паллиативной медицинской помощи	360
12.5. Организация деятельности отделения паллиативной медицинской помощи	362
12.6. Подготовка кадров для системы паллиативной медицинской помощи	364
Задания для самостоятельной работы	365
Глава 13. Особенности организации работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения сельской местности	367
13.1. Организация работы среднего медицинского персонала комплексного терапевтического участка	367
13.2. Организация работы среднего медицинского персонала центральной районной больницы	372
13.3. Организация работы среднего медицинского персонала областной (краевой, окружной, республиканской) больницы	374
Задания для самостоятельной работы	376

Глава 14. Экспертиза трудоспособности	381
14.1. Общие положения	381
14.2. Экспертиза временной нетрудоспособности	382
14.3. Экспертиза стойкой нетрудоспособности	385
Задания для самостоятельной работы	387
Глава 15. Роль средних медицинских работников в организации медицинской профилактики	391
15.1. Факторы риска	391
15.2. Виды профилактических мер	396
Задания для самостоятельной работы	399
Глава 16. Информатизация в здравоохранении	402
16.1. Общие положения	402
16.2. Информационные ресурсы в здравоохранении	405
16.3. Классификация медицинских информационных систем	407
Задания для самостоятельной работы	414
Глава 17. Этика в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала	416
17.1. Моральные принципы в профессиональной деятельности средних медицинских работников	416
17.2. Этические нормы взаимоотношений среднего медицинского работника и пациента	422
17.3. Основные проблемы биоэтики	429
Задания для самостоятельной работы	432
Глава 18. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке	434
18.1. Общие принципы обеспечения санитарно- эпидемиологического благополучия населения	434
18.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке	437
18.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно- эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке	437
Задания для самостоятельной работы	441
Глава 19. Организация здравоохранения в зарубежных странах	443
19.1. Социально-экономические модели здравоохранения	443
19.2. Всемирная организация здравоохранения	448
Задания для самостоятельной работы	451

Приложения	452
Приложение 1	452
Приложение 2	455
Приложение 3	460
Приложение 4	464
Приложение 5	467
Ответы на тестовые задания	486
Список рекомендованной литературы	490
Предметный указатель	491

5.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Медицинское страхование в РФ предусматривает два вида: обязательное и добровольное. Первым нормативным актом, положившим начало медицинскому страхованию в современной России, стал закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятый в 1991 г. Позднее законодатели внесли в него ряд существенных изменений, и в новой редакции (1993) закон «О медицинском страховании граждан в РФ» действовал в стране до конца 2010 г.

Изначально закон носил ярко выраженный социальный характер, и главной идеей его реализации были общественная солидарность и социальная справедливость. Законодательно было закреплено, что страховые взносы на работающее и неработающее население перечисляются за всех граждан, но расходуются эти средства лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); страховые взносы перечисляются в одинаковом размере за всех граждан независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Внедрение ОМС в России осуществлялось в сложной политической и социально-экономической ситуации. Первоначально поставленные в законе цели и механизм их реализации устаревали, не успевая за происходящими изменениями в законодательстве и экономике. Поэтому медицинские работники и население в первые годы реализации закона не увидели ожидаемых изменений в системе здравоохранения, улучшения организации и качества медицинской помощи. Более того, в то время социальные ожидания настолько превысили достигнутые результаты, что породили сомнения в правильности сделанного выбора — перехода на принципы медицинского страхования.

Одной из причин отсутствия ожидаемых результатов с введением закона было резкое сокращение бюджетного финансирования системы здравоохранения. Другая причина — неспособность страховых медицинских организаций выполнять возложенные на них функции дополнительного источника финансирования и защиты прав пациентов. Поэтому в последующем в правовое поле законодательно ввели новые субъекты страхования — Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области страхования.

Еще одной существенной проблемой внедрения ОМС оказались чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью в объеме Программы госгарантий. Сохранение дисбаланса между государственными обязательствами в системе ОМС и их реальным финансовым обеспечением оказалось серьезным препятствием в развитии ОМС.

Эти и другие проблемы, безусловно, не способствовали популяризации ОМС, замедляли совершенствование и развитие его правовых, организационных и финансовых механизмов.

Однако в целом, несмотря на ошибки и трудности начального периода, введение ОМС обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х годов прошлого столетия. Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, позволила внедрить вневедомственный контроль за качеством медицинской помощи, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальной потребностью населения в основных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию имеющихся в здравоохранении ресурсов. Созданные механизмы финансирования обеспечили большую прозрачность прохождения финансовых потоков в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение ОМС спо-

способствовало созданию организационно-правовых механизмов защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг.

Дальнейшее развитие системы ОМС граждан получило в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее — Закон), вступившем в силу в январе 2011 г.

5.2. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Согласно Закону, ОМС — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы.

При этом *страховой случай* — это совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС, а *страховой риск* — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Важнейшее понятие в системе ОМС — *страховое обеспечение*, под которым подразумевается исполнение субъектами и участниками ОМС обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организацией.

В Законе сформулированы следующие принципы ОМС на современном этапе развития общества:

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой и территориальной программ ОМС (далее — программы ОМС);
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- паритетность представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС.

Субъекты и участники ОМС представлены на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования

Главной фигурой в системе ОМС служит *застрахованное лицо* — им может быть гражданин РФ, постоянно или временно проживающий в РФ иностранный гражданин, лицо без гражданства, а также беженец. К числу застрахованных лиц относятся:

- лица, работающие по трудовому или гражданско-правовому договору;
- индивидуальные предприниматели, а также лица, занимающиеся частной практикой (нотариусы, адвокаты);
- члены крестьянских (фермерских) хозяйств;
- члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ;
- неработающие граждане (дети; пенсионеры; учащиеся образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования; безработные, зарегистрированные в службе занятости; один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста 3 лет; трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет, и др.).

Застрахованные лица имеют право на бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ, а также свободный выбор медицинской организации, врача, страховой медицинской организации (СМО) путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.

Медицинская помощь застрахованным лицам в системе ОМС оказывается в рамках *базовой и территориальной программ ОМС*, которые разрабатывают и утверждают в порядке, установленном Законом.

Базовая программа ОМС — составная часть Программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифов, способы оплаты, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, в базовой программе ОМС предусмотрены нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одного застрахованного, нормативы финансовых затрат на единицу объема этой помощи, а также норматив финансового обеспечения программы в расчете на одно застрахованное лицо (подушевой норматив финансирования).

В рамках базовой программы ОМС оказывают ПМСП, включая профилактическую помощь, СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП, специализированную медицинскую помощь в случаях:

- инфекционных и паразитарных болезней, за исключением инфекций, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ;
- новообразований;
- болезней эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезней нервной системы;
- болезней крови, кроветворных органов;
- отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм;
- болезней глаза и его придаточного аппарата;
- болезней уха и сосцевидного отростка;
- болезней системы кровообращения;
- болезней органов дыхания;
- болезней органов пищеварения;
- болезней мочеполовой системы;
- болезней кожи и подкожной клетчатки;
- болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин;
- врожденных аномалий (пороков развития);
- деформаций и хромосомных нарушений;
- беременности, родов, послеродового периода и аборта;
- отдельных состояний, возникающих у детей в перинатальный период.

Территориальная программа ОМС — составная часть территориальной программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ.

Территориальная программа ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органом исполнительной власти субъекта РФ устанавливаются дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), норматив финансового обеспечения территориальной программы может превышать норматив финансирования базовой программы ОМС.

Право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи реализуется на основании заключенных в его пользу договоров между участниками ОМС.

Финансовое наполнение системы ОМС обеспечивают *страхователи*. Страхователями для работающих граждан являются работодатели (производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам), индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Важнейшая задача страхователей заключается в своевременной и полной уплате страховых взносов на ОМС.

Источники формирования средств ОМС:

- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
- средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Страховые взносы на ОМС — обязательные платежи, которые уплачивают страхователи, — обладают обезличенным характером, их целевым назначением служит обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Размер и порядок расчета страховых взносов на ОМС устанавливают федеральные законы. Движение финансовых средств в системе ОМС представлено на рис. 5.2.

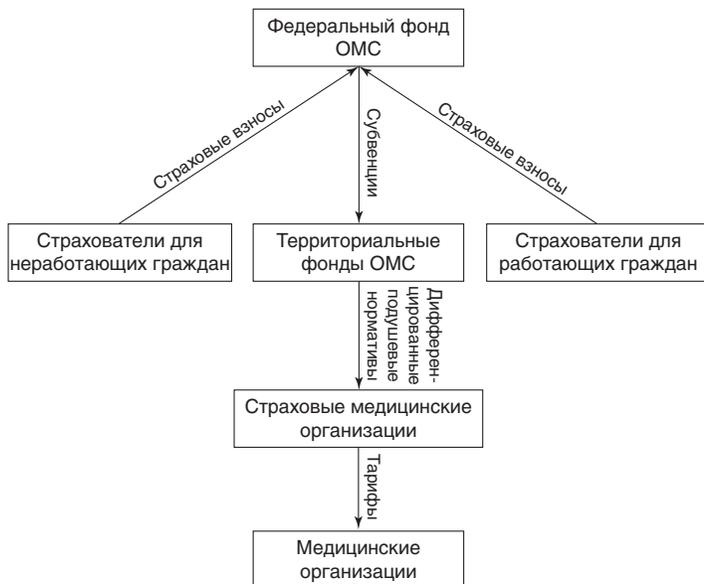


Рис. 5.2. Движение финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования

Страховщиком по ОМС, в рамках реализации базовой программы ОМС, является *Федеральный фонд ОМС*. Управление Федеральным фондом осуществляют правление и председатель, которого назначает и освобождает от должности Правительство РФ.

Важнейшие задачи Федерального фонда:

- участие в разработке Программы госгарантий;
- аккумулирование и управление средствами ОМС, а также формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС.

Отдельные полномочия страховщика по реализации территориальных программ ОМС осуществляют *территориальные фонды ОМС* — некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Для выполнения своих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Управление территориальным фондом осуществляет директор, которого назначает и освобождает от должности высший исполни-

тельный орган государственной власти субъекта РФ по согласованию с Федеральным фондом.

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

- участвует в разработке территориальных программ госгарантий и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулирует и управляет средствами ОМС, осуществляет финансирование территориальных программ ОМС, а также формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Федеральным фондом;
- утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами ОМС;
- предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;
- обеспечивает права граждан в сфере ОМС путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями путем проведения финансовых проверок и ревизий;
- формирует персонифицированные базы данных о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

Также отдельные полномочия страховщика возлагаются на СМО в рамках договоров, заключенных с территориальным фондом ОМС, который финансирует СМО на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. При этом СМО не вправе осуществлять иную, за исключением обязательного и добровольного медицинского страхования, деятельность.

В системе ОМС право на оказание медицинской помощи застрахованным имеют медицинские организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Законом четко определены обязанности и права медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным в системе ОМС.

Медицинские организации обязаны:

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставлять СМО и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи;
- размещать на своем официальном сайте в интернет-сети информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, СМО и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и др.

Медицинские организации имеют право:

- получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключения СМО и территориального фонда в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Медицинские организации получают от СМО целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС. Оплата медицинской помощи в системе ОМС производится по *тарифам*, которые рассчитывают в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Тарифы должны включать статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Эти тарифы утверждают соглашением между органом управления здравоохранением субъекта РФ, территориальным фондом, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, кроме того – расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, расход на организацию питания (при отсутствии организованного питания в данной медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную

плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным проводится в соответствии с порядком проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль — установление соответствия фактических сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам (на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов) условиям договоров, заключенных в рамках территориальной программы ОМС.

Медико-экономическая экспертиза — установление соответствия фактических сроков выполнения и объемов предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной и учетно-отчетной документации медицинской организации.

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

Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата; установление причинно-следственных связей выявленных в процессе оказания медицинской помощи дефектов.

Экспертизу качества медицинской помощи проводит эксперт качества медицинской помощи, включенный в территориальный реестр экспертов. Экспертом качества медицинской помощи должен быть врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший специальную подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

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

Сумма средств, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств медицинской организации (предусмотренных для оплаты медицинской помощи) или подлежит возврату в СМО.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС, служит *полис ОМС*. Для его получения застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление в СМО, а при ее отсутствии — в территориальный фонд.

С целью расширения объема помощи, оказываемой гражданам в рамках ОМС, Законом предусмотрено поэтапное включение в систему ОМС СМП (за исключением санитарно-авиационной СМП) и высокотехнологичной медицинской помощи.

Кроме того, в рамках Закона разработаны и реализованы *региональные программы модернизации здравоохранения субъектов РФ и программы модернизации федеральных государственных медицинских учреждений*.

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ позволила укрепить материально-техническую базу учреждений здравоохранения, что должно способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам.

5.3. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В отличие от ОМС как части системы социального страхования, ДМС служит частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ДМС осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. Оно реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан, или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливает СМО самостоятельно, они зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и др.

ДМС осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила ДМС, определяющие общие условия и порядок его проведения, самостоятельно устанавливает страховщик, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. Определяющими условиями такого взаимодействия служат, в первую очередь, расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение, тем самым, практики двойной оплаты одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий это получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в табл. 5.1.

Таблица 5.1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
Некоммерческое	Коммерческое
Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»	Регламентируется законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в РФ»
Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
Страхователи — работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи — юридические и физические лица
Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — ОМС	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
При наступлении страхового случая — субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая — возмещение суммы страхового взноса

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Изучить нормативные документы по организации системы медицинского страхования граждан РФ.
4. Составить сравнительную таблицу «Функции Федерального и территориального фондов ОМС».
5. Составить и оформить логическую схему, раскрывающую суть взаимодействия между всеми участниками системы ОМС.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определения понятий «страховой случай», «страховой риск», «страховое обеспечение».
2. Перечислите основные принципы ОМС.
3. Назовите застрахованных лиц в системе ОМС.
4. Перечислите права застрахованных лиц в системе ОМС.

5. Дайте определение базовой и территориальной программ ОМС.
6. Назовите виды медицинской помощи, реализуемые в рамках базовой и территориальной программ ОМС.
7. Назовите страхователей для работающих и неработающих граждан в системе ОМС.
8. Назовите функции Федерального и территориальных фондов ОМС.
9. Назовите полномочия страховщика, осуществляемые территориальным фондом ОМС.
10. Назовите обязанности и права медицинских организаций в системе ОМС.
11. Назовите страховщиков в системе ОМС, каковы их задачи.
12. Назовите документ, удостоверяющий права застрахованных лиц в системе ОМС.
13. Дайте определение медико-экономического контроля.
14. Дайте определение медико-экономической экспертизы.
15. Дайте определение экспертизы качества медицинской помощи.
16. Назовите цели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ.
17. Назовите особенности ДМС.
18. Назовите основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите виды медицинского страхования:
 - 1) добровольное, социальное;
 - 2) социальное, обязательное;
 - 3) обязательное, добровольное;
 - 4) профилактическое, больничное;
 - 5) стоматологическое, страхование жизни.
2. Обязательное медицинское страхование — это:
 - 1) новая форма оказания медицинской помощи населению, когда оплата за лечение производится из различных источников финансирования;
 - 2) вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС;

- 3) форма медицинской помощи населению, когда разрабатывается базовая программа гарантированной бесплатной медицинской помощи и оплачивается лечение застрахованных;
- 4) вид оказания медицинской помощи по программе ОМС за счет различных источников финансирования здравоохранения;
- 5) один из видов социального страхования, представляющий собой систему мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая оплаты застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС.

3. Предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи, называется:

- 1) страховое возмещение;
 - 2) страховой случай;
 - 3) страховой риск;
 - 4) страховой тариф;
 - 5) страховой платеж.
4. Назовите всех участников (субъектов) ОМС:
- 1) Федеральный фонд ОМС; областной департамент здравоохранения; медицинские организации; застрахованные; страхователи; страховые организации;
 - 2) территориальный фонд ОМС, частная страховая медицинская компания; застрахованные лица; страхователи;
 - 3) областной департамент здравоохранения; областная (городская) администрация; медицинские организации; лицо, занимающееся частной медицинской практикой; застрахованные лица; страхователи;
 - 4) Федеральный фонд ОМС; страхователи; застрахованные; медицинские организации; лицо, занимающееся частной медицинской практикой;
 - 5) застрахованные лица; страхователи; Федеральный фонд ОМС; территориальные фонды ОМС; страховые медицинские организации; медицинские организации.
5. Назовите основу взаимоотношений участников ОМС:
- 1) на основе личных взаимоотношений;
 - 2) на основе доверия;
 - 3) на основе разрешения фонда ОМС;
 - 4) на основе договорных отношений;
 - 5) на основе взаимопонимания.
6. Назовите страхователя для неработающего населения в системе ОМС:
- 1) частные и государственные промышленные предприятия;
 - 2) благотворительные фонды;

- 3) пенсионный фонд;
 - 4) отчисления работающих в фонд ОМС;
 - 5) органы исполнительной власти субъектов РФ.
7. Назовите страхователя для работающего населения в системе ОМС:
- 1) Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС;
 - 2) пенсионный фонд, благотворительные фонды, работодатели;
 - 3) благотворительные фонды, индивидуальные предприниматели;
 - 4) работодатели, индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты;
 - 5) само население, производящее взносы в Федеральный фонд ОМС.
8. Назовите принципиальное различие между ДМС и ОМС:
- 1) коммерческая форма ОМС;
 - 2) не облагается страховыми взносами работодателей;
 - 3) часть личного страхования и вид финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;
 - 4) часть личного коммерческого страхования;
 - 5) возможность каждого лица заключать договор о страховании.
9. Назовите основные права застрахованных лиц в системе ОМС:
- 1) обязательно уплачивать взносы; выбор врача;
 - 2) обязательно уплачивать взносы; выбор врача; бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на территории проживания;
 - 3) бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ; свободный выбор медицинской организации, врача, СМО;
 - 4) бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на территории проживания; свободный выбор медицинской организации, врача, СМО; уплачивать страховые взносы;
 - 5) бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая; свободный выбор медицинской организации; уплачивать страховые взносы.
10. Назовите основу оказания медицинской помощи застрахованным лицам в системе ОМС:
- 1) единые программы страхования;
 - 2) размеры, порядок, время уплаты взносов;
 - 3) источники финансирования медицинского страхования на основе базовой программы;

- 4) базовая и территориальная программы ОМС;
 - 5) размер взносов, страховых тарифов, цены на медицинские услуги по базовой и территориальной программам ОМС.
11. Назовите источники формирования средств ОМС:
- 1) страховые взносы на ОМС; недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
 - 2) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
 - 3) доходы от размещения временно свободных средств; иные источники, предусмотренные законодательством РФ;
 - 4) все вышеперечисленные;
 - 5) не все вышеперечисленные.
12. Дайте правильное определение базовой программы ОМС:
- 1) перечень всех заболеваний, по поводу которых заключается договор ОМС;
 - 2) составная часть Программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС;
 - 3) составная часть Программы госгарантий, где представлены все виды бесплатной медицинской помощи;
 - 4) составная часть Программы госгарантий, где установлены единые требования к территориальным программам ОМС;
 - 5) перечень страховых случаев (заболеваний и травм), при наступлении которых фонд возмещает медицинской организации или лицу, занимающемуся частной медицинской практикой, расходы по оказанию медицинских услуг.
13. Назовите виды медицинской помощи, оказываемые в рамках базовой программы ОМС:
- 1) амбулаторная помощь; стационарная помощь; СМП; специализированная реабилитационная помощь;
 - 2) ПМСП, включая профилактическую помощь; СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП; стационарная помощь при определенных заболеваниях;
 - 3) амбулаторная помощь; стационарная помощь; СМП;
 - 4) ПМСП, включая профилактическую помощь; СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП; специализированная медицинская помощь в определенных случаях;
 - 5) стационарная помощь; СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП; специализированная медицинская помощь; реабилитационная помощь.

14. Дайте определение термина «страховые взносы на ОМС»:
 - 1) взносы на ОМС, которые страхователь обязан внести фонду ОМС;
 - 2) обязательные платежи, которые вносит фонд ОМС за оплату медицинских услуг медицинской организации;
 - 3) денежные средства, поступаемые из благотворительных фондов, обладающие обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
 - 4) обязательные платежи, которые областной Департамент здравоохранения перечисляет медицинским организациям для оплаты медицинским организациям;
 - 5) обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладающие обезличенным характером и целевым назначением которых служит обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.
15. Дайте определение территориального фонда ОМС:
 - 1) подразделение областного Департамента здравоохранения, занимающееся ОМС на территории субъекта РФ;
 - 2) некоммерческая организация, созданная субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ;
 - 3) отдел областной (городской) администрации, организующий работу всех органов здравоохранения по ОМС на территории субъекта РФ;
 - 4) коммерческая организация, принадлежащая государству, ведущая работу по ОМС, а также занимающаяся коммерческой деятельностью по купле-продаже медицинского оборудования;
 - 5) подразделение областного Департамента здравоохранения, координирующее работу всех медицинских учреждений по ОМС на территории субъекта РФ.
16. Назовите основу для оплаты медицинской помощи в системе ОМС:
 - 1) страховой полис, выдаваемый страховой медицинской организацией;
 - 2) договор страхования, заключенный между страхователем и страховщиком;
 - 3) тариф, включающий статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС;
 - 4) взнос, выплачиваемый территориальным фондом ОМС медицинской организации за оказанную медицинскую помощь;
 - 5) тариф, установленный на основе соглашения страхователя и страховщика.

17. Дайте определение полису ОМС:
- 1) документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС;
 - 2) документ, удостоверяющий заключение договора между работодателем и фондом ОМС;
 - 3) договор между гражданином и медицинской страховой компанией;
 - 4) бланк, удостоверяющий право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи;
 - 5) документ, удостоверяющий возможность застрахованного лица на получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.
18. Дайте определение ДМС:
- 1) получение застрахованными гражданами дополнительных бесплатных медицинских услуг сверх установленных программами ОМС;
 - 2) обеспечение дополнительной платной медицинской помощи застрахованным по программам ОМС;
 - 3) получение платной медицинской помощи застрахованным в частных страховых медицинских компаниях;
 - 4) обеспечение гражданам получения дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС, реализуемое за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан, или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников;
 - 5) обеспечение платной и бесплатной медицинской помощью за пределами постоянного места жительства застрахованных.
19. Назовите страхователей при ДМС:
- 1) частные и государственные промышленные предприятия;
 - 2) органы исполнительной власти субъектов РФ;
 - 3) благотворительные фонды; индивидуальные предприниматели;
 - 4) само население, производящее взносы в медицинские страховые компании;
 - 5) юридические и физические лица.
20. Тарифы на медицинские услуги при ДМС определяются:
- 1) единой утвержденной программой медицинских страховых организаций;
 - 2) органами исполнительной власти субъекта РФ;
 - 3) договором между страхователем, страховщиком и организацией здравоохранения;
 - 4) законами РФ;
 - 5) устным соглашением сторон.