

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	8
Введение	10
Глава 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания	12
Контрольные вопросы	23
Глава 2. Правовые вопросы охраны здоровья населения. Политика в области охраны здоровья населения	24
Контрольные вопросы	47
Глава 3. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в современных условиях	48
Контрольные вопросы	114
Глава 4. Характеристика здравоохранения как составной части социальной сферы	115
4.1. Организационная структура системы здравоохранения	115
4.2. Виды медицинской помощи	122
4.3. Организация первичной медико-санитарной помощи населению, принципы, номенклатура учреждений	123
4.4. Организация амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению	129
4.5. Организация работы детской городской поликлиники	162
4.6. Организация акушерско-гинекологической помощи на поликлиническом этапе	175
4.7. Организация стационарной медицинской помощи	187
4.7.1. Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь взрослому населению	187
4.7.2. Организация стационарной помощи детям	199
4.7.3. Организация стационарной помощи женщинам	200
4.8. Организация медико-социальной помощи сельскому населению	209
Контрольные вопросы	216
Глава 5. Правовые, организационные и экономические вопросы социального и медицинского страхования в Российской Федерации	217
Контрольные вопросы	236

Глава 6. Применение современных статистических методов и информационных технологий в системе обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения	237
Контрольные вопросы	292
Глава 7. Организация и ведение социально-гигиенического мониторинга	293
7.1. Гигиеническая оценка среды обитания	
(1-я группа критериев)	297
7.1.1. Атмосферный воздух населенных мест	298
7.1.2. Питьевая вода систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения	299
7.1.3. Контаминация продовольственного сырья и продуктов питания химическими веществами	302
7.1.4. Санитарно-эпидемиологическая безопасность почвы населенных мест	302
7.1.5. Условия труда и профессиональная заболеваемость	304
7.1.6. Показатели радиационной безопасности объектов окружающей среды и среды обитания людей	307
7.1.7. Гигиеническая оценка среды обитания (диагностика) по комплексной антропогенной нагрузке	313
7.2. Характеристика социально-экономического состояния (2-я группа критериев)	325
7.3. Медико-демографические показатели (3-я группа критериев)	326
7.4. Другие показатели, характеризующие здоровье населения	328
7.5. Современные методы изучения и оценки общественного здоровья	334
7.6. Методы изучения и критерии оценки здоровья населения (общественного здоровья)	338
7.7. Методика изучения и анализа медико-демографических показателей	339
7.7.1. Рождаемость	343
7.7.2. Смертность населения	344
7.7.3. Специальные показатели смертности	347
7.7.4. Показатель (коэффициент) естественного прироста (убыли) населения	351
7.7.5. Средняя продолжительность предстоящей жизни	352
7.7.6. Основы демографической политики в Российской Федерации	353
7.8. Заболеваемость населения (4-я группа критериев)	358
7.9. Заболеваемость наиболее социально значимыми видами патологии	372

7.9.1. Болезни системы кровообращения	373
7.9.2. Злокачественные новообразования	375
7.9.3. Туберкулез	376
7.9.4. Инфекции, передающиеся половым путем	377
7.9.5. ВИЧ-инфекция и СПИД	378
7.9.6. Психические расстройства и расстройства поведения	379
7.9.7. Алкоголизм	380
7.9.8. Наркомания, токсикомания	381
7.10. Дополнительные критерии: инвалидность населения	383
7.10.1. Основные нормативные акты, которые регулируют и определяют порядок и правила признания человека инвалидом	384
7.10.2. Порядок направления граждан в бюро МСЭ	387
7.11. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем	393
7.12. Разработка и внедрение мероприятий по оптимизации среды обитания	409
Контрольные вопросы	410

Глава 8. Правовые и организационные основы деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	411
8.1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека как орган, обеспечивающий санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и осуществляющий функции по защите прав потребителей	411
8.2. Нормативно-правовое регулирование деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения	417
8.3. Нормативно-правовое регулирование деятельности Роспотребнадзора в сфере защиты прав потребителей	421
8.4. Нормативно-правовое регулирование порядка проведения органами Роспотребнадзора проверок деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей по соблюдению требований санитарного законодательства и законодательства в сфере защиты прав потребителей	424
8.5. Правовые основания деятельности должностных лиц Роспотребнадзора по привлечению к административной ответственности лиц, допустивших нарушения санитарного законодательства и законодательства в сфере защиты прав потребителей	429

8.6. Нормативно-правовое закрепление отдельных государственных функций Роспотребнадзора по регистрации отдельных видов продукции и деятельности, выдачи лицензий и санитарно-эпидемиологических заключений	431
8.7. Правовые основы осуществления органами Роспотребнадзора социально-гигиенического мониторинга	435
Контрольные вопросы	436
Глава 9. Планирование деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора	437
9.1. Основные принципы планирования	437
9.2. Объекты и система планирования	439
9.3. Годовое планирование деятельности управления Роспотребнадзора по субъекту Федерации	440
9.3.1. Подготовка Основных направлений деятельности	440
9.4. Подготовка плана основных организационных мероприятий	445
9.5. Подготовка плана проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей	456
9.6. Подготовка государственного задания федеральному бюджетному учреждению здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области»	463
9.7. Квартальное и месячное планирование в Управлении Роспотребнадзора по Ростовской области и оценка выполнения плана	480
9.8. Планирование деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора в условиях бюджетирования, ориентированного на результат	482
9.8.1. Методология планирования деятельности при внедрении бюджетирования, ориентированного на результат	482
9.8.2. Программно-целевое планирование деятельности	484
9.8.3. Научно-методическое обеспечение внедрения бюджетирования, ориентированного на результат, и ожидаемая эффективность	488
Контрольные вопросы	491
Глава 10. Анализ и оценка деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора	492
10.1. Показатели непосредственного результата деятельности структурных подразделений органов и учреждений Роспотребнадзора, оцениваемые на территориальном уровне	494
10.1.1. Оперативные показатели оценки деятельности структурных подразделений управлений Роспотребнадзора	494

10.2. Оперативные показатели оценки деятельности филиалов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»	496
10.3. Оперативные показатели оценки финансово-экономической деятельности филиалов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»	499
10.4. Показатели достижения конечного результата	500
Контрольные вопросы	513
Глава 11. Финансирование органов и учреждений Роспотребнадзора	514
Контрольные вопросы	533
Глава 12. Основные направления работы по обеспечению гигиенической и эпидемиологической безопасности в медицинских организациях	534
Контрольные вопросы	559
Глава 13. Основные формы и методы гигиенического воспитания и обучения населения	561
Контрольные вопросы	572
Список литературы	573
Приложения	575
Приложение 1. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»	575
Приложение 2. Комплексное определение антропогенной нагрузки на водные объекты, почву, атмосферный воздух в районах селитебного освоения. Методические рекомендации	582
Приложение 3. Примеры расчета гигиенического ранга и степени напряжения санитарно-гигиенической ситуации	604
Приложение 4. Пример оценки риска поступления вредных веществ в организм человека в условиях комплексной антропогенной нагрузки на здоровье населения	608
Приложение 5. Основные учетно-отчетные формы Роспотребнадзора	613
Предметный указатель	615

Глава 5

ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Термин «страхование» означает особый вид финансово-экономических отношений, предусматривающих создание специальных страховых (накопительных) фондов, за счет которых осуществляется компенсация ущерба, нанесенного имуществу граждан, индивидуальных предпринимателей или юридических лиц. То же относится к здоровью и трудоспособности застрахованного лица, а в случае наступления смерти выплату могут получить родственники умершего.

В настоящее время во всех развитых странах мира используются различные виды страхования:

- ▶ имущественное страхование;
- ▶ страхование ответственности;
- ▶ личное страхование;
- ▶ социальное страхование.

Социальное страхование — это система государственных мероприятий, направленных на защиту граждан от факторов «социального риска», к которым относятся заболевание, несчастный случай, потеря трудоспособности, беременность и материнство. Медицинское страхование является составной частью системы социального страхования.

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 не зависящим от них обстоятельствам.

Законодательство Российской Федерации об обязательном социальном страховании состоит из норм права, установленных Конституцией РФ, законодательством о труде, Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «О системе обязательного социального страхования», а также специальных законов и иных нормативно-правовых актов, регулирующих особые (специальные) виды страхования. К ним относятся обязательное пенсионное, обязательное медицинское, обязательное государственное социальное, обязательное государственное страхование жизни и здоровья военнослужащих, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и др.

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 признания их безработными, вследствие трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законодательством Российской Федерации социальных страховых рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию.

Основными видами социальных страховых рисков (страховыми случаями) являются: необходимость получения медицинской помощи; временная нетрудоспособность; трудовое увечье и профессиональное заболевание; материнство; инвалидность; наступление старости; потеря кормильца; признание безработным; смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

Каждому виду социального страхового риска соответствует определенный вид страхового обеспечения. Страховым обеспечением по отдельным видам обязательного социального страхования являются:

- ▶ оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;
- ▶ пенсия по старости;
- ▶ пенсия по инвалидности;

- ▶ пенсия по случаю потери кормильца;
- ▶ пособие по временной нетрудоспособности;
- ▶ пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;
- ▶ пособие по беременности и родам;
- ▶ ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- ▶ пособие по безработице;
- ▶ единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- ▶ единовременное пособие при рождении ребенка;
- ▶ пособие на санаторно-курортное лечение;
- ▶ социальное пособие на погребение;
- ▶ оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей.

Фонд социального страхования РФ (ФСС) является специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ и управляет средствами государственного социального страхования. В ФСС входят следующие исполнительные органы: региональные отделения (они управляют средствами государственного социального страхования на территории субъектов РФ); центральные отраслевые отделы (управляют соответствующими средствами в отдельных отраслях хозяйства); филиалы отделений (региональных и центральных отраслевых).

Средства фонда образуются из взносов работодателей (предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности), страховых взносов граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, добровольных взносов граждан и юридических лиц, иных поступлений. Направляются средства ФСС на выплату пособий по временной нетрудоспособности; беременности и родам; при рождении ребенка; по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет; оплату дополнительных выходных дней по уходу за ребенком-инвалидом; оплату путевок на санаторно-курортное лечение работников и их детей; оплату проезда к месту лечения и обратно и другие цели.

Основными задачами фонда являются: обеспечение гарантированных государством пособий; участие в разработке и реализации государственных программ охраны здоровья работников и мер по совершенствованию социального страхования; разработка предложений о размере страховых взносов на государственное социальное страхование; организация работы по подготовке кадров для системы государственного социального

страхования; организация разъяснительной работы среди страхователей и населения по вопросам социального страхования и др.

Особым видом социального страхования является обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Страховщиком и, следовательно, финансовым гарантом и плательщиком по основному объему различных видов страхового обеспечения по данному виду страхования является Фонд социального страхования РФ.

Основными видами обеспечения по данному виду страхования являются:

- 1) пособия по временной нетрудоспособности;
- 2) страховые выплаты (единовременные и ежемесячные — в соответствии с установленной учреждением МСЭ степенью утраты профессиональной трудоспособности);
- 3) оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию — если учреждение МСЭ определило нуждаемость в указанных видах помощи и разработало программу реабилитации пострадавшего (ПРП).

К дополнительным расходам, в частности, относятся:

- ▶ дополнительная (сверх предусмотренной ОМС) медицинская помощь, в том числе дополнительное питание и приобретение лекарств;
- ▶ посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход пострадавшим, в том числе осуществляемый членами его семьи;
- ▶ санаторно-курортное лечение, включая оплату отпуска (сверх ежегодно оплачиваемого) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, а также стоимость проезда, проживания и питания сопровождающего лица;
- ▶ протезирование, а также обеспечение приспособлениями, необходимыми застрахованному для трудовой деятельности, в быту и др.;
- ▶ обеспечение специальными транспортными средствами (по медицинским показаниям), их текущий и капитальный ремонт и оплата горюче-смазочных материалов;
- ▶ профессиональное обучение (или переобучение). Закон предусматривает и компенсацию морального вреда пострадавшему, а также, при необходимости, создание для него специального рабочего места за счет работодателя.

В новой России Федеральный закон № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был принят 28.06.1991 г.,

а его практическая реализация началась с 1.01.1993 г. С 1.01.2011 г. вступил в силу новый Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В Законе используются следующие основные понятия.

Обязательное медицинское страхование (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 обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в некоторых случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Объект обязательного медицинского страхования — страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

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.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее — страховое обеспечение) — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организацией.

Кроме указанных в Законе терминов, необходимо выделить понятия, имеющие универсальное значение при любых видах страхования.

Страхователь — юридическое или дееспособное физическое лицо (гражданин, индивидуальный предприниматель), заключившее договор страхования со **страховщиком** или являющееся страхователем в силу закона.

Страховщик — это юридическое лицо организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством (**страховая компания**), имеющее право (лицензию) на проведение тех или иных видов страховой деятельности.

Застрахованный — лицо, в пользу которого страхователем заключен договор страхования со страховщиком (страховой компанией).

Цель *медицинского страхования* состоит в том, чтобы гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. ОМС является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и условиях, соответствующих программам ОМС.

Основным документом, регламентирующим виды и объемы медицинской помощи в системе ОМС, предоставляемой застрахованным гражданам, является базовая программа обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования — составная часть **Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования. Базовую программу ОМС разрабатывает Министерство здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и утверждает Правительство РФ. На основе базовой программы органы государственного управления субъектов РФ утверждают территориальные программы ОМС.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования — составная часть **Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

- 1) доходов от уплаты:
 - а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
 - в) начисленных пеней и штрафов;
- 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда ОМС в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи

- с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- 3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов ОМС (ТФОМС) в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;
 - 4) доходов от размещения временно свободных средств;
 - 5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации (рис. 5.1).

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды ОМС;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

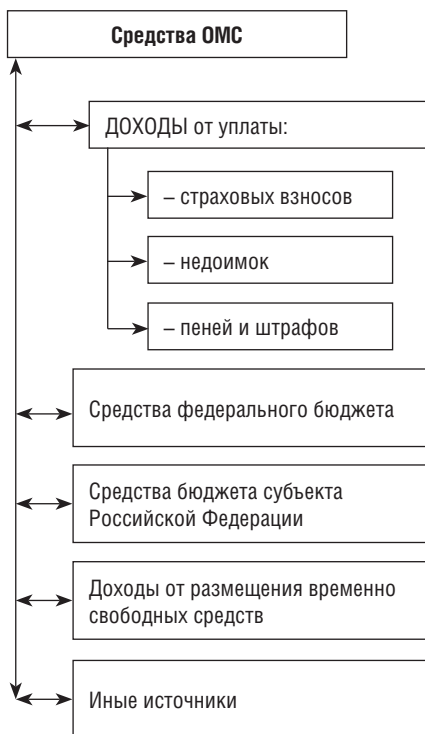


Рис. 5.1. Источники формирования средств системы обязательного медицинского страхования

Для реализации единой государственной политики в области ОМС созданы **Федеральный (ФФОМС) и территориальные (ТФОМС) фонды ОМС** как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

Территориальные фонды ОМС — некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Фонды ОМС предназначены для аккумулирования финансовых средств ОМС, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на проведение обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация — страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.

Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному медицинскому страхованию, деятельность.

Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования — организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования 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.

Медицинские организации имеют право:

- 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также — тарифы на оплату медицинской помощи);
- 2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

- 1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персоналифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему 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;
- 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, видах оказываемой медицинской помощи;

- 7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;
- 8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

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

Застрахованное лицо — физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

- 1) работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору;
- 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);
- 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
- 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
- 5) неработающие граждане:
 - а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
 - б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
 - в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
 - г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком, до достижения им возраста трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет.

Страхователями для работающих граждан являются:

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
 - а) организации (юридические лица) независимо от организационно-правовой формы;
 - б) индивидуальные предприниматели;
 - в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой, нотариусы, адвокаты (рис. 5.2).

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Взаимодействие субъектов системы обязательного медицинского страхования осуществляется на основе договорных отношений, действующих на данной территории.



Рис. 5.2. Страхователи работающих граждан в системе обязательного медицинского страхования

Основные виды договоров в системе ОМС

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной страховой медицинской организации.

2. Договоры с территориальным фондом обязательного медицинского страхования на финансирование обязательного медицинского страхования населения в соответствии с численностью и категориями застрахованных. Финансирование осуществляется по дифференцированному среднедушевому нормативу, который отражает стоимость территориальной программы.

3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной страховой медицинской организацией гражданам.

4. Индивидуальные договоры обязательного медицинского страхования с гражданами, то есть полисы обязательного медицинского страхования, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование — обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является **Федеральный фонд** в рамках реализации базовой программы

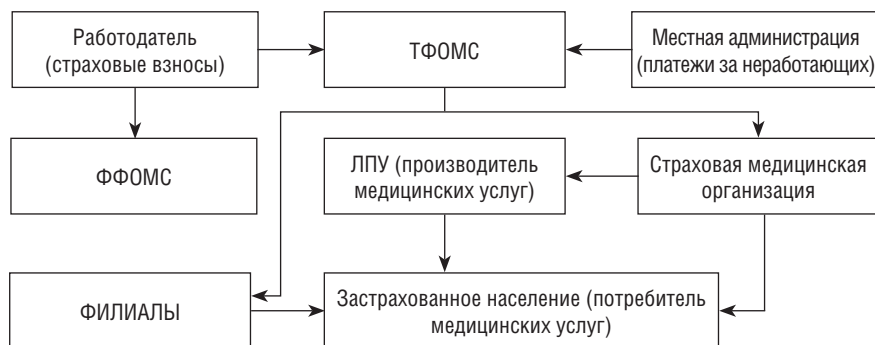


Рис. 5.3. Система обязательного медицинского страхования

обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд — некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования (рис. 5.3).

Права и обязанности застрахованных лиц

Застрахованные лица имеют право на:

- 1) бесплатное получение медицинской помощи в медицинских организациях при наступлении **страхового случая**:
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
- 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

- 7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 8) 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;
- 9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица обязаны:

- 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;
- 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.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном настоящим Федеральным законом порядке.

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

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

- 1) получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля соблюдения требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;
- 2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;
- 3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

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 этой организации, видах оказываемой медицинской помощи;
- 2) представление счетов за оказанную медицинскую помощь;
- 3) представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом;
- 4) выполнение иных предусмотренных Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обязанностей.

Страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации или утрате медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию считается расторгнутым с момента приостановления действия лицензии или ее отзыва у страховой медицинской организации либо утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в территориальный фонд. В день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация или при ее отсутствии территориальный фонд выдает застрахованному лицу или его представителю полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) аналогично обязательному медицинскому страхованию и преследует ту же социальную цель — предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако эта общая цель достигается двумя системами разными средствами.

Во-первых, ДМС, в отличие от ОМС, является отраслью не социального, а коммерческого страхования. ДМС наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев относится к сфере личного страхования.

Во-вторых, как правило, ДМС дополняет систему ОМС, обеспечивая гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины.

В-третьих, несмотря на то что и та, и другая системы страховые, ОМС использует принцип солидарности, а ДМС — принцип страховой эквивалентности. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

В-четвертых, участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

Таким образом, социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики, применения наиболее современных медицинских технологий, обеспечения комфортных условий лечения.

Сравнительная характеристика ОМС и ДМС по основным отличительным признакам приведена ниже (табл. 5.1).

Существует принципиальная классификация ДМС в зависимости от характера направленности затрат.

1. Страхование здоровья, при котором компенсируются затраты, связанные с поддержанием и сохранением здоровья. Данное направление ориентировано не на увеличение объемов ДМС как такового в результате роста заболеваемости, а на достижение высокого уровня здоровья населения. ДМС рассматривается как составляющая общественной системы охраны здоровья, наряду с другими приоритетными направлениями: общественной гигиеной, социальным обеспечением, ОМС, медицинским обслуживанием некоторых групп населения за счет средств государства. Именно такое содержание ДМС характерно, в частности, для японской системы здравоохранения, где целевая направленность ДМС вытекает из общей государственной политики профилактики, превентивных мер в предотвращении заболеваемости и формировании национальной идеи здорового образа жизни. Страховые компании в данном случае рассматриваются не только как посредники в оплате медицинских услуг, но и выступают в качестве организаций поддержания здоровья.

2. Страхование затрат на медицинскую помощь, при котором компенсируются затраты, связанные с лечением и восстановлением здоровья. Данный подход направлен на лечение уже фактически наступивших заболеваний, хотя в определенной степени и он предусматривает проведение профилактических мероприятий. Необходимо отметить, что при всем принципиальном несовпадении с первым подходом данная модель ДМС в общественной системе может быть социально эффективной, примером тому является положительный опыт большинства развитых стран: Германии, Франции, Великобритании. В этом направлении развивается ДМС и в нашей стране.

Конечно, основными факторами высокого уровня здоровья населения являются условия и уровень жизни граждан страны. ДМС

Таблица 5.1. Сравнительная характеристика обязательного и добровольного медицинского страхования

Признаки сравнения	ОМС	ДМС
Основная цель	Обеспечение населения гарантированными объемами медицинской помощи	Дополнение медицинской помощи сверх гарантированных объемов
Задачи страхования	Социальные	Социальные и коммерческие
Вид страхования	Государственное социальное	Коммерческое, страхование жизни
Характер охвата	Всеобщее или массовое	Индивидуальное или групповое
Страховые организации	Государственные или контролируемые государством	Различных форм собственности
Принципы возмещения	Солидарности	Эквивалентности
Правила и условия определяются	Государством, территориальной программой ОМС	Страховыми организациями, договором между страховщиком и страхователем
Плательщики страховых взносов	Страхователи-работодатели, государство (органы местной исполнительной власти)	Страхователи — юридические и физические лица
Источник средств	Взносы работодателей, бюджет	Личные доходы граждан, доходы работодателей
Система контроля	Определяется государственными органами страхования	Устанавливается договором между субъектами страхования
Использование доходов	Только для основной деятельности — медицинского страхования	Для любой коммерческой и некоммерческой деятельности
Возможность сочетания с другими видами страхования	С ДМС	С ОМС или другими видами страхования жизни
Внешний контроль	Фонды ОМС, Федеральный орган исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью	Федеральный орган исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью

рассматривается при этом как дополнительный механизм в реализации общей государственной политики, цель которой — всестороннее развитие человека, поддержание и сохранение его здоровья.

Объектом ДМС являются имущественные интересы страхователя или застрахованного лица, связанные с затратами на получение медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Под **страховым случаем в ДМС** понимают обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью, предусмотренной договором (полисом) страхования.

Субъектами ДМС являются:

- ▶ страховая компания;
- ▶ страхователь;
- ▶ застрахованный;
- ▶ медицинская организация.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте медицинское страхование, отличия от других видов страхования.
2. Что такое обязательное медицинское страхование, его принципы.
3. Перечислите субъекты и участников ОМС.
4. Перечислите права и обязанности страховой медицинской организации.
5. Кто осуществляет функции страхователя и страховщика в системе ОМС? В чем они заключаются?
6. Перечислите права и обязанности застрахованных лиц.
7. Перечислите права и обязанности медицинских организаций в системе ОМС.
8. Перечислите основные функции страховых медицинских организаций.
9. Опишите программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ее содержание.
10. Перечислите виды фондов государственной системы социального страхования.
11. Что такое ФФОМС и ТФОМС, какова их роль в системе ОМС?
12. Перечислите медицинские организации в системе ОМС, права, обязанности, порядок допуска к участию в оказании медицинской помощи.
13. Опишите стандартизацию медицинских услуг в системе ОМС, виды стандартов.