

Наталья Валерьевна Косолапова, Георгий
Колоколов, О. В. Никульникова

**Конспект лекций по по
основам медицинского права**



**Георгий Рюрикович Колоколов
Наталья Валерьевна Косолапова
О. В. Никульникова**

**Конспект лекций по основам
медицинского права**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6191184

Г. Р. Колоколов, Н. В. Косолапова, О. В. Никульникова. Конспект лекций по основам медицинского права: Научная книга; Москва; 2009

Аннотация

Российское здравоохранение представляет собой значимую отрасль социальной сферы, и также, как вся социальная сфера, претерпевает на сегодняшний день существенные изменения. Данный курс лекций освещает наиболее актуальные проблемы медицинского права: организационно-правовые основы функционирования современного здравоохранения, правовая характеристика отношений, возникающих при оказании медицинской помощи, права пациентов и медицинских работников, способы и средства их защиты. Конспект лекций предназначен для студентов медицинских и юридических вузов, врачей и юристов.

Содержание

Лекция 1. Общие вопросы правового регулирования медицинской деятельности	6
1. Основные правовые дефиниции	7
1.1. Право, норма права, нормативно-правовой акт	7
1.2. Действия нормативных актов во времени, в пространстве и по кругу лиц	11
1.3. Законодательство и систематизация	13
1.4. Отрасли права (система права и законодательства)	14
1.5. Юридическая ответственность, правовые санкции	16
2. Понятие «медицинское право»	19
3. Законодательство о здравоохранении	21
Лекция 2. Организационно-правовые основы функционирования современного здравоохранения	31
1. Системы здравоохранения, общие принципы строения и сравнительная характеристика	31
2. Основное содержание современной реформы здравоохранения Российской Федерации. Переход от бюджетной к	41

бюджетно-страховой медицине	
3. Основные принципы медицинского страхования, субъекты и принципы их взаимодействия	49
Конец ознакомительного фрагмента.	60

**Г. Р. Колоколов, Н.
В. Косолапова, О.
В. Никульникова
Конспект лекций
по основам
медицинского права**

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

*** * ***

Лекция 1. Общие вопросы правового регулирования медицинской деятельности

Российское здравоохранение, представляя собой значимую отрасль активно меняющейся социальной сферы, также претерпевает существенные изменения.

Эти изменения предполагают решение экономических, социальных, организационных, юридических проблем.

В настоящее время в здравоохранении фактически происходит процесс формирования самостоятельного правового поля, и это делает возможным постановку вопроса о выделении новой самостоятельной отрасли права и законодательства – медицинского права и медицинского законодательства (законодательства о здравоохранении).

Однако, прежде чем приступить к рассмотрению проблем медицинского права, представляется необходимым рассмотреть основные понятия и определения, которыми оперируют все правовые дисциплины, и попытаться определить содержание понятия медицинское право.

1. Основные правовые дефиниции

1.1. Право, норма права, нормативно-правовой акт

Право представляет собой совокупность (систему) обязательных для исполнения правил поведения (норм), регулирующих взаимоотношения граждан, органов, организаций, устанавливаемых или санкционированных полномочными правотворческими органами государства и обеспечиваемых принудительной силой государства в случае нарушения.

Право есть государственная воля, выраженная в системе общеобязательных норм, направленных на урегулирование общечеловеческих отношений и обеспеченных в своем осуществлении принудительной силой государства.

Право характеризуется следующими признаками:

- 1) право есть возведенная в закон государственная воля;
- 2) право исходит от государства (устанавливается полномочными правотворческими государственными органами);
- 3) право охраняется государством;
- 4) право является регулятором общественных отношений;
- 5) право характеризуется систематичностью, т. е. внутренне согласованно (право состоит из отраслей, институтов и

норм);

6) право имеет формальную определенность;

7) право отличается нормативностью.

Норма права или правовая норма есть государственно-властное правило, направленное на урегулирование общественных отношений, устанавливающее рамки поведения людей и их коллективов.

В отличие от других социальных норм (обычаев, норм морали), правовые нормы:

1) устанавливаются государством в лице уполномоченных органов;

2) формулируются в специальных нормативно-правовых актах;

3) носят государственно-обязательный характер, т. е. обеспечиваются на случай нарушения принудительными государственными средствами.

Регулируя определенный вид общественных отношений, норма права носит общий характер, что отличает ее от правовых предписаний индивидуального значения. Так, статьи Гражданского кодекса формируют правовые нормы, в то время как основанное на них решение суда является индивидуальным актом и относится к конкретным лицам. Любая норма права касается неопределенного круга лиц и органов, не ограничивается однократным исполнением, а действует постоянно и исполняется многократно во всех случаях, когда налицо предусмотренные этой нормой условия.

Правовые нормы устанавливаются в официальных письменных документах, именуемых нормативными актами или нормативно-правовыми актами.

Нормативный акт – официальный письменный документ, принятый уполномоченным органом государства, устанавливающий, изменяющий или отменяющий нормы права.

Нормативные акты находятся в строгой иерархии, соподчиненности, издание их осуществляется в строго определенном порядке, установленном законом.

Выделяют две основные формы нормативно-правовых актов:

- 1) законы;
- 2) подзаконные нормативные акты.

Закон – это принятый в особом порядке акт высшего представительного органа, обладающий высшей юридической силой и устанавливающий нормы, которые регулируют наиболее важные общественные отношения.

Законы составляют основу системы права государства. Они принимаются высшим органом законодательной власти (парламентом) или референдумом. Высшая юридическая сила закона означает, что никакой другой орган, кроме парламента, не может отменить или изменить закон.

Закон может изменять нижестоящий нормативный акт или другую норму закона.

Акты всех государственных органов должны ему соответствовать, издаваться на основе его предписаний. В отличие

от всех других нормативных актов, закон всегда содержит правовые нормы.

Выделяют законы конституционные и обыкновенные.

1. Конституционными законами являются: Конституция РФ, конституции республик, входящих в РФ, поправки к Конституции РФ.

2. Обыкновенными законами являются: законы РФ и законы республик, входящих в РФ. Законы РФ обязательны на территории республик, входящих в РФ.

Особое место среди законов занимает Конституция – Основной Закон РФ, поскольку все иные законы не должны ей противоречить.

Подзаконный акт – правовой акт государственного органа, изданный в пределах компетенции в соответствии с законом или на его основе для его исполнения.

Существуют несколько видов подзаконных нормативных актов.

1. Указы Президента РФ и президентов республик, входящих в состав РФ. Президенты могут издавать распоряжения, которые принимаются по текущим вопросам и нормативного содержания не имеют. Президент РФ может приостановить действие актов президентов республик и советов министров республик, входящих в состав РФ, если они противоречат действующему законодательству.

2. Постановления и распоряжения Правительства РФ и республик, входящих в состав РФ. Правительство РФ в пре-

делах своей компетенции вправе приостановить исполнение постановлений и распоряжений правительств республик в случае противоречия действующему законодательству. Постановления имеют нормативный характер. Распоряжения содержат решения оперативных и текущих вопросов.

3. Приказы и инструкции министров и руководителей центральных ведомств являются актами управления и не всегда могут быть нормативными актами.

4. Нормативные акты местных органов власти разделяются на:

- 1) решения местных органов власти;
- 2) постановления, распоряжения глав местных администраций.

1.2. Действия нормативных актов во времени, в пространстве и по кругу лиц

Правовая норма действует во времени, в пространстве и по кругу лиц. Она начинает действовать с момента вступления в силу. Этот момент может быть указан в нормативном акте. Если же такого указания нет, то срок вступления в силу нормативного акта определяется в соответствии с действующим законодательством. Так, законы и указы вступают в силу через 10 дней после их официального опубликования.

Официальным является опубликование в «Российской газете» и в «Собрании законодательства РФ». Постановления

Правительства вступают в силу со дня подписания.

Действие нормы права прекращается:

- 1) с момента официальной отмены;
- 2) по истечении срока, на который она была рассчитана;
- 3) в силу фактической замены другой, изданной позже нормой права.

Закон обратной силы не имеет. Однако уголовно-правовые акты, если они являются более мягкими, чем ранее действовавшие, имеют обратную силу.

Закон действует, как правило, на всей территории государства, которая представляет собой часть земной поверхности и все объекты на ней в пределах государственной границы, включая внутренние территориальные воды, воздушное пространство, военные суда в открытом море, на территории других государств, воздушные корабли, находящиеся в воздухе за пределами границ, территории посольств.

Законы РФ имеют одинаковую силу на территории всех республик, входящих в РФ. Правовые нормы РФ распространяются на граждан РФ, а также на иностранных граждан и лиц без гражданства (за некоторыми исключениями, связанными с отсутствием принадлежности к Российскому государству).

Нормы права могут действовать для определенного круга граждан, организаций, органов, учреждений (пенсионеров, медицинских и фармацевтических работников и др.).

1.3. Законодательство и систематизация

Совокупность всех действующих в государстве нормативно-правовых актов (и законов, и подзаконных нормативно-правовых актов) составляет законодательство государства. Законодательство подвергается систематизации. Существуют два основных вида систематизации:

- 1) инкорпорация;
- 2) кодификация.

Инкорпорация – форма систематизации, при которой нормы права подвергаются лишь внешней обработке, объединяются в хронологическом, алфавитном, предметном порядке (например: Собрание постановлений правительства). Сборник не заменяет тех нормативных актов, которые в него включены.

Кодификация – это высшая форма систематизации, при которой содержание нормативного акта приводится в соответствие с требованиями жизни. Кодификация всегда связана с правотворчеством и осуществляется компетентным государственным органом. Не просто принимается новый нормативный акт, а перерабатываются устаревшие положения, восполняются пробелы, устраняются противоречия. Со времени принятия Кодекса ссылки на старый нормативный акт не допускаются.

1.4. Отрасли права (система права и законодательства)

Право, будучи внутренне единым и согласованным, разделяется на отдельные составные части, которые называются отраслями права.

Отрасль права – система юридических норм, которые регулируют отношения людей, органов и организаций в определенной сфере жизни.

Какие же отрасли права существуют.

1. Государственное, или конституционное, право. Его нормы закрепляют основы общественного строя и политики страны, правового статуса граждан и общественных организаций, принципы организации и деятельности органов государства, основы избирательной системы.

2. Административное право регулирует исполнительную и распорядительную деятельность государственных органов.

3. Финансовое право регулирует организацию бюджетной системы РФ, использование и расходование денежных средств организациями, отношения между финансовыми органами и гражданами по поводу сбора налогов.

4. Гражданское право регламентирует имущественные, а также связанные с ними личные неимущественные отношения между государственными, общественными организациями и гражданами.

5. Трудовое право регулирует трудовые отношения рабочих и служащих, порядок заключения и прекращения трудовых договоров, порядок выплат заработной платы, учета рабочего времени и времени отдыха, закрепляет требования трудовой дисциплины, порядок разрешения трудовых споров.

6. Семейное право регламентирует порядок и условия вступления в брак и его прекращение, права и обязанности супругов, детей и их родителей, порядок усыновления и принятия детей на воспитание, вопросы опеки и попечительства.

7. Уголовное право определяет, какие общественно опасные деяния являются преступлениями, какие меры наказания применяются к лицам, совершившим преступления.

8. Земельное право определяет правовой режим земель, мероприятия по землеустройству, порядок разрешения земельных споров.

9. Уголовно-исполнительное право регламентирует порядок исполнения наказания, назначенного судом за совершенные преступления.

Три отрасли права регулируют процессуальные отношения при решении конкретных дел:

- 1) уголовный процесс – деятельность суда, прокуратуры, следствия по расследованию и рассмотрению уголовных дел;
- 2) гражданский процесс – порядок судопроизводства по гражданским делам;

3) арбитражный процесс – порядок разрешения хозяйственных споров между предприятиями.

1.5. Юридическая ответственность, правовые санкции

Юридическая ответственность представляет собой возникшее из правонарушений правовое отношение между государством в лице его специальных органов и правонарушителем, на которого возлагается обязанность претерпевать соответствующие лишения и неблагоприятные последствия за совершенное правонарушение, за нарушение требований, которые содержатся в нормах права. Юридическая ответственность характеризуется следующими основными признаками:

1) она опирается на государственное принуждение; это конкретная реализация санкций, предусмотренных нормами права;

2) наступает за совершение правонарушения и связана с общественным осуждением;

3) выражается для правонарушителя в определенных отрицательных последствиях личного, имущественного, физического характера;

4) воплощается в процессуальной форме, т. е. путем установления факта совершения лицом конкретного правонарушения как объективной истины.

Основанием для юридической ответственности является правонарушение. В соответствии с видами правонарушений различаются следующие виды юридической ответственности:

- 1) уголовная ответственность за преступления;
- 2) гражданско-правовая ответственность за нарушение договорных обязательств или за причинение внедоговорного имущественного ущерба;
- 3) административная ответственность за административные правонарушения;
- 4) дисциплинарная ответственность за совершение дисциплинарных проступков;
- 5) материальная ответственность за ущерб, причиненный предприятию, учреждению, организации рабочими и служащими при исполнении ими своих трудовых обязанностей.

Вид и мера юридической ответственности, которая может быть возложена на правонарушителя, содержатся в санкции правовой нормы.

Санкция служит для того, чтобы предупредить возможность нарушения нормы права, а в случае совершения правонарушения – наказать виновного, а также восстановить, если это возможно, нарушенные права.

Существуют следующие виды санкций:

- 1) уголовно-правовые санкции – самые строгие меры наказания, сформулированные в уголовных кодексах и применяемые судом за наиболее опасные для общества правона-

рушения – преступления;

2) административные санкции – санкции, применяемые органами внутренних дел, административными комиссиями при районной, городской администрации, различными инспекциями, в т. ч. и санитарными, а в отдельных случаях также и судом, за административные проступки;

3) дисциплинарные санкции – меры воздействия за нарушение обязанностей по службе, в частности за нарушение трудовой дисциплины;

4) имущественные санкции – санкции, которые заключаются в возмещении причиненного ущерба за счет лица, которое неправомерными действиями причинило этот ущерб, в признании сделки недействительной.

2. Понятие «медицинское право»

Вопрос об определении содержания медицинского (здравоохранительного) права долгое время оставался дискуссионным.

Еще в начале века было высказано мнение о том, что врачебное право – отрасль законодательства, которая состоит из трех частей: социально-санитарного, врачебно-лечебного законодательства и норм, определяющих общественное положение врача.

Даже при таком подходе следует учитывать, что удовлетворение потребностей граждан в медицинском обслуживании происходит не только за счет бюджета. Функционируют также платные поликлиники, центры здоровья, косметологические лечебницы, деятельность которых явно выходит за рамки социального обеспечения.

Вряд ли можно из предмета регулирования медицинского права исключить отношения, возникающие в связи с проведением обязательных медицинских осмотров, судебно-медицинской экспертизы и принудительного лечения. Отсюда следует, что предмет этой отрасли не совпадает с предметом права социального обеспечения.

Кроме того, следует учитывать различия субъектов и объектов отношений социального обеспечения и медицинской помощи. Медицинская деятельность направлена на восста-

новление и укрепление здоровья, а назначение пенсии – материальное обеспечение.

Одной стороной в отношениях по социальному обеспечению всегда является орган социального обеспечения, а в отношениях по медицинскому обслуживанию – медицинское учреждение или частнопрактикующий врач.

Представляется, что врачебное (медицинское, здравоохранительное право), или право об охране здоровья граждан, – это самостоятельная комплексная отрасль права, система нормативных актов или норм, регулирующих организационные, имущественные, личные отношения, возникающие в связи с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий и оказанием лечебно-профилактической помощи гражданам.

3. Законодательство о здравоохранении

Врачебная профессия – профессия древняя. В глубь веков уходит и правовая регламентация врачебной деятельности. Уже такие памятники феодального русского законодательства, как Устав князя Владимира Святославовича (X – XI вв.) и Русская Правда (IX – XI вв.) содержали нормы, относящиеся к врачебной деятельности. Устав князя Владимира относил лиц, занимавшихся этой деятельностью, к числу служителей церкви. Русская Правда упоминает о плате за лечение: «А летцю мзда».

Вплоть до XVI в. лекари являлись не более чем ремесленниками. Начиная с XVI в. прогресс медицины в России заметно усиливается, однако ее правовая регламентация развивается медленно. Лишь время от времени появлялись указы, посвященные частным вопросам медицинской деятельности. Чаще всего они касались случаев медицинского освидетельствования служилых людей на предмет определения годности их к военной либо иной государственной службе. Иногда врачам поручались исследования различных трав и корней с целью выяснения их пригодности для изготовления «зелья лихого».

Более широкая регламентация врачебной деятельности начинается при Петре I. Законодательные акты Петра I за-

трагивают личные качества врача, отношение его к больному и другие вопросы врачебной деятельности. В них врачу предъявляются требования, чтобы он «в докторстве доброе основание и практику имел, трезвым, умеренным и добροхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как ночью, так и денно отправлять мог».

Однако единого закона, регламентирующего врачебную деятельность, не существовало до издания в 1857 г. Врачебного устава, составившего XIII том Свода законов Российской империи. Прототипом для него послужила Инструкция о правах и обязанностях врачебных управ, изданная в 1797 г. В последующие годы в Устав вносились изменения и дополнения, но они не затрагивали основ, отражавших организационный и научный уровень медицины XVIII в. Таким Врачебный устав остался вплоть до Октябрьской революции 1917 г.

После революции советское правительство издает ряд декретов и постановлений по здравоохранению. В период с 1917 г. по 1925 г. их выходит около двадцати. Но самую большую роль в истории правовой регламентации врачебной деятельности сыграл Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников». Этот законодательный акт стал первым советским Врачебным уставом. Он являлся актом, определявшим профессиональную работу врачей; в нем указывалось, кто имеет право на звание врача, какими правами и

обязанностями наделены врачи, каким образом они отвечают за профессиональные упущения.

15 сентября 1937 г. было принято постановление СНК СССР «О порядке проведения медицинских операций». Его издание было вызвано необходимостью правового регулирования уже начавшихся в те годы хирургических операций, связанных с пересадкой органов человеческого тела. В декабре 1969 г. произошла кодификация законодательства о здравоохранении – были приняты Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, которые действовали до 22 июля 1993 г., т. е. до принятия Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

На сегодняшний день вопросы охраны здоровья населения, обеспечения нормального функционирования системы здравоохранения являются одной из главных социальных задач, решаемых государством. Приняты и разрабатываются законы, правовые акты по вопросам здравоохранения. Совокупность правовых документов в области охраны здоровья человека является базой для социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, обеспечивающих достойную жизнь людей в обществе.

Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР в 1991 г., провозгласила, что каждый имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохране-

ния. Государство принимает меры, направленные на развитие всех форм оказания медицинских услуг, включая бесплатное и платное медицинское обслуживание, а также медицинское страхование (ст. 25).

Право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь закрепила Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. в ст. 41.

Отношения, возникающие в сфере здравоохранения, регулируются многими отраслями права. Трудовое право содержит нормы, регулирующие охрану труда, в т. ч. труда женщин, молодежи, инвалидов, т. е. нормы, направленные на охрану здоровья рабочих и служащих.

Административная ответственность предусмотрена за нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм, незаконное приобретение или хранение в небольших размерах наркотических средств либо потребление их без назначения врача.

В Уголовный кодекс включена специальная глава о преступлениях против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности. В уголовное законодательство включены также нормы о принудительных мерах медицинского характера, незаконном занятии частной медицинской и фармацевтической деятельностью и др. Уголовно-процессуальный кодекс определяет порядок проведения судебно-медицинской экспертизы.

Гражданско-правовые нормы о возмещении ущерба, при-

чиненного здоровью граждан, распространяются и на отношения в области здравоохранения; нормы, регламентирующие правовой режим возмездного оказания услуги, применяются к отношениям, возникающим при оказании медицинской помощи.

Наиболее значительным событием последних лет в области охраны здоровья населения России стало принятие Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изм. и доп. от 24 декабря 1993 г., 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г.). Коллектив специалистов института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.Е. Семашко при участии ученых, экспертов, депутатов, разработал этот закон, опираясь на международные правовые акты (Всеобщую декларацию прав человека, Европейскую стратегию по достижению здоровья для всех (ВОЗ, 1980 г.), Европейскую хартию по окружающей среде и охране здоровья (1989 г.)), отечественный опыт, предложения по совершенствованию работы органов здравоохранения, повышению качества медицинского обслуживания и профилактических мероприятий.

В нем определены основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в области здравоохранения, основы его организации и руководства, права граждан при оказании медицинской помощи, обязанности и пра-

ва медицинских и фармацевтических работников, порядок производства медицинской экспертизы, ответственность за причинение вреда здоровью граждан и т. д.

Был принят целый ряд законов, более детально регулирующих отдельные направления практической медицинской деятельности:

1) Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-І «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции Закона РФ от 2 апреля 1993 г. № 4741-І) (с изменениями от 24 декабря 1993 г., 1 июля 1994 г., 29 мая 2002 г., 23 декабря 2003 г.);

2) Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-І «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (с изм. и доп. от 20 июня 2000 г.);

3) Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-І «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп. от 21 июля 1998 г., 25 июля 2002 г., 10 января 2003 г.);

4) Закон РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-І «О донорстве крови и ее компонентов» (с изм. и доп. от 4 мая 2000 г., 16 апреля 2001 г., 24 декабря 2002 г.);

5) Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изм. и доп. от 12 августа 1996 г., 9 января 1997 г., 7 августа 2000 г.);

6) Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» (с изм. и доп. от 2 января 2000 г., 30 декабря 2001 г., 10 января, 30 июня 2003 г.);

7) Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп. от 25 июля 2002 г., 10 января, 30 июня 2003 г.);

8) Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (с изм. и доп. от 7 августа 2000 г., 10 января 2003 г.);

9) Федеральный закон от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

10) Федеральный закон от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

11) Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (с изм. и доп. от 30 декабря 2001 г., 10 января, 30 июня 2003 г.).

Особенностью современного этапа правотворческой деятельности в системе здравоохранения и социальной защиты населения является формирование регионального законодательства в этом направлении.

Наибольшее внимание на уровне субъектов РФ уделяется разработке нормативно-правового акта «Об охране здоровья граждан», по которому в 15 территориях приняты законы, а в 30 готовятся их проекты. К числу других, наиболее часто разрабатываемых нормативно-правовых актов от-

носятся следующие: «О противотуберкулезной помощи и защите населения от туберкулеза», «О здравоохранении», «О лекарственном обеспечении населения», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии».

При этом следует отметить, что в РФ пока еще нет специального медицинского кодекса, а базовая юридическая основа из фундаментальных федеральных нормативно-правовых актов в сфере охраны здоровья граждан является явно недостаточной.

Эти факторы не способствуют активному проведению качественного и эффективного регионального нормотворчества, тем более с позиций современного медицинского права. По этой причине некоторые субъекты РФ принимают региональные законы не в дополнение к федеральным, а даже в известной степени противоречащие им по своей сути.

Противоречивость и в ряде случаев декларативность содержащихся в них правовых норм могут приводить к неверному толкованию принимаемых субъектами РФ законов, что в свою очередь ведет к их нарушению.

Таким образом, медицинское право формируется как комплексная правовая отрасль (подотрасль) законодательства, включающая акты и нормы многих отраслей российского права, регулирующих отношения в различных сферах медицинской деятельности – от управления здравоохранением до конкретных отношений между лечебными учреждениями и гражданами.

Однако эти нормы пока еще далеки от совершенства: большая их часть содержится в различных нормативно-правовых актах, они не вполне согласованы между собой, не регулируют всей полноты отношений, возникающих в сфере здравоохранения, недостаточно соответствуют развитию медицинской науки и практики в современный период.

Действующее законодательство регулирует в основном административно-организационные и управленческие отношения в области здравоохранения, а также ответственность медицинских учреждений, их персонала.

Необходимость существующего законодательного регулирования никем не оспаривается, однако высказываются сомнения в возможности и целесообразности правового регулирования отношений между лечебными учреждениями и гражданами по типу «врач – пациент». Отсутствие кодифицированного медицинского законодательства тормозит развитие практики правоприменения.

Отсутствие разработки философии права является, по-видимому, одной из причин того, что к настоящему времени в России существует явное противоречие между законодательным обеспечением вопросов взаимоотношения врача и пациента и недостаточной ориентацией общественности на восприятие их сути, новизны и значимости.

Сложилась такая ситуация, при которой формирование и утверждение правовых норм в области здравоохранения в ряде случаев опережает изменения, происходящие в обще-

ственном сознании людей.

Лекция 2. Организационно-правовые основы функционирования современного здравоохранения

1. Системы здравоохранения, общие принципы строения и сравнительная характеристика

Организация систем здравоохранения в мире характеризуется значительным разнообразием и национальной спецификой. Вместе с тем все известные способы формирования национальных систем охраны здоровья населения с точки зрения их организационно-экономических основ могут быть сведены к трем основным вариантам или их сочетаниям:

- 1) государственной (бюджетной) системе здравоохранения;
- 2) частному здравоохранению (системе, основанной на добровольном (частном) медицинском страховании или непосредственной оплате медицинской помощи);
- 3) системе здравоохранения, основанной на социальном

(обязательном) медицинском страховании.

Рассмотрим основные принципы формирования и функционирования вышеперечисленных систем.

Государственное здравоохранение. Государственная система здравоохранения явилась историческим завершением т. н. благотворительной медицины, при которой церковь и государство решали задачу финансирования медицинской помощи нищим и убогим. Она основывается на следующих организационно-экономических принципах:

- 1) государственные налоги являются основными источником финансирования здравоохранения;
- 2) бюджеты различного уровня – структуры, аккумулирующие финансовые ресурсы здравоохранения;
- 3) существует преимущественно структурный принцип финансирования медицинской помощи (возмещение расходов учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг);
- 4) как правило, медицинские учреждения, которые являются исполнителями социального заказа и напрямую подчиняются государственным финансовым правилам, имеют государственный некоммерческий статус;
- 5) существует экономия при использовании ресурсов, в т. ч. финансовых;
- 6) обеспечивается централизованное (унитарное) планирование и управление системой;
- 7) способ оплаты труда врачей тарифный, негонорарный,

правила найма и оплаты труда диктуются государством;

8) существует преимущественно административный (через государственные органы) контроль качества оказания медицинской помощи при фрагментарном участии профессиональных организаций.

Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон:

1) обеспечивается высокая степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;

2) проводится строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;

3) обеспечивается эффективное, как правило, административное воздействие на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями;

4) существует высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях;

В период 1950–60-х гг. государственная служба здравоохранения рассматривалась как передовая национальная система организации медицинской помощи. Однако с тех пор как западный мир пережил в конце 1970-х – начале 80-х гг. глубокий экономический кризис, а в конце 1980-х гг. потерпела крах хозяйственная система социализма, выяснилось, что государственное здравоохранение имеет ряд существенных недостатков, среди которых выделяют следующие: 1) дефицит финансовых и иных ресурсов здравоохранения, обу-

словленный нестабильным состоянием бюджетов в периоды экономического спада и неэффективным распределением материальных и специальных ресурсов;

2) ограниченность материальных стимулов в деятельности медицинских работников и учреждений, общий низкий уровень оплаты труда медиков;

3) слабую зависимость оплаты труда медицинских работников и финансирования медицинских учреждений от объемов и качества выполняемой работы;

4) невозможность для пациентов выбора врача и медицинского учреждения;

5) существование списков больных (очереди) для оказания отдельных дефицитных видов медицинской помощи;

6) неравенство для отдельных социальных, географических и профессиональных групп в уровне и качестве оказания медицинской помощи (наличие спецучреждений, ведомственных учреждений и т. д.);

7) слабое внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, недостаточные условия для творческого созидания, адаптации общих моделей организации помощи к местным условиям и потребностям;

8) отвлечение значительных финансовых ресурсов на содержание учреждений, слабо оснащенных, не имеющих высококвалифицированных кадров и не оказывающих надлежащих объемов медицинской помощи;

9) низкий уровень развития первичной медицинской по-

мощи и национальных систем профилактики заболеваний, приоритет дорогостоящих стационарных видов оказания медицинских услуг, существенное различие в уровне развития сельского и городского здравоохранения;

10) монополизм, незащищенность потребителя от некачественных медицинских услуг;

11) нехватку финансовых ресурсов для капитальных вложений, деградацию условий оказания медицинской помощи в периоды кризисов и дефицита финансирования.

В настоящее время государственная система здравоохранения имеет место в таких странах, как Великобритания, Италия, Куба, Россия и др.

Частная система здравоохранения. Частная система здравоохранения основывается на добровольном (частном) медицинском страховании и непосредственной оплате медицинской помощи потребителями (платная медицина). Для нее характерны следующие признаки:

1) основным источником финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;

2) преимущественно негосударственный, коммерческий статус страховых, медицинских и других организаций, аккумулирующих финансовые средства здравоохранения и обеспечивающих оказание медицинской помощи;

3) большой выбор медицинских учреждений, врачей, работающих на многоукладной хозяйственной основе;

4) свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;

5) высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение.

Положительными сторонами функционирования частного здравоохранения являются:

1) наличие широкого диапазона медицинских учреждений с точки зрения уровня качества и стоимости медицинских услуг, обеспечивающих удовлетворение разнообразных индивидуальных потребностей;

2) отсутствие очереди на медицинское обслуживание;

3) особое внимание, уделяемое качеству медицинской помощи, защите прав потребителя;

4) высокие доходы врачей, других медицинских работников.

Следует сказать, что в чистом виде частное здравоохранение не присутствует ни в одной из национальных систем организации и финансирования медицинской помощи.

Это обусловлено существенными проблемами, сопутствующими данной системе.

Наиболее важны среди них следующие:

1) высокая стоимость медицинских услуг, недоступность медицинской помощи для значительных слоев населения. В частности, в США более 30 млн граждан не имеют возможности получить достаточный объем медицинской помощи;

2) недостаточное внимание к помощи на дому и профи-

лактации, приоритет в лечении «легких» заболеваний;

3) неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;

4) гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;

5) отсутствие государственного регулирования и контроля за качеством медицинских процедур, применение медицинских технологий, небезопасных для здоровья пациентов.

В настоящее время можно говорить о том, что частная система здравоохранения наиболее полно оформилась в США.

Историческое место частного здравоохранения связано с удовлетворением потребности в высококачественных и дорогостоящих медицинских услугах состоятельных слоев населения.

В силу этого частное здравоохранение не может быть организационно-финансовой основой национальной системы охраны здоровья в целом, а должно использоваться как дополнение к государственному здравоохранению или системе, основанной на социальном страховании.

Здравоохранение, основанное на социальном медицинском страховании

Наиболее представительная группа систем охраны здоровья создана на основе социального медицинского страхова-

ния. Такие системы начали складываться в конце XIX – начале XX вв. и к настоящему времени имеются в большинстве цивилизованных стран.

Как правило, эти системы охраны здоровья в той или иной степени управляются государством.

Поэтому они имеют название «регулируемые системы страхования здоровья».

Для систем регулируемого страхования здоровья характерны следующие основные признаки:

1) наличие нескольких основных источников финансирования, в число которых входят: средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками;

2) наличие децентрализованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);

3) контроль качества медицинской помощи и объемов расходов при оказании медицинских услуг со стороны финансирующих организаций;

4) многообразие форм собственности и хозяйствования у медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих услуги застрахованным;

5) регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи.

Система, основанная на социальном страховании, являет-

ся одной из наиболее совершенных систем охраны здоровья населения, она соединяет в себе положительные черты как государственного, так и частного здравоохранения.

Среди наиболее важных положительных черт системы социального медицинского страхования выделяются следующие:

- 1) высокая степень охвата населения медицинским страхованием, наличие гарантий бесплатной помощи;
- 2) свободный выбор фондов медицинского страхования (страховых организаций) населением, работодателем;
- 3) разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг, обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Тем не менее система социального медицинского страхования имеет ряд существенных проблем, требующих перспективного решения. Среди них необходимо отметить следующие:

- 1) недостаточно полный охват населения программами обязательного медицинского страхования;
- 2) высокую стоимость медицинских услуг, неэффективность мер по сдерживанию цен;
- 3) недостаточное применение долгосрочного стратегического планирования в национальном масштабе;
- 4) высокие административные расходы, обусловленные прежде всего ведением информационно-емких учетных опе-

раций.

В настоящее время система регулируемого страхования здоровья имеет место в ведущих экономически развитых странах: Франции, Германии, Канаде, Японии. Благодаря использованию положительного опыта государственной модели здравоохранения и частной медицины система социального медицинского страхования становится все более привлекательной для государств с различным уровнем социально-экономического развития и традициями организации систем здравоохранения.

2. Основное содержание современной реформы здравоохранения Российской Федерации. Переход от бюджетной к бюджетно-страховой медицине

Необходимость реформирования здравоохранения была вызвана существенным ухудшением (начиная с середины 1970-х гг.) показателей здоровья населения РФ, которое проявилось в следующем: росте общей заболеваемости, смертности, в т. ч. в трудоспособном возрасте, снижении рождаемости, стабильно высоком уровне детской смертности, снижении средней продолжительности жизни и снижении эффективности функционирования системы здравоохранения, проявляющемся в монополизации управления и финансирования, дефиците ресурсов, отсутствии экономической заинтересованности производителя и потребителя медицинских услуг в сохранении и укреплении здоровья.

Названные причины привели к необходимости проведения ряда организационно-экономических экспериментов, которые осуществлялись в отдельных больницах СССР в 1967–1969, 1977–1975 и 1985–1987 гг. В ходе этих экспериментов делались попытки предоставления коллективам

больничных учреждений и их руководителям большей самостоятельности в целях повышения эффективности использования материальных ресурсов, изменялись условия оплаты труда медицинских работников, интенсификация использования конечного фонда. К сожалению, результаты этих экспериментов не нашли широкого применения в практике здравоохранения СССР.

Начиная с середины 1980-х гг. происходит непрерывное реформирование здравоохранения России. В 1987–1991 гг. оно осуществлялось в форме внедрения т. н. нового хозяйственного механизма, а начиная с 1992 г. и по настоящее время происходит становление системы здравоохранения, основанной на социальном (обязательном медицинском) страховании.

Выход в июне 1991 г. Закона «О медицинском страховании граждан РСФСР» ознаменовал новое содержание реформы: переход к системе организации оказания и финансирования медицинской помощи, основанной на обязательном медицинском страховании (ОМС).

В ходе становления системы ОМС в России в 1993–1995 гг. осуществлялось частичное, фрагментарное введение ОМС, в результате чего сложилось несколько организационно-экономических территориальных моделей ОМС.

Многие исследователи утверждают, что в настоящее время этот этап вступает в завершающую стадию, и обращают особое внимание на необходимость системного реформиро-

вания здравоохранения, связанного не только с совершенствованием финансово-экономического механизма, но и с серьезными структурными преобразованиями, с внедрением новых технологических и образовательных концепций в здравоохранении.

Смысл преобразований заключается в решении некоторых принципиальных вопросов, среди которых можно назвать следующие:

- 1) включение пациента в систему отношений здравоохранения, активного участия в сохранении и укреплении здоровья и защиты его прав при получении медицинской помощи;
- 2) переход от экстенсивных к интенсивным путям развития отрасли здравоохранения путем создания действенной системы контроля качества медицинской помощи и достижения эффективности расходования всех видов ресурсов;
- 3) создание оптимального соотношения больничных и внебольничных, специализированных и общих видов медицинской помощи;
- 4) децентрализация системы оказания медицинской помощи, создание моделей здравоохранения, отвечающих потребностям и уровню развития конкретных территорий.

Эволюционное развитие от изменения собственно хозяйственных и финансово-экономических механизмов к более широким и системным подходам в реформировании здравоохранения можно рассматривать, изучив финансово-экономическую систему современного российского здравоохране-

ния.

С финансово-экономической точки зрения структура любой системы здравоохранения может быть представлена в виде 5 важнейших элементов:

- 1) источники финансирования;
- 2) держатели финансовых ресурсов здравоохранения;
- 3) способы оплаты (способы финансирования) здравоохранения;
- 4) хозяйственный статус медицинских учреждений;
- 5) хозяйственный статус медицинских работников.

Оптимальное сочетание этих элементов обеспечивает эффективно функционирующую систему здравоохранения.

Основными источниками финансирования российского здравоохранения на всех этапах реформы оставались средства бюджета различного уровня. В ходе реформы на втором ее этапе увеличилась роль платежей ОМС. Существуют три основные тенденции по отношению к имеющимся источникам финансирования:

- 1) сохраняющаяся и даже увеличивающаяся роль государства в финансировании здравоохранения;
- 2) переход основного объема финансирования с федерального уровня на территориальный;
- 3) увеличение роли средств ОМС.

В роли держателей средств здравоохранения выступают распорядители бюджетов различных уровней: органы управления здравоохранением, фонды или кассы (в некоторых

территориях), страховые организации с разными формами собственности и т. д. Таким образом, имеет место конкуренция между различными фондодержателями за право обладания большим количеством средств.

В соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании» основными фондодержателями должны стать фонды ОМС и страховые медицинские организации. Они должны были аккумулировать до 80 % всех средств здравоохранения. На самом деле в их руках на сегодняшний день находится не более 1/4 всех финансовых ресурсов. Это связано с тем, что традиционные распорядители средств здравоохранения, т. е. те, кто управляет бюджетом, предпочитают сохранить в своем ведении основную массу финансовых ресурсов. Таким образом, характеризуя ситуацию с фондодержателями средств здравоохранения на этапе реформ, необходимо отметить фактическое невыполнение Закона РФ «О медицинском страховании». Недостаточную консолидацию средств здравоохранения во внебюджетных фондах можно признать основным тормозом на пути финансовой реформы здравоохранения. Одновременно следует обратить внимание на то, что большие надежды, возлагавшиеся на страховые медицинские организации, не оправдались.

До конца не решенным остается вопрос о финансовом планировании общего объема средств, необходимых для финансирования территориальных систем здравоохранения.

Сохраняется представление о том, что бесплатная медицинская помощь – это великое благо, поэтому как можно большее число услуг должно оказываться бесплатно. Однако на самом же деле объем услуг, предоставляемых населению бесплатно, зависит от того, какие ресурсы имеются в распоряжении соответствующих территорий.

В случае, когда медицинское учреждение должно оказывать весь объем медицинской помощи бесплатно, а финансирующие органы не в состоянии в полном объеме возместить его расходы, оно рано или поздно становится неплатежеспособным. Именно в этом механизме заложена самая большая опасность для будущего российского здравоохранения. Данная критическая ситуация бесконечно долго продолжаться не может. Государство будет вынуждено пойти либо на ограничение объема медицинских услуг, оказываемых бесплатно, либо на изменение структуры и мощности производителей медицинских услуг, т. е. на уменьшение количества медицинских учреждений.

При рассмотрении вопроса о хозяйственном статусе медицинских учреждений следует отметить, что большая их часть существует в форме учреждений. В соответствии с тенденцией изменения действующего гражданского законодательства медицинские учреждения приобретут в будущем статус некоммерческих организаций. Будут расширены их возможности по привлечению дополнительных финансовых ресурсов на собственное содержание, одновременно должно

быть ограничено налогообложение этих организаций.

В настоящее время в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях под одной крышей работают три организации: классическое бюджетное учреждение; предприятие, в котором оказываются платные медицинские услуги и реализуются другие коммерческие программы, а также некоммерческая организация, функционирующая согласно договорам с фондами ОМС. Одной из задач реформы является выбор одного или сохранение всех трех вариантов финансирования.

До сегодняшнего дня в рамках реформы здравоохранения статусу медицинского работника уделялось незначительное внимание. Можно говорить о трех разновидностях статуса медицинского работника.

1. Медицинский персонал выступает как наемные работники.
2. Медицинский работник выступает как предприниматель без образования юридического лица.
3. Контрактный (договорной) работник, который выступает как своеобразный наемный работник, частично реализует свое право на ресурсы, находящиеся в ведении медицинского учреждения, и доход, полученный от его деятельности.

Третий этап реформы здравоохранения довольно серьезно обозначен в наше время и связан с переходом от чисто хозяйственных и финансовых задач реформы к решению си-

стемных задач, среди которых можно выделить следующие:

1) перенос методологического и организационно-финансового аспектов развития здравоохранения с лечения уже имеющихся заболеваний на их профилактику;

2) изменение роли пациента, обеспечение его полноправного участия в сохранении и восстановлении своего здоровья;

3) формирование эффективных механизмов управления качеством медицинской помощи;

4) выработка оптимальных соотношений между больничными и внебольничными, специальными и общими видами медицинской помощи, развитие этапности медицинского обслуживания;

5) децентрализация управления здравоохранением, строгое разграничение компетенции различных уровней власти;

6) развитие межсекторного взаимодействия различных отраслей национального хозяйства в целях обеспечения здоровья населения;

7) развитие многомерных моделей финансирования здравоохранения на основе оптимального сочетания объемных и компенсационных механизмов;

8) реорганизация системы медицинского образования в целях удовлетворения истинной потребности здравоохранения в кадрах, акцентирование задач образования на подготовку врача первичного звена (общей практики).

3. Основные принципы медицинского страхования, субъекты и принципы их взаимодействия

В июне 1991 г. Верховный Совет РСФСР принял Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР». Он явился исходным пунктом поэтапного перехода к системе обязательного медицинского страхования, призванной укрепить финансовую базу здравоохранения, повысить роль экономических регуляторов деятельности медицинских учреждений.

Медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим для населения Российской Федерации и реализуется в соответствии с программами ОМС, которые гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС.

ДМС может быть коллективным и индивидуальным.

В основе обязательного медицинского страхования лежат следующие основные организационно-экономические и правовые принципы.

1. Всеобщность. Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенных в государственную (базовую) программу ОМС (см. постановление Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (с изм. и доп. от 26 октября 1999 г., 29 ноября 2000 г., 24 июля 2001 г.).

2. Государственность. Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Государство в лице местных органов исполнительной власти выступает непосредственным страхователем неработающего населения. Оно осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств обязательного медицинского страхования, обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными.

3. Некоммерческий характер. Средства ОМС не могут стать доходом (прибылью) юридических и физических лиц, являющихся акционерами или учредителями страховых медицинских организаций, участвующих в операциях ОМС. Прибыль (доход), получаемая от операций ОМС, может на-

правляться только на развитие системы ОМС и учреждений здравоохранения.

4. Общественная солидарность и социальная справедливость. Все члены общества имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС, однако фактически потребление медицинских услуг осуществляется лишь отдельными, нуждающимися в них лицами.

Страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь по обращению за медицинской помощью (существует принцип: «здоровый платит за больного»).

Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависят от абсолютного размера платежа по ОМС.

Граждане с различным уровнем дохода и, соответственно, с различным объемом начислений на заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования (работает принцип: «богатый платит за бедного»).

Участниками ОМС являются:

1) страхователи (для неработающего населения – государство в лице местных органов исполнительной власти, для работающего населения – предприятия, учреждения и организации независимо от форм собственности и хозяйственно-правового статуса);

2) застрахованные – все граждане РФ, а также граждане иностранных государств, постоянно проживающие на терри-

тории России;

3) территориальные и федеральные фонды ОМС (специализированные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области ОМС);

4) страховые медицинские организации, имеющие лицензию на право деятельности по ОМС;

5) медицинские учреждения, имеющие лицензию на право оказания медицинской помощи, входящей в программы ОМС.

Источниками средств ОМС являются:

1) части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации;

2) части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;

3) иные поступления, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Финансовые средства территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды) образуются за счет:

1) части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации;

2) части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;

3) страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение;

4) иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Уплата единого социального налога в частях, зачисляемых в Федеральный фонд и территориальные фонды, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (в ред. Федерального закона от 29.12.2000 г. № 166-ФЗ) Налоговый кодекс Российской Федерации ч. 1 от 31 июля 1998 г. № 146-ФЗ и ч. 2 от 5 августа 2000 г. № 117-ФЗ (с изм. и доп. от 30 марта, 9 июля 1999 г., 2 января, 5 августа, 29 декабря 2000 г., 24 марта, 30 мая, 6, 7, 8 августа, 27, 29 ноября, 28, 29, 30, 31 декабря 2001 г., 29 мая, 24, 25 июля, 24, 27, 31 декабря 2002 г., 6, 22, 28 мая, 6, 23, 30 июня, 7 июля, 11 ноября, 8, 23 декабря 2003 г., 5 апреля 2004 г.).

Порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды предусмотрен Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного страхования, утвержденным по-

становлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (с изм. и доп. от 5 августа 2000 г., 24 марта 2001 г.), другими нормативно-правовыми актами, нормативно-методическими документами, утверждаемыми в установленном порядке.

Платежи за работающее и неработающее население перечисляются в специализированные финансово-кредитные учреждения – Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Эти учреждения созданы на основе постановления Верховного Совета РФ № 4201 от 24 февраля 1993 г., в рамках которого было утверждено Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и Типовое положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (ТФОМС).

Фонды обязательного медицинского страхования – это самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, указанные в Законе РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции от 2 апреля 1993 г.) (с изм. и доп. от 24 декабря 1993 г., 1 июля 1994 г., 29 мая 2002 г., 23 декабря 2003 г.) и реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан.

ФФОМС обеспечивает реализацию Закона РФ «О медицинском страховании»; права граждан в системе обязательного медицинского страхования; достижение социальной справедливости и равенства граждан в системе ОМС; участвует в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области ОМС и комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и созданию условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ (постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования»).

Основными задачами Федерального фонда являются:

- 1) финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;

- 2) обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- 3) аккумулирование финансовых средств Федерального

фонда для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Основными функциями ФФОМС являются:

1) осуществление выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) разработка и в установленном порядке внесения предложений о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

3) осуществление в соответствии с установленным порядком аккумулирования финансовых средств Федерального фонда;

4) выделение в установленном порядке средств территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в т. ч. на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

5) осуществление совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроля за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

6) осуществление совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за ра-

циональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в т. ч. путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;

7) осуществление в пределах своей компетенции организационно-методической деятельности по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

8) внесение в установленном порядке предложений по совершенствованию законодательных и иных нормативно-правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

9) участие в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан;

10) осуществление сбора и анализа информации, в т. ч. о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования, и представление соответствующих материалов в Правительство Российской Федерации;

11) организация в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, подготовки специалистов для системы обязательного медицинского страхования;

12) изучение и обобщение практики применения нормативно-правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

13) обеспечение в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, организации научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского

страхования;

14) участие в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования;

15) ежегодное представление в установленном порядке в Правительство Российской Федерации проектов федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда на соответствующий год и его исполнении.

Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Порядок расходования средств при проведении ОМС, принципы финансового взаимодействия органов исполнительной власти, Федерального и территориальных фондов ОМС, других субъектов медицинского страхования определены постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г. «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» и Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан (утв. Федеральным фондом ОМС 5 апреля 2001 г. № 1518/21-1).

В соответствии с ним из поступивших на основные счета территориального фонда средств части единого социального налога, части единого налога на вмененный доход, подлежащих зачислению в территориальный фонд, страховых

взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, а также иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации, территориальный фонд осуществляет:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.