

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Правовое регулирование деятельности организаций
здравоохранения»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск, 2020

Методические материалы дисциплины «Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения», относящейся к вариативной части учебного плана, составленного на основании ФГОС ВО по направлению подготовки 38.03.02 Менеджмент, квалификация выпускника «Бакалавр», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 7.


Составители методических материалов:

Канд. экон. наук, доцент кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


_____ Д.Г.Багдасарян

Методические материалы переработаны, рассмотрены и одобрены на заседании кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации протокол № 1 от «27» августа 2020 г.

И.о. заведующий кафедрой экономики
и организации здравоохранения
и фармации, канд. социол. наук


_____ О.В. Котовская

Методические материалы одобрены учебно-методической комиссией по циклу гуманитарных дисциплин


протокол № 1 от 31 августа 2020 г.

Председатель УМК


_____ Е.В. Говердовская

Методические материалы утверждены на заседании Центральной методической комиссии

Председатель ЦМК


_____ М.В. Черников

Содержание

1. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для преподавателей по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата)..... 4
2. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для студентов по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата)..... 11
3. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для самостоятельной работы студентов по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата)..... 17
4. Методическое обеспечение занятий лекционного типа 29
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, обучающихся по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....87
6. Методические рекомендации по написанию контрольной работы по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....110

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Д.Г. Багдасарян

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для преподавателей
по дисциплине «Правовое регулирование деятельности
организаций здравоохранения»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Занятие № 1

Раздел 1. Понятие правового регулирования

Тема. Правовое регулирование здравоохранения в контексте российского законодательства.

Цель: изучение правового регулирования здравоохранения в контексте российского законодательства.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часов

Перечень практических навыков:

- раскрывать нормативно-правовые документы здравоохранения;
- раскрывать основные принципы охраны здоровья;
- выявлять виды первой медицинской помощи;
- рассматривать права и обязанности врача и пациента.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2).
2. Основные принципы охраны здоровья (ст. 4). Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11).
3. Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50).
4. Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций.
5. Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
6. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр.
7. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Формируемые компетенции: ОПК-1, ПК-20

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20

5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2). Основные принципы охраны здоровья (ст. 4). Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11). Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50). Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций. Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

Раздел 2. Врачебная деятельность как объект правового регулирования

Тема. Правовые основы врачебной тайны. Подготовка организационных и распорядительных документов.

Цель: закрепление и систематизация теоретических знаний, при изучении вопросов о правовой основе врачебной тайны, подготовке организационных и распорядительных документов.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- рассматривать организационно-распорядительные документы;
- уметь работать с нормативными документами;
- выявлять случаи относящиеся к врачебной тайне;

– уметь работать с информационными технологиями

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Подготовка организационных и распорядительных документов.
2. Понятие врачебной тайны.
3. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24).
4. Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9).
5. Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя.
6. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.),
7. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ.

Формируемые компетенции: ОПК-1, ПК-20

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Подготовка организационных и распорядительных документов. Понятие врачебной тайны. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24). Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9). Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3.

Тема. Правовое регулирование медицинской экспертизы

Цель: изучение вопросов о правовом регулировании медицинской экспертизы.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- рассматривать медицинскую экспертизу;
- выявлять случаи временной нетрудоспособности;
- рассматривать медико-социальную экспертизу;
- рассматривать понятия военно-врачебной экспертизы;
- рассматривать судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизу

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7). Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59).
3. Медико-социальная экспертиза (ст. 60).
4. Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61).
5. Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
6. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).
7. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73). Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).
8. Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).
9. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Формируемые компетенции: ОПК-1, ПК-20

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Термин «экспертиза». ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды. Экспертиза временной

нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59). Медико-социальная экспертиза (ст. 60). Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61). Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73). Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73). Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73). Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63). Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 1.1	Н.А. Ющенко, Т.Ю. Зарипова, А.С. Панова	Правовые основы государственного регулирования предпринимательской деятельности [Электронный ресурс]/ Н.А. Ющенко, Т.Ю. Зарипова, А.С. Панова и др. ; Институт экономики, управления и права (г. Казань). – Казань: Познание, 2013. – 148 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Казань: Познание, 2013	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 2.1	Алексеев, С.В.	Алексеев, С.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности [Электронный ресурс]/ С.В. Алексеев. – Москва: Юнити-Дана, 2015. – 502 с. – (Dura lex, sed lex). – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Юнити-Дана, 2015.	
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Экономика и управление социальной сферой / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др.; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Экономический факультет и др. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. – 496 с.: ил.	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок		

	– Режим доступа: http://biblioclub.ru	действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.
2	Вайпан В.А., Правовое регулирование экономических отношений в современных условиях развития цифровой экономики / Вайпан В.А., Губин Е.П., Егорова М.А. - М. : Юстицинформ, 2019. - 376 с. - ISBN 978-5-7205-1508-9 // ЭБС "Консультант студента" : [Электронный ресурс]. http://www.studentlibrary.ru	Контракт №73ИКЗ 1913444048472263243001 00090026399000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.

7.3. Программное обеспечение

1. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.
 2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий.
 3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712.
 4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017
 5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.
 6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.
 7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.
 8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»
 9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017
 10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»
 11. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)
- Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Д.Г. Багдасарян

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для студентов
по дисциплине «Правовое регулирование деятельности
организаций здравоохранения»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Занятие № 1

Раздел 1. Понятие правового регулирования

Тема. Правовое регулирование здравоохранения в контексте российского законодательства.

Цель: изучение правового регулирования здравоохранения в контексте российского законодательства.

Перечень практических навыков:

- раскрывать нормативно-правовые документы здравоохранения;
- раскрывать основные принципы охраны здоровья;
- выявлять виды первой медицинской помощи;
- рассматривать права и обязанности врача и пациента.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2).
2. Основные принципы охраны здоровья (ст. 4). Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11).
3. Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50).
4. Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций.
5. Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
6. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр.
7. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Краткое содержание темы:

Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2). Основные принципы охраны здоровья (ст. 4). Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11). Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская

помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50). Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций. Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

Раздел 2. Врачебная деятельность как объект правового регулирования

Тема. Правовые основы врачебной тайны. Подготовка организационных и распорядительных документов.

Цель: Закрепление и систематизация теоретических знаний при изучении вопросов о правовой основе врачебной тайны, подготовке организационных и распорядительных документов.

Перечень практических навыков:

- рассматривать организационно-распорядительные документы;
- уметь работать с нормативными документами;
- выявлять случаи относящиеся к врачебной тайне;
- уметь работать с информационными технологиями

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Подготовка организационных и распорядительных документов.
2. Понятие врачебной тайны.
3. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24).
4. Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9).
5. Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя.
6. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.),
7. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ.

Краткое содержание темы:

Подготовка организационных и распорядительных документов. Понятие врачебной тайны. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24). Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9). Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3.

Тема. Правовое регулирование медицинской экспертизы

Цель: изучение вопросов о правовом регулировании медицинской экспертизы.

Перечень практических навыков:

- рассматривать медицинскую экспертизу;
- выявлять случаи временной нетрудоспособности;
- рассматривать медико-социальную экспертизу;
- рассматривать понятия военно-врачебной экспертизы;
- рассматривать судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизу

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

1. Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7). Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59).
3. Медико-социальная экспертиза (ст. 60).
4. Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61).
5. Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
6. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).
7. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73). Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).

8. Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).

9. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Краткое содержание темы:

Термин «экспертиза». ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59). Медико-социальная экспертиза (ст. 60). Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61). Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73). Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73). Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73). Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63). Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 1.1	Н.А. Ющенко, Т.Ю. Зарипова, А.С. Панова	Правовые основы государственного регулирования предпринимательской деятельности [Электронный ресурс]/ Н.А. Ющенко, Т.Ю. Зарипова, А.С. Панова и др. ; Институт экономики, управления и права (г. Казань). – Казань: Познание, 2013. – 148 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Казань: Познание, 2013	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л 2.1	Алексеев, С.В.	Алексеев, С.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности [Электронный ресурс]/ С.В. Алексеев. –	Юнити-Дана, 2015.	

		Москва: Юнити-Дана, 2015. – 502 с. – (Dura lex, sed lex). – Режим доступа: http://biblioclub.ru		
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Экономика и управление социальной сферой / Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров, Т.В. Науменко и др.; под ред. Е.Н. Жильцова, Е.В. Егорова; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Экономический факультет и др. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К ^о », 2018. – 496 с.: ил. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
2	Вайпан В.А., Правовое регулирование экономических отношений в современных условиях развития цифровой экономики / Вайпан В.А., Губин Е.П., Егорова М.А. - М. : Юстицинформ, 2019. - 376 с. - ISBN 978-5-7205-1508-9 // ЭБС "Консультант студента" : [Электронный ресурс]. http://www.studentlibrary.ru	Контракт №73ИКЗ 1913444048472263243001 00090026399000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
<p>12. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.</p> <p>13. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий.</p> <p>14. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712.</p> <p>15. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017</p> <p>16. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.</p> <p>17. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.</p> <p>18. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.</p> <p>19. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»</p> <p>20. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017</p> <p>21. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»</p> <p>22. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)</p> <p>Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.</p>				

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Д.Г. Багдасарян

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для самостоятельной работы студентов
по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций
здравоохранения»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Раздел 1. Понятие правового регулирования

Тема 1. Регулирование здравоохранения в современной правовой системе: цели, задачи, функции права.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Здоровье как социально значимый феномен.
2. Система здравоохранения как область оказания социальной помощи.
3. Понятие медицинского права и цель правового регулирования здравоохранения.
4. Задачи медицинского права.
5. Предмет медицинского права.
6. Основные функции медицинского права: регулятивная и охранительная.

Вопросы для самопроверки:

1. Как осуществляется государственное регулирование здравоохранения и медицинской деятельности как функция государства?
2. Какие нарушения влекут дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников?
3. Какие Конституционные права и правовое регулирование здравоохранения в РФ?
4. В чем заключается система здравоохранения как область оказания социальной помощи?
5. Что включает в себя понятие врачебной деятельности и ее признаки?
6. Что такое административно-правовой статус медицинского учреждения?

Решение ситуационных задач:

Задание 1.

1. К частной системе здравоохранения не относятся:

1. Муниципальные лечебно-профилактические учреждения.
2. Лечебно-профилактические и аптечные организации, имущество которых находится в частной собственности.
3. Лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

2. Пациент не имеет право на:

1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
2. выбор врача.
3. обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
4. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов.
5. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
6. эвтаназию, т.е. удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью.

3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя не допускается:

1. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю.
2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.
3. по запросу адвоката в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
4. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

4. Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются:

1. Конституцией РФ.
2. федеральным конституционным законом
3. федеральным законом.
4. федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации.

5. Заключение о причине смерти лица и диагнозе заболевания может выдаваться:

1. членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.
2. органам управления здравоохранения, органам следствия и суду в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
3. адвокату, нотариусу в связи с исполнением ими профессиональных обязанностей.

6. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности утверждается:

1. Правительством Российской Федерации
2. Минздравсоцразвития РФ.
3. Трудовым кодексом РФ.
4. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

7. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, применяются:

1. по постановлению следователя.
2. по определению суда.

3. по решению суда.

8. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут:

1. быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.
2. пациентами неспециализированных _____ лечебно-профилактических учреждений.
3. государственными и муниципальными служащими.

Задание 2.

1. К правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся также указы: _____
2. основополагающие нормы, определяющие правовой статус учреждения, содержатся в: _____
3. Что относится к правовому регулированию прав пациентов на международном уровне: _____
4. Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов»: _____
5. Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр.: _____
6. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ: _____

Тема 2. Правовое регулирование здравоохранения в контексте российского законодательства.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
2. Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2). Основные принципы охраны здоровья (ст. 4).
3. Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11).
4. Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50).
5. Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций.
6. Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
7. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Вопросы для самопроверки:

1. Как соотносится право на информацию и право на неразглашение конфиденциальной информации....
2. Врачебную тайну составляют сведения....
3. В соответствии с Законом об охране здоровья, сведения, составляющие медицинскую тайну, не подлежащие к разглашению:
4. В соответствии со ст.61 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», допускается разглашение информации, имеющей статус медицинская тайна, без согласия на то пациента (либо его законного представителя) в следующих случаях...
5. Охрана врачебной тайны – обязанность всего медперсонала, имеющего к ней прямое отношение...
6. Врачебную тайну составляют....
7. Обработка специальных категорий персональных данных допускается только в случаях, определенных законом, в их числе названы следующие:
8. Письменное согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных должно включать в себя...

Решение ситуационных задач:

1. Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является:

- а) коммерческим;
- б) некоммерческим;
- в) имущественным;
- г) индивидуальным.

2. По охвату населения добровольное медицинское страхование носит:

- а) всеобщий или массовый характер;
- б) абсолютный и полный характер;
- в) индивидуальный или групповой характер;
- в) частный и неполный характер.

3. Условия договора ОМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон;
- г) государством.

4. Программа ДМС определяется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора ДМС;
- г) государством.

5. Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;

г) Федеральным фондом ОМС.

6. Тарифы на ДМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора;

7. Юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со страховыми медицинскими организациями договоры медицинского страхования являются:

- а) страхователями;
- б) страховщиками;
- в) застрахованными;
- г) выгодоприобретателями.

8. Сторонами договора медицинского страхования являются:

- а) страховая медицинская организация и страхователь;
- б) страховая медицинская организация и медицинское учреждение;
- в) медицинское учреждение и застрахованный;
- г) страхователь и медицинское учреждение.

9. Лицо, в пользу которого заключен договор медицинского страхования является:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) перестрахованным.

10. Прообразом современной системы ОМС является:

- а) европейская модель социального страхования;
- б) скандинавская модель здравоохранения;
- в) «Бисмарковская» система страховой медицины;
- г) американская модель медицинского страхования.

11. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено:

- а) в статье 7 Конституции РФ;
- б) в статье 39 Конституции РФ;
- в) в статье 41 Конституции РФ;
- г) в статье 65 Конституции РФ.

12. Какой орган осуществляет лицензирование медицинской деятельности:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- в) органы управления здравоохранением субъектов РФ;
- г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ.

Раздел 2. Врачебная деятельность как объект правового регулирования

Тема 3. Правовые основы врачебной тайны. Подготовка организационных и распорядительных документов

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Подготовка организационных и распорядительных документов.
2. Понятие врачебной тайны. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24). Во исполнение этих статей был издан Указ Президента РФ «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера» от 6 марта 1997 г. № 188 (в ред. Указа Президента РФ от 23 сентября 2005 N 1111).
3. Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9). Впервые законодательно-закрепленный термин Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. от 27.02.2009 N 4-П), (ст. 9). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ст. 13).
4. Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну бес согласия гражданина или его законного представителя. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.), основные статьи по теме 150, 151, 1064, 1099-1101. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (действующая редакция от 3 февраля 2014 г.), ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни», ст. 286 «Превышение

Вопросы для самопроверки:

1. Понятие врачебной тайны.
2. Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9).
3. Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну бес согласия гражданина или его законного представителя.
4. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.), основные статьи по теме 150, 151, 1064, 1099-1101.
5. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (действующая редакция от 3 февраля 2014 г.), ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни»

Решение ситуационных задач:

1. Как соотносится право на информацию и право на неразглашение конфиденциальной информации: _____
2. Врачебную тайну составляют сведения: _____
3. В соответствии с Законом об охране здоровья, сведения, составляющие медицинскую тайну, не подлежащие к разглашению: _____

4. В соответствии со ст.61 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», допускается разглашение информации, имеющей статус медицинская тайна, без согласия на то пациента (либо его законного представителя) в следующих

случаях: _____

5. Охрана врачебной тайны – обязанность всего медперсонала, имеющего к ней прямое отношение: _____

6. Врачебную тайну составляют: _____

7. Обработка специальных категорий персональных данных допускается только в случаях, определенных законом, в их числе названы следующие: _____

8. Письменное согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных должно включать в себя: _____

Тема 4. Правонарушения в здравоохранении и юридическая ответственность медицинских работников.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Основания и условия возникновения ответственности медицинских организаций и медицинских работников.

2. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.

3. Понятие и виды юридической ответственности.

4. Гражданско-правовая ответственность.

5. Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.

6. Уголовно-правовая ответственность.

Вопросы для самопроверки:

1. Основания и условия возникновения ответственности медицинских организаций и медицинских работников.

2. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.

3. Понятие и виды юридической ответственности.

4. Гражданско-правовая ответственность.

5. Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.

6. Уголовно-правовая ответственность.

Решение ситуационных задач:

1. Правонарушение в зависимости от своей тяжести подразделяется на:

2. Виды и формы ответственности за правонарушения в медицине:

Вид юридической ответственности	За что наступает данный вид юридической ответственности	Отдельные виды правонарушений в медицине, за которые наступает данный вид	Виды (формы) наказаний в рамках данного вида юридической ответственности

		юридической ответственности	
--	--	--------------------------------	--

1. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение: _____

2. Дисциплинарная _____ ответственность _____ медицинских работников: _____

1. Материальная _____ ответственность _____ медицинских работников: _____

Тема 5. Правовое регулирование медицинской экспертизы.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7). Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59). Медико-социальная экспертиза (ст. 60).
3. Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61). Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
4. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).
5. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73).
6. Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).
7. Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).
8. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Вопросы для самопроверки:

1. Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять).
2. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7).
3. Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59).
5. Медико-социальная экспертиза (ст. 60).
6. Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61).
7. Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
8. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62).
9. ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ.
10. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).

11. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73).
12. Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).
13. Первичная и дополнительная экспертиза.
14. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).
15. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Задачи судебно-медицинской экспертизы состоят из: _____
2. Согласно приказу министра здравоохранения от экспертов судмедэкспертизы требуется: _____
3. Проводить судебно-медицинскую экспертизу может: _____
4. Бюро судебно-медицинской экспертизы располагает: _____
5. На основании результатов тематической экспертной оценки решаются следующие задачи: _____

Раздел 3. Страхование профессиональной ответственности

Тема 6. Медицинское страхование в России: становление, организация и законодательное обеспечение.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. История развития медицинского страхования начинается с ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 г. № 1499-1.
2. Действующий ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.
3. Основная цель обязательного медицинского страхования (далее ОМС).
4. Основные базовые понятия действующего закона и принципы ОМС.
5. Субъекты и участники ОМС: застрахованные лица, страхователи, страховщик.
6. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.
7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября.

Вопросы для самопроверки:

1. История развития медицинского страхования ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 г. № 1499-1.
2. Действующий ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.
3. Основная цель обязательного медицинского страхования (далее ОМС).
4. Основные базовые понятия действующего закона и принципы ОМС.
5. Субъекты и участники ОМС: застрахованные лица, страхователи, страховщик.

6. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.

7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября

Решение ситуационных задач:

1. Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является:

- а) коммерческим;
- б) некоммерческим;
- в) имущественным;
- г) индивидуальным.

2. По охвату населения добровольное медицинское страхование носит:

- а) всеобщий или массовый характер;
- б) абсолютный и полный характер;
- в) индивидуальный или групповой характер;
- в) частный и неполный характер.

3. Условия договора ОМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон;
- г) государством.

4. Программа ДМС определяется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора ДМС;
- г) государством.

5. Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) Федеральным фондом ОМС.

6. Тарифы на ДМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора;

7. Юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со страховыми медицинскими организациями договоры медицинского страхования являются:

- а) страхователями;
- б) страховщиками;
- в) застрахованными;
- г) выгодоприобретателями.

8. Сторонами договора медицинского страхования являются:

- а) страховая медицинская организация и страхователь;
- б) страховая медицинская организация и [медицинское учреждение](#);
- в) медицинское учреждение и застрахованный;
- г) страхователь и медицинское учреждение.

9. Лицо, в пользу которого заключен договор медицинского страхования является:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) [перестрахованным](#).

10. Пробразом современной системы ОМС является:

- а) европейская модель социального страхования;
- б) скандинавская модель здравоохранения;
- в) «Бисмарковская» система страховой медицины;
- г) американская модель медицинского страхования.

11. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено:

- а) в статье 7 Конституции РФ;
- б) в статье 39 Конституции РФ;
- в) в статье 41 Конституции РФ;
- г) в статье 65 Конституции РФ.

12. Какой орган осуществляет лицензирование [медицинской деятельности](#):

- а) Министерство здравоохранения и [социального развития](#);
- б) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- в) [органы управления](#) здравоохранением субъектов РФ;
- г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ.

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Авторы: Д.Г. Багдасарян

**Методическое обеспечение занятий лекционного типа
по дисциплине «Правовое регулирование деятельности организаций
здравоохранения»**

**направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Раздел 1. Понятие правового регулирования

Тема 1. Регулирование здравоохранения в современной правовой системе: цели, задачи, функции права.

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

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 пределах 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.

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.).

Тема 2. Правовое регулирование здравоохранения в контексте российского законодательства.

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: Сборник 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.

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 совершение 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.

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 правонарушения – 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.

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 восстановление 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.

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 мьзда».

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 затрагивают 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 доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как ношно, 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 здравоохранения. 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, причиненного 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 права 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. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции Закона РФ от 2 апреля 1993 г. № 4741-1) (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. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (с изм. и доп. от 20 июня 2000 г.);
- 3) Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «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. № 5142-1 «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.);

- б) 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 относятся 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 общественном сознании людей.

Раздел 2. Врачебная деятельность как объект правового регулирования

Тема 3. Правовые основы врачебной тайны. Подготовка организационных и распорядительных документов.

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, обусловленный 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 помощи 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 профилактике, 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 страхования. 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, является 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 операций.

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.

Тема 4. Правонарушения в здравоохранении и юридическая ответственность медицинских работников.

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 реформирования 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 здравоохранения.

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 системных задач, среди которых можно выделить следующие:

- 1) перенос методологического и организационно-финансового аспектов развития здравоохранения с лечения уже имеющих заболевания 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).

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 направляться 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 территории 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 постановлением 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 рациональным 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:

1) финансирование страховых медицинских организаций по дифференцированным среднемудушевым нормативам для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;

2) оплату медицинских услуг, оказываемых гражданам, застрахованным территориальным фондом (в случае осуществления обязательного медицинского страхования территориальным фондом);

- 3) финансирование мероприятий по здравоохранению в рамках региональных целевых программ, утвержденных в установленном порядке, для медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС;
- 4) формирование нормированного страхового запаса, предназначенного для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;
- 5) формирование средств, предназначенных для обеспечения им управленческих функций по нормативу, устанавливаемому исполнительным директором по согласованию с правлением территориального фонда в процентах к размеру всех поступивших средств без учета остатка финансовых средств на начало года.

Документом, удостоверяющим право застрахованного на получение медицинских услуг, включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, является страховой полис единой формы для всей территории региона. При необходимости по согласованию с медицинским учреждением страховщик вправе использовать иные формы направительных документов для оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи производится на основе «Договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС», заключаемого медицинским учреждением и страховщиком, и может осуществляться в двух вариантах.

1. Территориальный фонд ОМС или его филиал производят непосредственную оплату медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями, т. е. выступают в качестве страховщика – выполняют функции медицинской страховой организации.

2. ТФОМС передает средства обязательного медицинского страхования на основе сведений о заключенных договорах страхования и в соответствии с дифференцированным среднестатистическим нормативом финансирования ОМС страховым медицинским организациям, которые осуществляют расчеты с медицинскими учреждениями. Взаимодействие Фонда обязательного медицинского страхования и медицинской страховой организации, а также их взаимная ответственность регламентируются договором о финансировании обязательного медицинского страхования и положением о проведении обязательного медицинского страхования филиалами территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Состав тарифа на медицинские и иные услуги, предоставляемые по территориальной программе ОМС, определяется в соответствии с действующими нормативными документами решением согласительной комиссии, в которую на паритетных началах входят заинтересованные стороны, а именно: представители территориального фонда ОМС и его филиалов, органов государственного управления, страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций (при отсутствии последних интересы медицинских учреждений могут представлять профсоюзы медицинских работников). При этом заключается

Территориальное тарифное соглашение (Генеральное соглашение о ценах и тарифах).

Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется страховщиком на основании счетов, предъявляемых медицинскими учреждениями.

Порядок оплаты медицинской помощи регламентируется Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС, в котором определяются виды и способы оплаты медицинских услуг.

Медицинские учреждения любой формы собственности, имеющие лицензию на право оказания определенных видов медицинской помощи, используют поступившие средства в соответствии с заключенными договорами на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию, на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта Российской Федерации.

Средства, поступившие от территориального фонда на отдельные мероприятия по здравоохранению, используются медицинскими учреждениями, функционирующими в системе ОМС, в рамках утвержденных целевых программ по здравоохранению.

При возникновении страхового случая с застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами территории страхования медицинские услуги, оказанные в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, оплачиваются территориальными фондами ОМС по месту оказания медицинской помощи.

Благодаря включению обязательного (социального) медицинского страхования в различные организационно-экономические модели здравоохранения достигается высокая степень социальной защиты населения в части обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (программа обязательного медицинского страхования).

Формируется эффективная система финансирования медицинских учреждений и оплаты труда врачей.

Тема 5. Правовое регулирование медицинской экспертизы.

В связи с реформированием системы здравоохранения и введением ОМС произошли существенные изменения в правовой природе тех отношений, которые возникают в связи с оказанием медицинской помощи населению.

Считалось, что отношения, складывающиеся между пациентом и производителем медицинской услуги, имеют административно-правовую природу. В Основах законодательства о здравоохранении 1969 г. преобладали административно-правовые нормы. Эта точка зрения высказывалась сторонниками теории административного договора.

К особенностям административного договора относят: неравноправное положение участников отношений (отношений власти и подчинения);

регулирование отношений актами органов государственного управления; административную ответственность за неисполнение договорных условий; рассмотрение споров (как правило, в административном порядке).

Сегодня административно-правовые отношения продолжают играть существенную роль в вопросах управления системой здравоохранения. Они актуальны, в частности, для регулирования отношений между органами управления здравоохранения и ЛПУ, администрацией ЛПУ и сотрудниками. Однако все большую актуальность в связи с осуществлением ЛПУ хозяйственно-производственной деятельности приобретают вопросы гражданско-правового регулирования. Прежде всего существенную роль в перемещении акцента в область гражданско-правовых отношений, возникающих между ЛПУ и другими субъектами по вопросам оказания медицинской помощи, сыграл процесс становления системы ОМС, начавшийся в 1991 г. после принятия Закона «О медицинском страховании граждан в РФ». На сегодняшний день в основу правоотношений, возникающих в условиях ОМС, положена система гражданско-правовых договоров, которые заключаются между субъектами медицинского страхования.

Характерные черты гражданско-правовых отношений:

- 1) равенство сторон, выражающееся в наличии у них определенных прав и обязанностей по отношению друг к другу, а также обоюдной ответственности в случае неисполнения сторонами принятых на себя обязательств;
- 2) регулирование отношений нормами законодательства, положениями заключенного договора, обычаями делового оборота;
- 3) гражданско-правовая ответственность;
- 4) рассмотрение споров в добровольном (досудебном) порядке либо в порядке гражданского (арбитражного) судопроизводства.

Права, обязательства, ответственность ЛПУ при оказании медицинской помощи по ОМС возникает из договора на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи по ОМС.

Сторонами по этому договору являются ЛПУ и СМО (ТФОМС, там, где он выполняет функции страховщика). По своей правовой природе этот договор соответствует гражданско-правовому договору возмездного оказания услуги, регулируемому положениями гл. 39 ГК РФ. Характеристика особенностей этого договора будет дана ниже.

Гражданско-правовые отношения возникают между ЛПУ и гражданами при оказании платных медицинских услуг, когда плательщиком является сам пациент.

Оказание платных медицинских услуг ЛПУ осуществляется в соответствии с постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г., которым были утверждены Правила предоставления платных медицинских услуг населению. В п. 11 этих Правил указано, что предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются

условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон (перечислены обязательные положения договора).

В п. 17 указано, что ответственность ЛПУ в случае несоблюдения сроков исполнения услуг по договору наступает в соответствии с нормами Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (с изм. и доп. от 2 июня 1993 г., 9 января 1996 г., 17 декабря 1999 г., 30 декабря 2001 г.). Тем самым действие данного Закона распространяется на сферу платных медицинских услуг, оказываемых в системе здравоохранения.

Следующим основанием возникновения гражданских прав и обязанностей у ЛПУ является причинение вреда жизни и здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи. Обязанность возмещения вреда возникает независимо от того, урегулированы эти вопросы договором или нет, поскольку носят внедоговорной характер и регулируются нормами гл. 59 ГК РФ.

Осуществляя хозяйственную деятельность, ЛПУ как самостоятельные субъекты правоотношений совершают сделки, заключают договоры, т. е. совершают действия, направленные на установление, изменение и прекращение гражданских прав и обязанностей.

Основным нормативно-правовым актом, в соответствии с которым регулируются гражданские правоотношения, является Гражданский кодекс РФ.

Являясь участником гражданских правоотношений, возникающих в системе ОМС, медицинские учреждения вправе совершать действия, которые направлены на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей. Такие действия называются сделками.

Договор – это двухсторонняя или многосторонняя сделка, для заключения которой необходимо выражение воли сторон.

Оказание медицинской помощи является по своей сути особым родом услуги.

Услуга – совершение определенной деятельности или совокупности определенных действий, направленных на удовлетворение потребностей других лиц.

Медицинская услуга – это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных профессиональных действий медицинского работника (производителя услуги), направленных на удовлетворение потребностей пациента (потребителя услуги).

Медицинская услуга обладает рядом особенностей, которые дают основание не отождествлять ее с обычной бытовой услугой.

Во-первых, медицинская услуга неотделима от процесса ее оказания и потребляется в процессе ее производства. Она не осязаема до момента ее оказания, не способна к хранению, накоплению. Медицинскую помощь нельзя рассматривать обособленно от ее производителя, а в момент ее производства, за редким исключением, необходимо присутствие потребителя услуги.

Во-вторых, рынок медицинских услуг относится к рынку с т. н. нарушенным суверенитетом покупателя (пациента). При обращении за медицинской помощью или в момент ее оказания пациент, как правило, не знает истинных своих потребностей, т. е. того, какая собственно услуга, в каком объеме и какого качества ему в данный момент необходима.

Важнейшая задача производителя состоит в выявлении этой потребности, диагностике патологического состояния, имеющегося у больного, в оказании услуги, соответствующей требованию минимальной достаточности.

В-третьих, медицинская услуга уникальна тем, что потребитель не только пассивно присутствует при оказании ему медицинской помощи, но и сам активно участвует, влияет на этот процесс. Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют качество медицинской помощи, получаемой им.

Правоотношения, возникающие по договору возмездного оказания услуг, регулируются нормами гл. 39 ГК РФ. В ст. 779 прямо указано на то, что правила этой главы применяются к договорам оказания медицинских услуг. В ст. 779 ГК РФ сформулированы основные признаки, по которым заключаемая сделка может быть отнесена к числу договоров возмездного оказания услуг. По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Следует указать на универсально возмездный характер медицинских услуг. Выделяют платные медицинские услуги, которые предполагают порядок их непосредственной оплаты пациентом. В остальных случаях медицинские услуги, являясь бесплатными для пациента, тем не менее остаются возмездными для ее исполнителя. В качестве плательщикам могут выступать бюджет, внебюджетные фонды (ОМС, ДМС).

Сторонами договора возмездного оказания услуг являются исполнитель и заказчик. Никаких ограничений по субъективному составу этого договора нет, следовательно, участниками договора могут быть как физические, так и юридические лица. В договоре об оказании медицинских услуг в качестве исполнителя может выступать как физическое, так и юридическое лицо. Заказчиком в этом договоре может выступать гражданин или юридическое лицо (например, в случае заключения договора организацией по медицинскому обслуживанию своих работников).

В системе обязательного медицинского страхования основанием для оказания медицинских услуг является Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг). Исполнителем по данному Договору является конкретное лечебно-профилактическое учреждение, а заказчиком – СМО (Территориальный фонд ОМС с функциями страховщика).

Следует иметь в виду, что для занятия определенного рода деятельностью (это напрямую касается и медицинской деятельности) и физическим, и юридическим лицам – исполнителям необходимо иметь разрешение (лицензию). В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 54), Федеральным законом «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (ст. 2, 20), Типовыми правилами обязательного медицинского страхования граждан (утв. Федеральным фондом ОМС 3 октября 2003 г. № 3856/30-3/и) оказанием медицинской помощи в системе ОМС могут заниматься те лечебно-профилактические учреждения, которые имеют лицензию на осуществление ими определенных видов деятельности и услуг по программам ОМС.

Положение о лицензировании медицинской деятельности утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2002 г. № 499. Оно определило порядок и условия выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности.

В соответствии с ним лицензированию подлежит медицинская деятельность, осуществляемая юридическими лицами независимо от организационно-правовой формы, а также физическими лицами, осуществляющими предпринимательскую деятельность без образования юридического лица. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, лицензионными органами.

Лицензия является официальным документом, который разрешает осуществление указанного в нем вида медицинской деятельности в течение установленного срока и определяет обязательные для исполнения требования (условия) его осуществления.

Если лицензиат осуществляет несколько видов медицинской деятельности одновременно, в лицензии каждый вид медицинской деятельности указывается отдельно.

Перечень видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию, устанавливается Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.

Для получения лицензии заявитель согласно постановлению Правительства РФ от 4 июля 2002 г. № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» (с изм. и доп. от 3 октября 2002 г.) представляет в лицензионный орган следующие документы:

- 1) заявление о предоставлении лицензии с указанием:
 - а) наименования, организационно-правовой формы и местонахождения юридического лица, а также местонахождения его территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления лицензируемой деятельности, – для юридического лица;
 - б) фамилии, имени, отчества, места жительства, данных документа, удостоверяющего личность, а также места осуществления лицензируемой деятельности – для индивидуального предпринимателя;

- в) лицензируемой деятельности, которую юридическое лицо или индивидуальный предприниматель намерены осуществлять (с перечислением работ и услуг, которые будут выполняться лицензиатом);
- 2) копии учредительных документов и документа, подтверждающего факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц с указанием его кода по Общероссийскому классификатору предприятий и организаций;
 - 3) копию свидетельства о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве индивидуального предпринимателя;
 - 4) копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам выполняемых работ и предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность;
 - 5) копию свидетельства о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;
 - 6) документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;
 - 7) копии документов, подтверждающих соответствующую лицензионным требованиям и условиям квалификации индивидуального предпринимателя или работников юридического лица.

Документы, представленные для получения лицензии, принимаются по описи, копию которой с указанием даты их приема лицензирующий орган направляет (вручает) соискателю лицензии.

Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала. Требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных настоящим Положением, не допускается. До принятия решения о выдаче лицензии лицензионный орган рассматривает представленные с заявлением материалы с оценкой их полноты и достоверности, соответствия условий осуществления лицензируемого вида деятельности требованиям, установленным для него в нормативных документах.

Рассмотрение заявления о выдаче лицензии и выдача лицензии осуществляются на платной основе. Платежи взимаются в фиксированных размерах по отношению к установленному законом минимальному размеру оплаты труда:

- 1) за рассмотрение заявления о выдаче лицензии – в пределах одной десятой части установленного законом минимального размера оплаты труда;
- 2) за выдачу лицензии (или ее копии) – в пределах 3-кратного размера установленного законом минимального размера оплаты труда.

Плата за рассмотрение заявления и плата за выдачу лицензии поступает в доход бюджета, за счет средств которого содержится лицензионный орган. Бланки лицензий имеют степень защищенности на уровне ценной бумаги на предъявителя, а также учетную серию и номер и являются документами

строгой отчетности. Приобретение, учет и хранение бланков лицензий осуществляются лицензионным органом.

Лицензирующий орган принимает решение о предоставлении или отказе в предоставлении лицензии в течение 60 дней со дня получения заявления со всеми необходимыми документами.

В лицензии указываются:

- 1) наименование органа, выдавшего лицензию;
- 2) для юридических лиц – наименование и юридический адрес организации, получающей лицензию;
- 3) для физических лиц – фамилия, имя, отчество, паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан, место жительства);
- 4) вид деятельности, на осуществление которой выдается лицензия;
- 5) срок действия лицензии;
- 6) условия осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности (правила и нормы, в соответствии с которыми осуществляется медицинская деятельность, а также дополнительные условия, отражающие специфические особенности лицензируемого вида медицинской деятельности);
- 7) регистрационный номер лицензии и дата выдачи.

Срок действия лицензии на осуществление медицинской деятельности составляет 5 лет. Продление срока действия лицензии производится в порядке, установленном для ее получения. В случае утраты лицензии лицензиат имеет право на получение ее дубликата.

Передача лицензии другому юридическому или физическому лицу запрещается.

Лицензия выдается после представления заявителем документа, подтверждающего ее оплату.

В случае, если лицензируемый вид медицинской деятельности осуществляется на нескольких территориально обособленных объектах, лицензиату одновременно с лицензией выдаются ее заверенные копии с указанием местоположения каждого объекта. Копии лицензий регистрируются лицензионным органом.

При ликвидации юридического лица или прекращении действия свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве предпринимателя выданная лицензия теряет юридическую силу.

Лицензия подписывается руководителем (в случае его отсутствия – заместителем руководителя) лицензионного органа и заверяется печатью этого органа.

Лицензиат, осуществляющий деятельность на основании лицензии, предоставленной ему лицензирующим органом субъекта Российской Федерации, может осуществлять эту деятельность на территории иных субъектов Российской Федерации при условии предварительного уведомления им в установленном порядке соответствующих лицензирующих органов.

Контроль за соблюдением лицензиатом лицензионных требований и условий осуществляется на основании предписания лицензирующего органа, в котором определяются лицензиат, состав комиссии, осуществляющей проверку, и срок ее проведения. Продолжительность проверки не должна превышать 15 дней.

Плановая проверка проводится не чаще одного раза в 2 года.

Внеплановая проверка проводится для подтверждения устранения лицензиатом выявленных при проведении плановой проверки нарушений лицензионных требований и условий, а также в случае получения лицензирующим органом информации о наличии таких нарушений.

Лицензиат обязан обеспечивать условия для проведения проверки, в т. ч. предоставлять необходимую информацию и документы.

По результатам проверки оформляется акт с указанием конкретных нарушений, который подписывается всеми членами комиссии. Лицензиат (его представитель) должен быть ознакомлен с результатами проверки, и в акте должна быть сделана соответствующая запись о факте ознакомления. Если лицензиат не согласен с результатами проверки, он имеет право отразить в акте свое мнение. Если лицензиат отказывается ознакомиться с результатами проверки, члены комиссии фиксируют этот факт в акте и заверяют его своей подписью.

Лицензирующий орган обязан в 5-дневный срок со дня принятия решения о предоставлении, продлении срока действия, переоформлении, приостановлении и возобновлении действия или аннулировании лицензии уведомить о нем (в письменной форме) лицензиата, а также соответствующие органы налоговой службы и органы управления здравоохранением.

Лицензионный орган приостанавливает действие лицензии или аннулирует ее в случаях:

- 1) представления лицензиатом соответствующего заявления;
- 2) обнаружения недостоверных данных в документах, представленных для получения лицензии;
- 3) нарушения лицензиатом условий действия лицензии;
- 4) невыполнения лицензиатом предписаний или распоряжений государственных органов или приостановления ими деятельности юридического лица, а также физического лица, занимающегося предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) ликвидации юридического лица или прекращения действия свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве предпринимателя.

Приостановление действия лицензии может осуществляться также и другими органами, которые имеют на это право согласно законодательству Российской Федерации.

Контроль за соблюдением лицензиатом условий, предусмотренных лицензией, осуществляется лицензионным органом. Лицензионный орган ведет реестры выданных, зарегистрированных, приостановленных и аннулированных лицензий.

Решения и действия лицензионного органа могут быть обжалованы в установленном порядке в судебные органы. Руководители и должностные лица лицензионного органа несут ответственность за нарушение или ненадлежащее исполнение требований настоящего Положения и установленного порядка лицензионной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Особые требования, позволяющие осуществлять страховую деятельность, предъявляются к противоположной стороне договора на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи – СМО. СМО выступают как юридические лица, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Таким образом, для того чтобы заключенный между ЛПУ и СМО договор был признан действительным, обе стороны должны иметь права на осуществление соответствующих видов деятельности, в противном случае договор может быть признан судом недействительным на основании ст. 173 ГК РФ.

Выделяют следующие формы заключения сделки: устную и письменную (простую, нотариальную). В соответствии со ст. 161 ГК сделки юридических лиц между собой и с гражданами совершаются в простой письменной форме, за исключением сделок, требующих нотариального удостоверения. В письменной форме заключаются также сделки граждан между собой на сумму, превышающую не менее чем в десять раз установленный минимальный размер оплаты труда, а в случаях, предусмотренных законом, независимо от суммы сделки.

Несоблюдение простой письменной формы сделки лишает стороны права в случае спора ссылаться в подтверждение сделки и ее условий на свидетельские показания, но не лишает их права приводить письменные и другие (вещественные) доказательства. Однако это не влечет недействительность совершенной сделки.

Договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию должны заключаться сторонами в простой письменной форме. Данный договор не заверяется нотариально и не требует государственной регистрации.

Договорная форма отношений предполагает наличие у сторон обоюдных прав и обязанностей. В том случае, если одна из сторон не соблюдает права своего оппонента, не исполняет взятых на себя обязательств, у противоположной стороны возникает право привлечь правонарушителя к ответственности. Поэтому важно знать, на что сторона вправе рассчитывать, что она может потребовать, для того чтобы ее права реализовались в полном объеме.

Во-первых, заказчик имеет право требовать исполнения услуги надлежащего качества в оговоренные сроки. Этому праву корреспондирует обязанность исполнителя – осуществить предусмотренную договором деятельность. Причем исполнитель обязан оказать услугу лично, если договором не предусмотрено иное.

Во-вторых, исполнитель имеет право на своевременную оплату осуществленной деятельности, адекватную условиям договора.

В случае невозможности исполнения обязательства, возникшей по вине заказчика, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено договором.

В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, заказчик возмещает исполнителю фактически понесенные им расходы.

Понятие «невозможность исполнения» отличается по правовым последствиям от «одностороннего отказа» от исполнения.

В ст. 782 ГК указано, что заказчик вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

Исполнитель вправе отказаться лишь при условии полного возмещения заказчику убытков.

Под убытками (ст. 15 ГК) понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

Таким образом, при возмещении убытков, понесенных исполнителем (медучреждением), при отказе заказчика (пациента) от договора учитываться будет только реальный ущерб и не будет приниматься во внимание упущенная выгода. А исполнитель заказчику в такой же ситуации будет возмещать и упущенную выгоду.

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи – это соглашение между медицинским учреждением и СМО, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ ОМС, а СМО обязуется своевременно и в полном объеме оплачивать произведенные услуги.

Особенностью данного договора является то, что понятия «заказчик» услуги и ее «потребитель» не тождественны. СМО выполняет функцию посредника между производителем медицинской услуги и ее потребителем и заключает договор на оказание медицинской помощи в интересах потребителя. В гражданском праве такой договор характеризуется как договор в пользу третьего лица. Определение данного вида договора дается в ст. 430 ГК: «Договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны

установили, что должник обязан произвести исполнение не кредитору, а указанному или не указанному в договоре третьему лицу, имеющему право требовать от должника исполнение обязательства в свою пользу».

По договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию страховщик (кредитор) поручает, а медицинское учреждение (должник) берет на себя обязательство оказывать гражданам лечебно-профилактическую помощь в соответствии с территориальной программой ОМС и разрешенными ему видами деятельности.

Круг граждан, которые могут обратиться в конкретное лечебное учреждение по поводу оказания медицинской помощи, ограничен теми лицами, которым страховщик, заключивший договор с данным учреждением, выдал страховой полис или иное направление.

Таким образом, по договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) определенные права возникают не только у непосредственных участников договора, но и у третьих лиц – пациентов, чьи интересы данный договор защищает.

Застрахованный пациент вправе требовать от медицинского учреждения оказания ему лечебно-профилактической помощи такого вида, объема и качества, которые установлены согласованным сторонами перечнем в соответствии с территориальной программой ОМС. От второго участника договора – страховщика – пациент вправе потребовать реализации следующих условий:

- 1) обеспечить надлежащий контроль за соответствием объема и качества оказываемой учреждением лечебно-профилактической помощи условиям договора;
- 2) осуществить перевод в другое медицинское учреждение или пригласить соответствующего специалиста в случае невозможности оказания лечебно-профилактической помощи, соответствующей условиям договора, силами данного учреждения;
- 3) оказать помощь во взыскании с виновного медицинского учреждения причиненного застрахованному ущерба.

Обязательства, принятые сторонами, должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов (ст. 309 ГК РФ).

В тех случаях, когда обязательство не исполнено или исполнено ненадлежащим образом, говорят о нарушении обязательств. В целях предотвращения правонарушений законодатель предусмотрел способы обеспечения исполнения обязательств (ст. 329 ГК РФ), а для устранения их последствий установил ответственность за нарушение обязательств в виде санкции за совершенное правонарушение.

Основной формой ответственности, имеющей общее значение и применяющейся во всех случаях нарушения гражданских прав, если иное не предусматривается договором или законом, является возмещение убытков.

Возмещение убытков направлено на восстановление имущественной сферы потерпевшего за счет имущества правонарушителя. Возмещая убытки, правонарушитель тем самым возвращает имущественное положение потерпевшего в то состояние, в котором оно находилось до совершенного против него правонарушения. Производится это за счет имущества правонарушителя. Поэтому возмещение убытков всегда носит компенсационный характер.

Не менее распространенной формой гражданско-правовой ответственности является уплата неустойки. Неустойкой (штрафом, пеней) признается определенная договором денежная сумма, которую правонарушитель обязан уплатить потерпевшему в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства (пени взыскиваются со страховщика в случае несвоевременной оплаты медицинских услуг, штрафы уплачиваются медицинским учреждением в случае предоставления застрахованным медицинских услуг ненадлежащего объема и качества).

К договору о возмездном оказании услуги могут применяться положения о договоре подряда в том случае, если они не противоречат специальным нормам гл. 39 ГК. Несмотря на возможность применения одних и тех же правовых норм, эти договоры не тождественны. В соответствии с положениями ст. 702 ГК по договору подряда одна сторона (подрядчик) обязуется выполнить по заданию другой стороны (заказчика) определенную работу и сдать ее результат заказчику, а заказчик обязуется принять результат работы и оплатить его. Явным отличием договора подряда от договора оказания услуг является то, что результат работы по договору оказания услуг не овеществлен, а результатом работы по договору подряда служит вещь. При оказании медицинской услуги осуществление деятельности может иметь материальный результат (стоматология), а может и не иметь его (терапия).

Ранее мы уже отмечали, что одной из особенностей медицинской услуги является ее неосвязаемость. Определяющим признаком медицинской услуги все-таки является совершение соответствующих профессиональных действий. В некоторых случаях медицинская услуга может привести к материализованному результату, например при изготовлении и установке зубного протеза, сердечного стимулятора. Однако достижение такого овеществленного результата неразрывно связано с проведением различного рода медицинских обследований, лечения и составляет с ними определенное единство. Поэтому вряд ли было бы обоснованным относить подобного рода медицинские услуги к чисто подрядным отношениям. Однако положения договора подряда могут применяться к тем медицинским услугам, которые имеют своим итогом овеществленный результат, но это обязательно должно быть отражено в договоре.

Часто договор на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи по ОМС необоснованно отождествляют с договором поручения, по которому якобы СМО поручает ЛПУ оказывать

медицинскую помощь застрахованным гражданам. В соответствии со ст. 971 ГК по договору поручения одна сторона (поверенный) обязуется совершить от имени и за счет другой стороны (доверителя) определенные юридические действия. Права и обязанности по сделке возникают непосредственно у доверителя. Медицинское учреждение по договору со СМО совершает, во-первых, не юридические действия, во-вторых, оно действует не от имени СМО, а от своего имени, следствием чего является возникновение прав и обязанностей непосредственно у самого медицинского учреждения.

Ответственность за нарушение обязательств по договору на предоставление амбулаторно-поликлинической (стационарной) помощи по ОМС при ее оказании возникает также у медицинского учреждения.

Раздел 3. Страхование профессиональной ответственности

Тема 6. Медицинское страхование в России: становление, организация и законодательное обеспечение.

Увеличение количества предоставляемых государственными и муниципальными медицинскими учреждениями платных услуг выявило целый ряд проблем, связанных с порядком оказания подобного рода услуг. Вызвано это недостаточной разработанностью нормативной базы, проявляющейся в основном в отсутствии четкого механизма регулирования порядка оказания платных медицинских услуг, закрепленного в ведомственных нормативных актах (приказах, инструкциях и т. д.).

Основополагающий Приказ Минздравмедпрома РФ от 23 марта 1996 г. № 109 «О Правилах предоставления платных медицинских услуг населению», регулирующий порядок оказания платных услуг, лишь продублировал постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», не внося ничего нового. Указанные Правила не охватывают всех вопросов, возникающих при оказании платных услуг.

Не восполняют этих пробелов и другие немногочисленные приказы Минздрава РФ, затрагивающие вопросы оказания платных услуг (например, Приказ от 6 августа 1996 № 312 «Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования» и др.). Такое положение связано с отсутствием четкой методологической проработки проблемы оказания платных медицинских услуг по правовым, организационным, экономическим аспектам, бухгалтерскому учету и т. д.

Характер деятельности медицинских учреждений по предоставлению платных услуг. Данную деятельность нередко относят то к предпринимательской, то к коммерческой, то к хозрасчетной, хотя в Письме Госналогслужбы РФ от 10 октября 1995 г. № 01-1-07 четко сказано, что оказание платных услуг является предпринимательской деятельностью

бюджетных учреждений. Это же положение зафиксировано в Письме Минздравмедпрома РФ от 1 ноября 1995 г. № 2510/2854-95-20.

Определение предпринимательской деятельности содержится в ст. 2 ГК РФ, которая определяет, что «предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке». Под лицами в данном случае понимаются как физические, так и юридические лица.

Что же касается термина «коммерческая деятельность», то в ГК РФ характеризуется не деятельностью, а форма юридических лиц (коммерческие и некоммерческие организации). Поэтому юридически некорректным будет называть предоставление платных медицинских услуг коммерческой деятельностью.

Термин «хозрасчетная деятельность» часто пытаются использовать в качестве альтернативы понятию «предпринимательская деятельность», имея в виду, что оказание платных услуг медицинскими учреждениями не во всех случаях преследует цель получения прибыли и далеко не всегда является систематическим. Поэтому имеют место попытки ввести в гражданское законодательство понятие «хозрасчетной деятельности», не связанной напрямую с получением прибыли и не облагаемой налогами. Действительно, можно согласиться с тем, что термин «предпринимательская деятельность» не совсем точно отражает суть оказания платных услуг в здравоохранении. Тем не менее необходимо отметить, что в нынешнем гражданском законодательстве термин «хозрасчетная деятельность» вообще не упоминается. Он характеризует экономические отношения, основанные на самокупаемости, и лишь в этом качестве имеет право на использование.

Статья 120 ГК РФ гласит: «Учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично». Таким образом, медицинские учреждения относятся к некоммерческим организациям, не считающим извлечение прибыли основной целью своей деятельности и не распределяющим полученную прибыль между участниками, т. е. учредителями (ст. 50 ГК РФ).

Как же тогда это увязывается с предпринимательской деятельностью медицинских учреждений? Ответ на этот вопрос дает та же ст. 50 ГК РФ: «Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям».

Деятельность некоммерческих организаций, к которым относятся медицинские учреждения, регулируется также Федеральным законом от

12.01.1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (с изменениями от 26 ноября 1998 г., 8 июля 1999 г., 21 марта, 28 декабря 2002 г., 23 декабря 2003 г.).

Любое ли медицинское учреждение имеет право оказывать платные услуги? Да, но при соблюдении определенных условий.

1. Право на занятие предпринимательской деятельностью, к которой относится оказание платных услуг, должно быть зафиксировано в уставе медицинского учреждения. Статья 52 ГК РФ указывает, что в учредительных документах некоммерческих организаций (к числу которых относится устав) должны быть определены предмет и цели деятельности юридического лица. Поэтому предоставленное в соответствии с ГК РФ право некоммерческим организациям заниматься предпринимательской деятельностью не может быть реализовано автоматически, без соответствующего закрепления в уставе.

2. Платные услуги должны оказываться в предусмотренном нормативными актами порядке, важнейшие из них отражены в указанных выше Правилах предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

Однако Правила не дают ответов на многие вопросы. Так, одной из важнейших проблем организации оказания платных медицинских услуг является сфера применения платных услуг, те виды и объемы медицинской помощи, которые могут оказываться на платной основе. В Правилах речь идет о медицинских услугах, дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, и ничего не говорится о том, каковы критерии определения гарантированного объема, какими документами они регламентируются и т. д.

Рассмотрим основные принципы определения видов медицинской помощи, которые могут оказываться на платной основе.

1. За плату могут предоставляться виды медицинской помощи, которые не являются обязательными для оказания на бесплатной для населения основе. Права граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения отражены в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 20, 38–42). Исходя из содержания указанных статей и в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (утв. постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. № 1096) можно сделать вывод, что на платной основе могут оказываться виды медицинской помощи, которые отсутствуют в территориальной программе ОМС и не относятся к скорой медицинской помощи, к лечению социально значимых заболеваний, а также заболеваний, представляющих опасность для окружающих, не входят в целевые программы и перечни дорогостоящей специализированной медицинской помощи, финансируемой за счет средств государства.

Следует обратить внимание, что с точки зрения особенностей финансирования оказания медицинской помощи (платно или бесплатно для населения) законодательно не выделяется такого понятия, как «нетрадиционные виды медицинской помощи». Статья 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гласит: «В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке». В связи с этим, строго говоря, не совсем корректным является распространенное мнение о том, что на платной основе оказываются нетрадиционные виды медицинской помощи. Например, к нетрадиционным методам лечения обычно относят мануальную терапию. Однако существует Центр мануальной терапии Минздрава России, финансируемый из федерального бюджета, предусматривается организовать сеть кабинетов мануальной терапии (Приказ Минздрава РФ от 10 февраля 1998 г. № 39), и, следовательно, в рамках финансирования за счет средств бюджетов различных уровней или ОМС использование методов мануальной терапии для лечения больных должно осуществляться бесплатно. Поэтому право оказания учреждениями здравоохранения платной медицинской помощи по нетрадиционным видам поглощается более широким понятием, приведенным выше.

2. За плату может предоставляться медицинская помощь лицам, не имеющим права на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой ОМС, целевыми программами и т. п. (например, иностранцам при отсутствии соответствующих межгосударственных соглашений).

Дело в том, что территориальная программа ОМС, целевые программы предусматривают не только виды медицинской помощи, но и условия их предоставления, а также контингенты населения, на которые распространяется их действие.

3. За плату может предоставляться медицинская помощь по тем видам услуг, которые не входят в перечень предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (утв. постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. № 1096). Если технология лечения не предусматривает применения тех или иных методов диагностики или лечения (например, массажа, суточного мониторинга и т. д.), то они могут быть выполнены по желанию пациента на платной основе.

4. За плату может предоставляться медицинская помощь по видам специализированной помощи, которые не являются обязательными для данного медицинского учреждения с учетом его специализации, иерархического уровня и т. д. (например, лапароскопические операции, баротерапия, методы экстракорпоральной детоксикации и т. д., выполняемые на уровне участковой больницы).

Критериями, на основании которых определяется уровень медицинской помощи, не обязательной для данного ЛПУ, выступают устав, в котором зафиксированы основные виды деятельности учреждения, а также соответствующие приказы Минздрава. Так, Приказом от 31 мая 1996 г. № 222 утвержден Рекомендуемый примерный перечень минимального объема эндоскопических исследований для лечебно-профилактических учреждений, в котором приведен список исследований применительно к различным медицинским учреждениям. Аналогичный перечень имеется для функциональных исследований (Приказ от 30.11.1993 г. № 283) и по ряду других служб.

Можно воспользоваться и штатными нормативами, в которых по видам учреждений приведены нормативы по должностям врачей (врачебным специальностям), и т. д.

5. За плату может предоставляться медицинская помощь при анонимном лечении (за исключением обследования на СПИД).

Поскольку при обращении в медицинское учреждение гражданин обязан представить удостоверяющие его личность документы, а запись о лечении должна вноситься в заведенные ранее на имя пациента документы (амбулаторную карту и т. д.), то при нежелании пациента выполнять предусмотренные требования по идентификации личности медицинское учреждение вправе предложить оказание медицинской помощи за плату.

6. За плату может предоставляться медицинская помощь при создании улучшенных условий обслуживания, не связанных напрямую с лечебными мероприятиями. К ним относятся оказание помощи на дому (кроме случаев, когда пациент по состоянию здоровья и характеру заболевания не в состоянии посещать медицинское учреждение или когда помощь на дому предоставляется в рамках организации стационаров на дому), повышенная сервисность, дополнительное питание и т. д. Следует обратить внимание на то, что при оказании платных услуг на основании улучшенных условий обслуживания пациентам должна быть обеспечена возможность получения по этим видам услуг также и бесплатной медицинской помощи. Другими словами, улучшенные условия обслуживания должны предоставляться дополнительно, а не взамен обычного порядка оказания помощи. Более того, согласно ст. 16 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» запрещается обуславливать приобретение одних видов услуг приобретением иных услуг либо без согласия потребителя предоставлять дополнительные услуги, оказываемые за плату.

7. За плату может осуществляться оказание медицинских услуг вместо традиционно предусмотренных альтернативными методами, обладающими дополнительными потребительскими свойствами, но не обеспеченными финансированием в рамках программы ОМС или из бюджета (например, использование сложных методики лечения традиционных заболеваний, требующих дополнительных затрат, – лапароскопических методов и т. д.). Сюда же можно отнести продление пребывания в стационаре по желанию

пациента после завершения курса лечения вместо предполагаемого завершения лечения в амбулаторных условиях.

8. За плату может осуществляться оказание плановой медицинской помощи вне общей очереди.

Однако следует заметить, что правомерность этого критерия определяется двумя основными требованиями:

1) предоставление медицинской помощи вне очереди не должно существенно влиять на сроки и условия получения бесплатной медицинской помощи другими пациентами. Оптимальным в этом случае является оказание платных услуг в отдельных платных кабинетах или вне основного рабочего времени;

2) недопустимо искусственное создание очередей с целью вынуждения пациентов обращаться за платной помощью.

9. На платной основе по желанию пациента может осуществляться оказание медицинской помощи, предоставляемой бесплатно (обычно это связано с улучшенной сервисностью при оказании платных услуг, лучшим обеспечением медикаментами и т. д.).

10. За плату могут оказываться виды медицинской помощи, не обеспеченные финансированием.

В основе этого принципа лежит разделение ответственности, т. к. ответственным за оказание медицинской помощи является медицинское учреждение, а ответственным за обеспечение бесплатности – финансирующий орган: собственник учреждения, фонды ОМС и т. д. Однако на практике реализовать этот принцип не так просто, поскольку нельзя просто прекратить оказание медицинской помощи, сославшись на отсутствие финансирования. Для этого необходимо получить официальное разрешение оказывать те или иные виды услуг на платной основе вследствие отсутствия финансирования либо закрепить подобное право в уставе медицинского учреждения. Например, в уставе учреждения записано, что в случае, если финансирование не обеспечивает выполнения учреждением своих задач, то оно вправе сократить объемы бесплатно оказываемой медицинской помощи в рамках ОМС и вводить полную или частичную платность отдельных видов медицинской помощи. В уставе также предусмотрено, что аналогичные меры в отношении услуг, финансируемых из местного бюджета, могут приниматься по согласованию с администрацией муниципального образования.

11. За плату учреждениями здравоохранения могут оказываться услуги, лишь косвенно связанные с медицинской помощью (ритуальные услуги, пребывание в стационарах с целью обеспечения ухода, доставка лекарств на дом, транспортные услуги, прокат изделий медицинского назначения, выдача справок и дубликатов по запросам граждан в случаях, когда законом не предусмотрен обязательный характер выдачи справок и т. д.).

Необходимо особо отметить, что исключение во всех перечисленных выше случаях составляет оказание экстренной помощи – она должна предоставляться бесплатно.

Следует сказать несколько слов о перечне видов оказываемых платных услуг, т. е. таких видах медицинских и иных услуг, которые могут оказываться учреждением на платной основе при реализации двух основных моментов:

- 1) медицинское учреждение имеет право оказывать эти виды услуг в соответствии с лицензией;
- 2) в медицинском учреждении имеются основания для оказания этих видов услуг на платной основе.

Итак, нужно четко различать и разделять:

- 1) условия, при которых медицинская помощь может оказываться на платной основе, – это основания для организации предоставления платных услуг;
- 2) конкретные виды медицинской помощи, которые оказываются на платной основе, – это перечень платных услуг, разрешенных для оказания данным учреждением или его подразделениями, но сам по себе не являющийся основанием оказания данных видов услуг на платной основе.

Время оказания платных услуг. Одно из важнейших требований, которые предъявляют органы управления, таково: оказание платных услуг должно осуществляться во внерабочее время. Это требование логично и понятно, т. к. в противном случае работник за одно и то же отработанное время будет получать оплату из двух источников, т. е. часть его работы будет оплачиваться вдвойне.

В идеале должны быть организованы хозрасчетные подразделения: выделены отдельные помещения с отдельным закрепленным оборудованием, штатами, приборами, определяющими расход электроэнергии, воды и т. д. Однако не везде это возможно из-за отсутствия помещений, возможности дублировать оборудование, в связи с достаточным спросом на платные услуги и т. д.

Другой вариант, который не вызывает больших проблем – оказание платных услуг в определенные часы вне основного рабочего времени. В ряде случаев это возможно (стоматологические услуги и т. д.), но опять это удастся сделать не всегда (во многом по тем же причинам). Но есть и другие причины, осложняющие оказание платных услуг во внерабочее время. Во-первых, одно из главных оснований для оказания платных услуг – оказание медицинской помощи вне очереди, т. е. желательно сразу по обращению. Пациентов, готовых заплатить за срочность, не направишь на послеобеденный платный прием – им проще дождаться своей очереди и получить помощь бесплатно. Во-вторых, можно потерять клиентов, не имеющих права на бесплатную помощь – они направятся в другое медицинское учреждение. В-третьих, существует также оказание частично оплачиваемых пациентом услуг: повышенная сервисность, дополнительное

питание, оказание в процессе лечения по желанию пациента ряда услуг, по которым нет прямых показаний (например, выполнение наряду с массажем спины дополнительно оздоровительного массажа ног и т. д.).

Поэтому, хотим мы того или нет, но платные услуги будут оказываться в основное рабочее время. Это понимают все: и руководители медицинских учреждений, и органы управления здравоохранением. Но зачастую медицинские учреждения делают вид, что не оказывают платных услуг в рабочее время, а органы управления – что не замечают нарушений со стороны медицинских учреждений. Конечно, это не решение вопроса.

Но если посмотреть на суть проблемы, то главное заключается не в том, чтобы платные услуги не оказывались в основное рабочее время. Дело в другом: не должно быть двойной оплаты за одну и ту же работу; оказание платных услуг не должно приводить к ухудшению возможности оказания помощи по видам, финансируемым из бюджета или средств ОМС, т. е. не должны страдать те, кто имеет право на получение бесплатной медицинской помощи.

Исходя из этого можно выделить три группы платных услуг, основываясь на условиях их оказания.

1. Платные услуги, которые должны выполняться строго во внерабочее время.

Необходимость выделения данной группы объясняется тем, что их выполнение в рабочее время неизбежно привело бы к двойной оплате работников и уменьшению возможности оказания бесплатной помощи. К платным услугам, которые должны выполняться строго во внерабочее время, могут относиться виды платных услуг, требующих длительного времени, а также те, сроки оказания которых можно запланировать заранее: плановые операции; оказание платных услуг на дому; платные услуги, оказываемые по предварительной записи по телефону; работа врача по другой специальности (невропатолога – мануальным терапевтом или иглорефлексотерапевтом и т. д.).

2. Платные услуги, которые могут оказываться в основное рабочее время, но требуют специальных мер в целях недопущения двойной оплаты или уменьшения объемов бесплатно предоставляемых услуг.

Укажем некоторые из таких мер. Например, можно установить следующий порядок:

1) продлить время основной работы на время оказания платных услуг. Так, исходя из фактического или нормативного времени на платный прием и количество платных больных можно удлинить время работы специалиста (в частности, при наличии 4-х платных приемов, норматив на которые равен 15 мин, удлинить время работы врача на 1 ч);

2) уменьшить оплату по основной должности, если принятая система оплаты труда позволяет это;

3) не производить оплату работнику за оказание платных услуг, а премировать по итогам месяца, квартала и прочего за счет средств от оказания платных услуг;

4) требовать обеспечения планового объема бесплатных приемов при наличии очереди либо приема всех лиц, получивших в регистратуре талоны (номерки);

5) чередовать платные и бесплатные услуги (например, оказывать платные услуги через 2–3 бесплатные);

6) при наличии большого объема платных услуг (например, свыше 25 % от общего числа) решать вопрос о выделении специальных часов платных приемов или организации платного (хозрасчетного) кабинета.

3. Платные услуги, которые могут оказываться работниками в свое основное рабочее время без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи.

В случае, если условия работы позволяют за счет интенсификации труда совмещать оказание платных и бесплатных услуг, можно официально разрешить оказывать платные услуги в рабочее время. Речь в первую очередь идет о следующих ситуациях:

1) если условия труда позволяют без ущерба для основной работы оказывать платные услуги. Например, постовая медсестра кроме 20 или 30 копеек может дополнительно обслуживать 2–3 больных, находящихся в палатах повышенной сервисности (ведь платят же им за расширение зон обслуживания, увеличение объема работ, когда они вместо 1-го поста обслуживают 1,5 или 2 поста, и особых проблем не возникает);

2) если финансируемые за счет бюджета или ОМС работы должны быть выполнены в любом случае и при этом время не является главным критерием. Например, врач-диетолог, диетсестра, повара обязаны обеспечить 3-разовое питание, но, кроме этого, могут в свое рабочее время или за счет его увеличения организовать приготовление дополнительных блюд по заказам пациентов, делать выпечку для продажи и т. д.;

3) если объем работы по должностям жестко не регламентирован и зависит от количества пациентов, вызовов и т. д., но должен быть выполнен полностью. Возможность оказания платных услуг в рабочее время в данном случае определяется наличием периодов ожидания – времени, когда из-за отсутствия пациентов объема работы нет. Так, медрегистратор, медсестра смотровой, медсестра кабинета доврачебного осмотра, медсестра архива и другие в периоды ожиданий могут заниматься выдачей платных справок, оказанием других видов платных услуг, таких как измерение давления, взвешивание и т. д.

К важнейшим вопросам организации предоставления платных услуг относится порядок установления цен (тарифов) на платные услуги. Этот вопрос является, пожалуй, наиболее спорным. Неслучайно на различных территориях встречается большое разнообразие в подходах к этой проблеме:

- 1) цены (тарифы) на платные услуги медицинские учреждения устанавливают самостоятельно;
- 2) цены (тарифы) утверждают местные органы власти;
- 3) цены (тарифы) утверждают органы субъектов Российской Федерации (областного и приравненного к ним уровня).

В итоге медицинские учреждения зачастую оказываются бесправными в установлении приемлемого для них уровня цен (тарифов) на платные услуги.

Каков же должен быть порядок утверждения цен (тарифов) на платные услуги? Необходимо отметить, что имеется достаточно четкая правовая основа, позволяющая решить эту проблему. Прежде всего это постановление Правительства РФ от 07.03.1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» (с изм. и доп. от 8 февраля, 15 апреля, 31 июля 1996 г., 30 июня 1997 г., 30 июля, 28 декабря 1998 г., 6 февраля, 7 мая, 16 июня, 20 августа 2001 г., 2 апреля 2002 г.). В соответствии с этим постановлением предписывается не применять государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, осуществляемое путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции производственно-технического назначения, товаров народного потребления и услуг, кроме предусмотренных в этом постановлении. Среди видов продукции и услуг, имеющих отношение к здравоохранению, в этом постановлении указаны лишь протезно-ортопедические изделия, торговые надбавки к ценам на лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Поскольку платные медицинские услуги не включены в перечни, утвержденные указанным постановлением, то государственное регулирование их уровня не допускается.

Фактически это означает, что медицинские учреждения вправе самостоятельно решать вопрос об утверждении цен (тарифов) на оказываемые платные медицинские услуги. И это действительно так, если только не забывать, что деятельность медицинского учреждения определяется не только действиями его руководителя (главного врача, директора и т. д.), но и учредителя. Как известно, учредителями государственных и муниципальных учреждений здравоохранения являются органы власти соответствующего уровня. Следовательно, на правах учредителя органы власти могут прибегать к регулированию цен (тарифов). Это, в частности, нашло отражение в ст. 31 Федерального закона от 28 сентября 1995 г. № 154-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (с изм. и доп. от 22 апреля, 26 ноября 1996 г., 17 марта 1997 г., 4 августа 2000 г., 21 марта 2002 г., 7 июля, 8 декабря 2003 г.), где сказано, что органы местного самоуправления

регулируют цены и тарифы на продукцию (и услуги) учреждений, находящихся в муниципальной собственности. Необходимо отметить, что органы власти вправе делегировать решение вопросов о регулировании цен (тарифов) своим структурным подразделениям – отделам (комитетам и т. д.) по ценообразованию или аналогичным органам, а также органам управления здравоохранением.

Конечно, деятельность указанных органов (нередко выходящая за пределы их компетенции) способна значительно осложнить ситуацию. Однако и в этом случае положение не безнадежное. Грамотный юридический подход зачастую позволяет достаточно легко исправить ситуацию. Так, если в уставе медицинского учреждения, учредителем которого является соответствующий орган власти, закреплено право учреждения самостоятельно решать вопросы ценообразования на платные медицинские услуги, то это означает, что орган власти как учредитель делегировал медицинскому учреждению свои права в этой области. Естественно, что при разработке устава медицинского учреждения необходимо учитывать этот момент.

Что же касается претензий на регулирование тарифов на платные услуги со стороны органов управления здравоохранением, то необходимо отметить, что их статус как органа управления не означает автоматического предоставления им права регулировать цены (тарифы) на платные услуги – это право должно быть закреплено в Положении о комитете (управлении, отделе и т. д.) по здравоохранению или аналогичном документе. Поэтому порой достаточно заглянуть в Положение об областном (городском, районном и т. д.) комитете здравоохранения, чтобы убедиться в неправомерности их притязаний на регулирование тарифов на платные услуги.

Одной из сложнейших проблем является отдельный учет финансовых средств, получаемых от оказания платных услуг. Недопустимо смешивать финансирование, получаемое через бюджет или ОМС, с доходами от оказания платных услуг. Безусловно, отдельно должен вестись бухгалтерский и статистический учет. Однако зачастую возникают ситуации, осложняющие проблему.

При оказании платных услуг часто предъявляется требование, чтобы затраты на оказание платных услуг не покрывались за счет средств ОМС или бюджета, что предполагает самокупаемость оказания платных услуг. Это оправданно, когда речь идет о том, чтобы средства, предназначенные на возмещение материальных затрат при оказании платных услуг, не направлялись на оплату труда, а восстановление самих материальных затрат не осуществлялось за счет других источников (бюджета или средств ОМС). Другое дело, если это касается предоставления льгот по платным услугам ряду контингентов населения (инвалидам, участникам войны и т. д.) по видам услуг, на которые не распространяются гарантии бесплатной медицинской помощи. В этом случае за счет бюджета действительно могут

возмещаться затраты на оказание платных услуг, компенсирующие снижение доходов от платных услуг в результате того, что для части населения они оказываются бесплатно или по ценам ниже себестоимости. Такое положение предполагает либо непосредственное выделение бюджетного финансирования на указанные цели (на что в нынешних условиях надеяться не приходится), либо частичное (на сумму льгот) возмещение затрат за счет доходов от оказанных платных услуг. Частичному возмещению в первую очередь подлежат материальные затраты, поскольку оплата труда работникам, оказывающим платные услуги, должна быть произведена полностью.

Из этого следует вывод, что вопрос о предоставлении льгот по платным услугам, оказываемым муниципальными медицинскими учреждениями, должен решаться местными администрациями (поскольку основным источником льгот является местный бюджет) либо что медицинское учреждение, устанавливая льготы самостоятельно, должно возмещать затраты на предоставление льгот за счет собственных средств.

Необходимо отметить, что наименьшие сложности с решением проблемы возмещения затрат при предоставлении льгот возникают в том случае, когда льгота по платным услугам не превышает заложенной в цене прибыли, т. е. когда льготная цена не ниже себестоимости. Поэтому желательно по возможности ориентироваться на этот уровень льготных цен (тарифов).

Органы управления часто требуют, чтобы средства от полученных платных услуг возмещали недостаток бюджетного финансирования и средств ОМС. Хотя это требование далеко не безупречно (опять возникает проблема смещения доходов от оказания платных услуг со средствами бюджета или ОМС), на практике оно вполне реализуемо. Так, приобретенное за счет доходов от платных услуг оборудование может использоваться и для оказания бесплатной медицинской помощи. Однако следует иметь в виду, что использоваться на подобные цели может только прибыль, полученная от платных услуг, а остальная часть доходов должна направляться на возмещение затрат по оказанию самих платных услуг.

Считается почти аксиомой, что платные услуги не должны оказываться по цене ниже себестоимости. Однако это не так. Исключением являются не только случаи предоставления льгот, о чем было сказано выше, но и смешанное или частичное финансирование оказания ряда услуг из различных источников. Например, медицинское учреждение оказывало какие-то услуги, не входящие в перечень услуг, обязательных для данного медицинского учреждения (например, по гипербарической оксигенации – баротерапии), за счет бюджета, но в связи с недостаточным финансированием вынуждено ввести частичную оплату, компенсирующую недостаток средств. Естественно, что эта цена не будет покрывать всех затрат. Можно ли будет обвинять медицинское учреждение в том, что оно часть затрат на оказание платных услуг возмещает за счет бюджета? Безусловно, нет. Здесь по сути дела не за счет бюджета возмещаются

затраты на оказание платных услуг, а наоборот – за счет оказания платных услуг возмещается часть затрат на оказание услуг, не полностью финансируемых из бюджета. Частичная платность оказываемых услуг может иметь место и тогда, когда вместо или сверх предусмотренных по стандартам используются более совершенные (и, соответственно, более дорогие) технологии, более эффективные медикаменты и т. д. Здесь к финансированию из бюджета или фондов ОМС добавляется частичное финансирование за счет оказания платных услуг.

Проиллюстрируем на конкретном примере сочетание финансирования за счет фондов обязательного медицинского страхования и личных средств граждан. В некоторых регионах РФ практически вся стоматологическая помощь оказывается в рамках ОМС, т. е. бесплатно для населения. Однако стоимость услуг предполагает установку пломб только из отечественных пломбирочных материалов, относящихся к устаревшему поколению. Если же больной желает установить импортную пломбу (композиты, светоотверждающие материалы и т. д.), то он вынужден обращаться за оказанием платных услуг, в стоимость которых входит не только плата за импортный пломбирочный материал, но и оплата труда медицинских работников, отопления, освещения помещений, амортизации и т. д. То есть предстоит сделать выбор: либо отечественный пломбирочный материал и все бесплатно, либо импортный материал и за все надо платить, хотя вся разница заключается только в соотношении стоимости материалов и дополнительных затратах труда, обусловленных особенностями новых технологий. В этом случае целесообразно принять решение о том, чтобы страховые компании на прежнем уровне оплачивали лечение больных, которые хотят поставить импортные пломбы, а превышение стоимости материалов оплачивали сами больные. От этого выиграют все: и население, которое сможет получать качественную помощь по более низкой цене, чем прежде, и медицинские работники, получившие возможность совершенствовать свою квалификацию и иметь дополнительный заработок.

Понятие договора на оказание платных медицинских услуг

В п. 11 Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденных постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27, записано: «Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон».

Что же представляют собой договоры на оказание платных услуг и какими должны быть содержащиеся в них положения?

Прежде всего отметим, что предпринимательская деятельность государственных и муниципальных медицинских учреждений в форме предоставления платных медицинских услуг населению сопровождается возникновением сложных гражданско-правовых отношений, регулируемых различными законами и иными правовыми актами. Но в первую очередь эти

отношения регулируются договорами между медицинскими учреждениями и пациентами.

Вместе с тем сами договоры об оказании платных медицинских услуг населению (порядок и форма их заключения, элементы содержательной части) являются предметом законодательного регулирования. Договор должен соответствовать обязательным для сторон правилам, установленным законом или иными правовыми актами.

В гражданском законодательстве выделяются различные виды договоров. Договор на оказание платной медицинской помощи относится к договору возмездного оказания услуг, по которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги (ст. 779 ГК РФ). При этом следует иметь в виду, что в общем случае правовое регулирование договора возмездного оказания услуг осуществляется в соответствии со статьями ГК РФ, относящимися к подряду (ст. 702–729 ГК РФ) и бытовому подряду (ст. 730–739 ГК РФ).

К еще одной характеристике договора на оказание платных медицинских услуг относится то, что в качестве договора бытового подряда он является т. н. публичным договором (ст. 730 ГК РФ). Публичным договором признается договор, заключенный организацией, занимающейся предпринимательской деятельностью по выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится. Отказ медицинского учреждения от заключения договора на оказание платной медицинской помощи при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие услуги или оказание предпочтений одним лицам перед другими, за исключением случаев, предусмотренных законами и иными правовыми актами, не допускаются (ст. 426 ГК РФ) и могут быть обжалованы в суде (ст. 445 ГК РФ).

Форма заключения договоров

Один из самых злободневных для медицинских учреждений вопросов, возникающих при оказании платных медицинских услуг населению, – форма заключения договоров.

Как известно, договоры (сделки) могут заключаться в устной или письменной форме (ст. 158 ГК РФ).

Сделка в письменной форме должна быть совершена путем составления документа, выражающего ее содержание и подписанного лицами, совершившим сделку (ст. 160 ГК РФ).

Статья 161 ГК РФ гласит, что сделки юридических лиц между собой и с гражданами должны совершаться в простой письменной форме. Формально это означает, что медицинское учреждение при оказании платных услуг должно с каждым пациентом заключать индивидуальный письменный договор. Действительно ли это так? Обязательно ли даже для оказания таких незначительных услуг, как выдача платной справки или выполнение

рентгеновского снимка зуба, заключать с пациентами письменные договоры? Здравый смысл говорит об абсурдности использования письменной формы договора в подобных случаях. А что по этому поводу сказано в законодательстве?

Прямого ответа мы не найдем, поскольку в законах не расписаны конкретные ситуации. Однако грамотное использование законодательства позволяет заключить договор в письменной форме без составления письменного документа. Гражданский кодекс определяет следующий порядок заключения договоров: договор заключается посредством направления предложения заключить договор (оферты) одной из сторон и принятия предложения (акцепта) другой стороной (ст. 432 ГК РФ).

Предложением заключить договор (офертой) признается адресованное одному или нескольким конкретным лицам предложение, которое достаточно определенно выражает намерение лица, сделавшего предложение, считать себя заключившим договор с адресатом, которым будет принято предложение. Такое предложение (оферта) должно содержать существенные условия договора (ст. 435 ГК РФ). К существенным относятся условия о предмете договора, условия, которые названы в законе или иных правовых актах как существенные или необходимые для договоров данного вида, а также все те условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение (ст. 432 ГК РФ).

Перечень существенных условий, касающихся договоров на оказание платных медицинских услуг, приведен в вышеупомянутом постановлении Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27. Ими являются условия и сроки получения медицинской помощи, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Для нас большой интерес представляет такое понятие, как «публичная оферта». Публичная оферта – это содержащее все существенные условия договора предложение, из которого усматривается воля лица, делающего предложение, заключить договор на указанных в предложении условиях с любым, кто отзовется (ст. 437 ГК РФ).

На практике публичная оферта может выступать в форме заверенной руководителем медицинского учреждения информации об оказании платных услуг, вывешенной на доске объявлений учреждения, в которой содержатся сведения о порядке оказания платных услуг, их стоимости, порядке расчетов, правах, обязанностях и ответственности сторон. В частности, в качестве такого объявления могут использоваться Положение или Правила об оказании платных услуг, если в них содержатся все необходимые сведения, входящие в понятие «существенные условия договора». В то же время необходимо отметить, что реклама или иные предложения, не содержащие всей необходимой информации, адресованные неопределенному кругу лиц, рассматриваются не как предложения заключить договор, а лишь как приглашения, побуждающие других лиц делать предложения по заключению договора (ст. 437 ГК РФ).

Рассмотрим возможные формы принятия предложения о заключении договора, т. е. акцепт. Акцептом признается ответ лица, которому адресована оферта, о ее принятии (ст. 438 ГК РФ). Акцепт может быть получен путем подписания договора непосредственно или посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, телефонной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от одной из сторон договора (ст. 434 ГК РФ). Но нас больше интересует другая форма акцепта. Совершение лицом, получившим предложение, в срок, установленный для его принятия, действий по выполнению указанных в нем условий договора (оплата соответствующей суммы и т. д.) считается согласием заключить договор (акцептом), если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте (ст. 438 ГК РФ). Причем если согласие заключить договор принято подобным образом, то согласно ст. 434 ГК РФ письменная форма договора считается соблюденной.

Другими словами, если на стенде медицинского учреждения имеется необходимая для заключения договора информация и пациент внес оплату за услугу, которую он хотел бы получить, то это означает, что он заключил с медицинским учреждением договор на оказание платных услуг, который приравнивается к письменному договору.

Порядок заключения договоров (выдвижение предложения от одной стороны и последующее поступление согласия с ним от другой стороны) предполагает, что предложение на заключение договора может исходить не только от медицинского учреждения, но и от самого пациента. Это означает, что в качестве договора может выступать и письменное заявление пациента, в котором указывается желание получить конкретную медицинскую помощь по конкретной цене на определенных условиях. Здесь предложение (оферту) направляет пациент, а согласие (акцепт) дает уже медицинское учреждение. В этом случае письменная форма договора также считается соблюденной.

Таким образом, договор на оказание платных медицинских услуг может заключаться тремя различными способами:

- 1) изложением в документе, содержащем существенные условия договора, подписанном руководителем медицинского учреждения (или уполномоченным лицом) и пациентом;
- 2) в виде публичной оферты, на которую получено согласие пациента (акцепт) путем оплаты услуг или другим предусмотренным законом способом;
- 3) в виде письменного заявления пациента, в котором указываются существенные условия договора (или согласие получить услуги на условиях, установленных медицинским учреждением) и в соответствии с которым ему будут оказаны платные услуги.

Во всех трех случаях при выполнении необходимых требований письменная форма договора считается соблюденной.

Как видим, совсем не обязательно во всех случаях предоставления платных медицинских услуг заключать с пациентами индивидуальные договоры путем составления письменного документа, требующего подписей сторон. Вместе с тем необходимо отметить, что в целом ряде случаев заключение договора в традиционной письменной форме, несмотря на большую трудоемкость, может оказаться предпочтительнее. Более того, порой письменная форма важнее для самого медицинского учреждения, чем для пациента, поскольку призвана помочь медицинскому учреждению отстоять свою правоту в случае обжалования лечения в суде. Целесообразность заключения договора в письменной форме определяется тем, что в письменном договоре можно оговорить: вероятность возникновения осложнений не по вине медицинского учреждения, за которые оно не несет ответственности; требования, предъявляемые к самому пациенту, соблюдение которых является условием эффективности лечения, и т. д.

Можно выделить два основных критерия для принятия решения о необходимости заключения договора путем составления письменного документа:

- 1) стоимость услуги (и, соответственно, сумма, которую, возможно, придется вернуть, если пациент предъявит претензии);
- 2) специфика медицинской услуги и вероятность неблагоприятного исхода не по вине медицинских работников (отсутствие предусмотренного результата, наличие осложнений и т. д.). Чем выше эта вероятность, тем более необходим договор, заключенный в традиционной письменной форме.

Содержание договора

Содержание договора, его условия определяются по усмотрению сторон, кроме случаев, когда содержание соответствующего условия предписано законом или иными правовыми актами (ст. 421 ГК РФ). Таким образом, можно говорить о наличии обязательных условий договоров об оказании платных медицинских услуг и произвольных, устанавливаемых по соглашению сторон.

Казалось бы, наибольшую важность с юридической точки зрения для медицинского учреждения представляет обязательная часть, диктуемая действующими правовыми актами. Однако такой вывод был бы не совсем верным. Выполнение пунктов договора, предусмотренных сторонами, например, определяющих конкретную дату или порядок оказания медицинских услуг (виды и очередность выполнения исследований, манипуляций и т. д.), является не менее обязательным, чем выполнение тех пунктов, которые установлены в соответствии с законодательством.

Итак, к обязательным условиям договора относятся положения, диктуемые законодательством. Поэтому содержание договора должно соответствовать действующему законодательству и не противоречить ему.

Однако, если какие-то условия, предписываемые законом, не вошли в договор, это вовсе не означает, что соблюдение этих требований не

обязательно. В случаях, не предусмотренных договором, используются статьи действующего законодательства. Более того, если статьи договора противоречат положениям законов, то они по суду могут быть признаны недействительными.

Все это свидетельствует о том, что попытки медицинского учреждения обезопасить себя от возможных санкций путем невключения в текст договора невыгодных для него условий или, наоборот, путем внесения выгодных условий, противоречащих законодательству, при судебном разбирательстве обречены на неудачу.

К числу основных законодательных актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг (и, соответственно, определяющих содержание условий договора), наряду с ГК РФ относится и Закон РФ «О защите прав потребителей» (ЗоЗПП). В качестве потребителя, права которого защищаются указанным законом, выступает гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести либо заказывающий, приобретающий или использующий товары (работы, услуги) исключительно для личных (бытовых) нужд, не связанных с извлечением прибыли.

Рассмотрим ряд основных положений договоров на оказание платных медицинских услуг более подробно.

Информация о предоставляемой медицинской услуге

Медицинское учреждение обязано довести до сведения пациента свое фирменное наименование, местонахождение (юридический адрес) и режим работы (ст. 9 ЗоЗПП).

Оно обязано также своевременно предоставить потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора (ст. 732 ГК РФ, ст. 10 ЗоЗПП).

Информация об услугах в обязательном порядке должна содержать:

- 1) обозначения стандартов, обязательным требованиям которых должны соответствовать услуги, если такие стандарты имеются;
- 2) сведения об основных потребительских свойствах услуг, в т. ч. о противопоказаниях для применения при отдельных видах заболеваний и о возможных неблагоприятных последствиях (о вероятности отсутствия благоприятного исхода не по вине учреждения, возможных осложнений и т. д.);
- 3) цену и условия приобретения услуг;
- 4) гарантийный срок, если он установлен;
- 5) правила и условия эффективного и безопасного использования услуг (правила поведения пациента и т. д.).

Кроме того, медицинское учреждение обязано предоставить пациенту информацию о номере лицензии, сроке ее действия, а также об органе, выдавшем эту лицензию (ст. 9 ЗоЗПП).

При заключении договора в форме письменного документа вся эта информация должна содержаться в договоре, а в случае невозможности краткого изложения (например, сведений об основных потребительских

свойствах услуг) в договоре должна быть ссылка на соответствующий источник информации, доступный потребителю (инструкцию, вывешенную на доске объявлений и т. д.).

В ряде случаев (особенно когда речь идет о сложных и дорогостоящих услугах) целесообразно в качестве приложения к договору предложить пациенту ознакомиться под роспись с описанием предоставляемой ему платной услуги, способа ее оказания, возможных последствий и т. д.

Нередко администрация медицинских учреждений полагает, что требование о необходимости предоставления информации является простой формальностью. Однако неисполнение этого требования может повлечь самые серьезные негативные последствия для медицинского учреждения. В соответствии со ст. 732 ГК РФ и ст. 12 ЗоЗПП, если предоставление ненадлежащей, т. е. недостоверной или недостаточно полной информации об услуге повлекло приобретение услуги, не обладающей необходимыми потребителю свойствами, потребитель вправе расторгнуть договор и потребовать полного возмещения убытков. Если же результатом стало причинение вреда здоровью, то потребитель вправе требовать еще и возмещения вреда.

При этом следует особо обратить внимание на то, что при рассмотрении требований потребителя о возмещении убытков, причиненных недостоверной или недостаточно полной информацией об услуге, закон требует, что необходимо исходить из предположения об отсутствии у потребителя специальных познаний о свойствах и характеристиках услуги. Так, общеизвестно, что при прохождении курса лечения антибиотиками нельзя употреблять спиртные напитки. Однако пациент, злоупотребляющий спиртными напитками в процессе лечения, выиграет судебный процесс против медицинского учреждения по поводу отсутствия положительного результата, если будет доказано, что медицинское учреждение не предупредило его о недопустимости употребления спиртного.

Необходимо отметить, что медицинское учреждение обязано сообщить пациенту информацию, касающуюся не только услуги как таковой, но и требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата работы, а также о возможных для пациента последствиях несоблюдения соответствующих требований (ст. 726 и 736 ГК РФ).

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
– филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ
УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАВОВОЕ
РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

для направления подготовки: **38.03.02 «Менеджмент»**

Пятигорск, 2020

РАЗРАБОТЧИКИ:

Доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. экон. наук, доцент Багдасарян Д.Г.

РЕЦЕНЗЕНТ:

Доцент кафедры экономики, менеджмента и государственного управления федерального государственного бюджетного автономного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Кавказский Федеральный университет», Институт сервиса, туризма и дизайна (филиал) в г. Пятигорске, доцент, кандидат экономических наук, Жуковская Наталья Петровна

В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:

- владением навыками поиска, анализа и использования нормативных и правовых документов в своей профессиональной деятельности (ОПК-1)
- владением навыками подготовки организационных и распорядительных документов, необходимых для создания новых предпринимательских структур (ПК-20)

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Раздел 1. Понятие правового регулирования

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
	Регулирование здравоохранения в современной правовой системе: цели, задачи, функции права.	ОПК-1, ПК-20
1	Здоровье как социально значимый феномен. Системе здравоохранения как область оказания социальной помощи.	ОПК-1, ПК-20
2	Понятие медицинского права и цель правового регулирования здравоохранения. Задачи медицинского права.	ОПК-1, ПК-20
3	Предмет медицинского права. Основные функции медицинского права: регулятивная и охранительная.	ОПК-1, ПК-20
4	Принципы медицинского права: соблюдение прав человека в области охраны здоровья; обеспечение государственных гарантий в области охраны здоровья; приоритет профилактических мер в области охраны здоровья; доступность медико-социальной помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти, предприятий и должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.	ОПК-1, ПК-20
5	Определение здоровья Всемирной медицинской ассоциации (ВОЗ).	
6	Основополагающие документы ООН: Всеобщая декларация прав человека (ст. 3, 25), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12).	
7	Классификация международно-правовых стандартов охраны здоровья: универсальный уровень (например, принятые ООН	

	Декларация о правах инвалидов, Декларация о правах умственно отсталых лиц); региональный уровень (например, Европейская Социальная Хартия); специализированный уровень (например, Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача» и прочие.	
	Правовое регулирование здравоохранения в контексте российского законодательства.	ОПК-1, ПК-20
1	Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принята 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.	ОПК-1, ПК-20
2	Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2). Основные принципы охраны здоровья (ст. 4).	ОПК-1, ПК-20
3	Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11).	ОПК-1, ПК-20
4	Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50).	ОПК-1, ПК-20
5	Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций.	ОПК-1, ПК-20
6	Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.	ОПК-1, ПК-20
7	Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).	ОПК-1, ПК-20

Раздел 2. Врачебная деятельность как объект правового регулирования

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
	Правовые основы врачебной тайны. Подготовка организационных и распорядительных документов	ОПК- 1, ПК-20
1	Подготовка организационных и распорядительных документов.	ОПК- 1, ПК-20
2	Понятие врачебной тайны. Конституция РФ принята 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24). Во исполнение этих статей был издан Указ Президента РФ «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера» от 6 марта 1997 г. № 188 (в ред. Указа Президента РФ от 23 сентября 2005 N 1111).	ОПК- 1, ПК-20
3	Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9). Впервые законодательно-закрепленный термин Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. от	ОПК- 1, ПК-20

	27.02.2009 N 4-П), (ст. 9). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ст. 13).	
4	Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.), основные статьи по теме 150, 151, 1064, 1099-1101. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (действующая редакция от 3 февраля 2014 г.), ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни», ст. 286 «Превышение	ОПК- 1, ПК-20
	Правонарушения в здравоохранении и юридическая ответственность медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
1	Основания и условия возникновения ответственности медицинских организаций и медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
2	Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.	ОПК-1, ПК-20
3	Понятие и виды юридической ответственности.	ОПК-1, ПК-20
4	Гражданско-правовая ответственность.	ОПК-1, ПК-20
5	Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
6	Уголовно-правовая ответственность	ОПК-1, ПК-20
	Правовое регулирование медицинской экспертизы.	ОПК-1, ПК-20
1	Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7).	ОПК- 1, ПК-20
2	Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59). Медико-социальная экспертиза (ст. 60).	ОПК- 1, ПК-20
3	Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61). Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.	ОПК- 1, ПК-20
4	Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).	ОПК- 1, ПК-20
5	Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73).	ОПК- 1, ПК-20
6	Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).	ОПК-1, ПК-20
7	Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).	ОПК-1, ПК-20
8	Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).	ОПК-1, ПК-20

Раздел 3. Страхование профессиональной ответственности

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
	Медицинское страхование в России: становление, организация и законодательное обеспечение.	ОПК- 1, ПК-20

1	История развития медицинского страхования начинается с ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 г. № 1499-1.	ОПК- 1, ПК-20
2	Действующий ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.	ОПК-1, ПК-20
3	Основная цель обязательного медицинского страхования (далее ОМС).	ОПК- 1, ПК-20
4	Основные базовые понятия действующего закона и принципы ОМС.	ОПК- 1, ПК-20
5	Субъекты и участники ОМС: застрахованные лица, страхователи, страховщик.	ОПК-1, ПК-20
6	Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.	ОПК-1, ПК-20
7	Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.	ОПК-1, ПК-20

Примеры типовых контрольных заданий или иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в ходе текущего контроля успеваемости студентов

Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 1. Понятие правового регулирования

Текущий контроль успеваемости по теме Регулирование здравоохранения в современной правовой системе: цели, задачи, функции права.

Перечень вопросов к занятию:

1. Здоровье как социально значимый феномен. Системе здравоохранения как область оказания социальной помощи.
2. Понятие медицинского права и цель правового регулирования здравоохранения. Задачи медицинского права.
3. Предмет медицинского права. Основные функции медицинского права: регулятивная и охранительная.
4. Принципы медицинского права: соблюдение прав человека в области охраны здоровья; обеспечение государственных гарантий в области охраны здоровья; приоритет профилактических мер в области охраны здоровья; доступность медико-социальной помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти, предприятий и должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.
5. Определение здоровья Всемирной медицинской ассоциации (ВОЗ).

6. основополагающие документы ООН: Всеобщая декларация прав человека (ст. 3, 25), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12).

7. Классификация международно-правовых стандартов охраны здоровья: универсальный уровень (например, принятые ООН Декларация о правах инвалидов, Декларация о правах умственно отсталых лиц); региональный уровень (например, Европейская Социальная Хартия); специализированный уровень (например, Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача» и прочие.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Здоровье как социально значимый феномен. Системе здравоохранения как область оказания социальной помощи.
2. Понятие медицинского права и цель правового регулирования здравоохранения. Задачи медицинского права.
3. Предмет медицинского права. Основные функции медицинского права: регулятивная и охранительная.
4. Принципы медицинского права: соблюдение прав человека в области охраны здоровья; обеспечение государственных гарантий в области охраны здоровья; приоритет профилактических мер в области охраны здоровья; доступность медико-социальной помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти, предприятий и должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Здоровье как социально значимый феномен.
2. Система здравоохранения как область оказания социальной помощи.
3. Понятие медицинского права и цель правового регулирования здравоохранения.
4. Задачи медицинского права.
5. Предмет медицинского права.
6. Основные функции медицинского права: регулятивная и охранительная.

Задания для практического (семинарского) занятия:

Задание 1.

1. К частной системе здравоохранения не относятся:

4. Муниципальные лечебно-профилактические учреждения.
5. Лечебно-профилактические и аптечные организации, имущество которых находится в частной собственности.
6. Лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

2. Пациент не имеет право на:

1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2. выбор врача.

3. обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов.

5. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.

6. эвтаназию, т.е. удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью.

3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя не допускается:

1. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю.

2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

3. по запросу адвоката в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

4. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина

5. причинен в результате противоправных действий.

4. Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются:

1. Конституцией РФ.

2. федеральным конституционным законом

3. федеральным законом.

4. федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации.

5. Заключение о причине смерти лица и диагнозе заболевания может выдаваться:

1. членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

2. органам управления здравоохранения, органам следствия и суду в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

3. адвокату, нотариусу в связи с исполнением ими профессиональных обязанностей.

6. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности утверждается:

1. Правительством Российской Федерации
2. Минздравсоцразвития РФ.
3. Трудовым кодексом РФ.
4. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

7. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, применяются:

1. по постановлению следователя.
2. по определению суда.
3. по решению суда.

8. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут:

1. быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.
2. пациентами неспециализированных лечебно-профилактических учреждений.
3. государственными и муниципальными служащими.

Задание 2.

7. К правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся также указы:

8. основополагающие нормы, определяющие правовой статус учреждения, содержатся в: _____

9. Что относится к правовому регулированию прав пациентов на международном уровне: _____

10. Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов»: _____

11. Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр.: _____

12. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ: _____

Тема 2. Правовое регулирование здравоохранения в контексте российского законодательства.

Перечень вопросов к занятию:

1. Анализ и использования нормативных и правовых документов здравоохранения. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. п. 2 ст. 21, ст. 39, ст. 41). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

2. Понятия «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь» (ст. 2). Основные принципы охраны здоровья (ст. 4).

3. Доступность и качество медицинской помощи (ст. 10), недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11).

4. Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ст. 33), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ст. 34), скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (ст. 35), паллиативная медицинская помощь (ст. 36). Народная медицина (ст. 50).

5. Понятие лечащего врача (ст. 70). Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций.

6. Понятие пациента в контексте российского законодательства. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

7. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Народная медицина (ст. 50). Понятие лечащего врача (ст. 70).
2. Права (ст. 72) и обязанности (ст. 73) медицинских и фармацевтических работников.
3. Права (ст. 78) и обязанности (ст. 79) медицинских организаций.
4. Понятие пациента в контексте российского законодательства.
5. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
6. Правовое регулирование прав пациентов на международном уровне: Лиссабонская декларация Всемирной медицинской ассоциации «О правах пациентов», Декларация о развитии прав пациентов в Европе и пр. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья в РФ (глава 4).

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Как соотносится право на информацию и право на неразглашение конфиденциальной информации....
2. Врачебную тайну составляют сведения....
3. В соответствии с Законом об охране здоровья, сведения, составляющие медицинскую тайну, не подлежащие к разглашению:
4. В соответствии со ст.61 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», допускается разглашение информации, имеющей статус медицинская тайна, без согласия на то пациента (либо его законного представителя) в следующих случаях...
5. Охрана врачебной тайны – обязанность всего медперсонала, имеющего к ней прямое отношение...
6. Врачебную тайну составляют....

7. Обработка специальных категорий персональных данных допускается только в случаях, определенных законом, в их числе названы следующие:

8. Письменное согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных должно включать в себя...

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является:

- а) коммерческим;
- б) некоммерческим;
- в) имущественным;
- г) индивидуальным.

2. По охвату населения добровольное медицинское страхование носит:

- а) всеобщий или массовый характер;
- б) абсолютный и полный характер;
- в) индивидуальный или групповой характер;
- г) частный и неполный характер.

3. Условия договора ОМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон;
- г) государством.

4. Программа ДМС определяется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора ДМС;
- г) государством.

5. Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) Федеральным фондом ОМС.

6. Тарифы на ДМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора;

7. Юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со страховыми медицинскими организациями договоры медицинского страхования являются:

- а) страхователями;
- б) страховщиками;
- в) застрахованными;
- г) выгодоприобретателями.

8. Сторонами договора медицинского страхования являются:

- а) страховая медицинская организация и страхователь;
- б) страховая медицинская организация и [медицинское учреждение](#);
- в) медицинское учреждение и застрахованный;
- г) страхователь и медицинское учреждение.

9. Лицо, в пользу которого заключен договор медицинского страхования является:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) [перестрахованным](#).

10. Прообразом современной системы ОМС является:

- а) европейская модель социального страхования;
- б) скандинавская модель здравоохранения;
- в) «Бисмарковская» система страховой медицины;
- г) американская модель медицинского страхования.

11. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено:

- а) в статье 7 Конституции РФ;
- б) в статье 39 Конституции РФ;
- в) в статье 41 Конституции РФ;
- г) в статье 65 Конституции РФ.

12. Какой орган осуществляет лицензирование [медицинской деятельности](#):

- а) Министерство здравоохранения и [социального развития](#);
- б) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- в) [органы управления](#) здравоохранением субъектов РФ;
- г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 2
Врачебная деятельность как объект правового регулирования**

**Тема 3. Правовые основы врачебной тайны. Подготовка
организационных и распорядительных документов**

Перечень вопросов к занятию:

1. Подготовка организационных и распорядительных документов.
2. Понятие врачебной тайны. Конституция РФ принятая 12 декабря 1993 г. (ст. 23, 24). Во исполнение этих статей был издан Указ Президента РФ «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера» от 6 марта 1997 г. № 188 (в ред. Указа Президента РФ от 23 сентября 2005 N 1111).
3. Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9). Впервые законодательно-закрепленный термин Закона РФ «О

психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. от 27.02.2009 N 4-П), (ст. 9). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ст. 13).

4. Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну бес согласия гражданина или его законного представителя.

5. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.), основные статьи по теме 150, 151, 1064, 1099-1101.

6. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (действующая редакция от 3 февраля 2014 г.), ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни».

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Организационно-правовые формы присущие организациям здравоохранения

2. Подготовки организационных и распорядительных документов, необходимых для создания новых предпринимательских структур

3. Пути повышения эффективности государственного влияния на развитие предпринимательства.

4. Нормы права государственного регулирования предпринимательства

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Понятие врачебной тайны.

2. Понятие информации. ФЗ «Об информации, информационных технологиях и информационной защите» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ (ст. 2, 9).

3. Перечень случаев допускающих предоставление сведений составляющих врачебную тайну бес согласия гражданина или его законного представителя.

4. Гражданский Кодекс РФ от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (действующая редакция от 14 ноября 2013 г.), основные статьи по теме 150, 151, 1064, 1099-1101.

5. Уголовный Кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (действующая редакция от 3 февраля 2014 г.), ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни»

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Как соотносится право на информацию и право на неразглашение конфиденциальной информации: _____

2. Врачебную тайну составляют сведения: _____

3. В соответствии с Законом об охране здоровья, сведения, составляющие медицинскую тайну, не подлежащие к разглашению: _____

4. В соответствии со ст.61 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», допускается разглашение информации, имеющей статус медицинская тайна, без согласия на то пациента (либо его законного представителя) в следующих

случаях: _____

5. Охрана врачебной тайны – обязанность всего медперсонала, имеющего к ней прямое отношение: _____

6. Врачебную тайну составляют: _____

7. Обработка специальных категорий персональных данных допускается только в случаях, определенных законом, в их числе названы следующие: _____

8. Письменное согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных должно включать в себя: _____

Тема 4. Правонарушения в здравоохранении и юридическая ответственность медицинских работников.

Перечень вопросов к занятию:

1. Основания и условия возникновения ответственности медицинских организаций и медицинских работников.
2. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.
3. Понятие и виды юридической ответственности.
4. Гражданско-правовая ответственность.
5. Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.
6. Уголовно-правовая ответственность.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Основания и условия возникновения ответственности медицинских организаций и медицинских работников.
2. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.
3. Понятие и виды юридической ответственности.
4. Гражданско-правовая ответственность.
5. Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.
6. Уголовно-правовая ответственность.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Основания и условия возникновения ответственности медицинских организаций и медицинских работников.
2. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.

3. Понятие и виды юридической ответственности.
4. Гражданско-правовая ответственность.
5. Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.
6. Уголовно-правовая ответственность.

Задания для практического (семинарского) занятия:

3. Правонарушение в зависимости от своей тяжести подразделяется на: ___
4. Виды и формы ответственности за правонарушения в медицине:

Вид юридической ответственности	За что наступает данный вид юридической ответственности	Отдельные виды правонарушений в медицине, за которые наступает данный вид юридической ответственности	Виды (формы) наказаний в рамках данного вида юридической ответственности
---------------------------------	---	---	--

3. Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение: _____
4. Дисциплинарная ответственность медицинских работников: _____
2. Материальная ответственность медицинских работников: _____

Тема 5. Правовое регулирование медицинской экспертизы.

Перечень вопросов к занятию:

1. Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7). Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59). Медико-социальная экспертиза (ст. 60).
3. Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61). Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
4. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).
5. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73).
6. Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).
7. Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).
8. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
2. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62). ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).
3. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73).
4. Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).
5. Первичная и дополнительная экспертиза. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).
6. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Термин «экспертиза» (от лат. – испытывать, определять).
2. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (глава 7).
3. Понятие медицинской экспертизы (ст. 58) и ее виды.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности: порядок проведения (ст. 59).
5. Медико-социальная экспертиза (ст. 60).
6. Военно-врачебная экспертиза и ее основные цели (ст. 61).
7. Независимая военно-врачебная экспертиза и право граждан на выбор экспертного учреждения и экспертов.
8. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62).
9. ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ.
10. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы (ст. 28, ФЗ-73).
11. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза (ст. 31, ФЗ-73).
12. Основания, порядок помещения и сроки пребывания лица в медицинском стационаре (ст. 29, 30, ФЗ-73).
13. Первичная и дополнительная экспертиза.
14. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63).
15. Понятие и цель экспертизы качества медицинской помощи (ст. 64).

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Задачи судебно-медицинской экспертизы состоят из: _____
2. Согласно приказу министра здравоохранения от экспертов судмедэкспертизы требуется: _____
3. Проводить судебно-медицинскую экспертизу может: _____
4. Бюро судебно-медицинской экспертизы располагает: _____
5. На основании результатов тематической экспертной оценки решаются следующие задачи: _____

Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 3 Страхование профессиональной ответственности

Тема 6. Медицинское страхование в России: становление, организация и законодательное обеспечение.

Перечень вопросов к занятию:

1. История развития медицинского страхования начинается с ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 г. № 1499-1.
2. Действующий ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.
3. Основная цель обязательного медицинского страхования (далее ОМС).
4. Основные базовые понятия действующего закона и принципы ОМС.
5. Субъекты и участники ОМС: застрахованные лица, страхователи, страховщик.
6. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.
7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. История развития медицинского страхования начинается с ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 г. № 1499-1.
2. Действующий ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.
3. Основная цель обязательного медицинского страхования (далее ОМС).
4. Основные базовые понятия действующего закона и принципы ОМС.
5. Субъекты и участники ОМС: застрахованные лица, страхователи, страховщик.
6. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.
7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. История развития медицинского страхования ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 г. № 1499-1.
2. Действующий ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № № 326-ФЗ и его основные положения.
3. Основная цель обязательного медицинского страхования (далее ОМС).
4. Основные базовые понятия действующего закона и принципы ОМС.
5. Субъекты и участники ОМС: застрахованные лица, страхователи, страховщик.

6. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.

7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является:

- а) коммерческим;
- б) некоммерческим;
- в) имущественным;
- г) индивидуальным.

2. По охвату населения добровольное медицинское страхование носит:

- а) всеобщий или массовый характер;
- б) абсолютный и полный характер;
- в) индивидуальный или групповой характер;
- в) частный и неполный характер.

3. Условия договора ОМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон;
- г) государством.

4. Программа ДМС определяется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора ДМС;
- г) государством.

5. Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) Федеральным фондом ОМС.

6. Тарифы на ДМС определяются:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) соглашением сторон договора;

7. Юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со страховыми медицинскими организациями договоры медицинского страхования являются:

- а) страхователями;
- б) страховщиками;
- в) застрахованными;
- г) выгодоприобретателями.

8. Сторонами договора медицинского страхования являются:

- а) страховая медицинская организация и страхователь;
- б) страховая медицинская организация и [медицинское учреждение](#);
- в) медицинское учреждение и застрахованный;
- г) страхователь и медицинское учреждение.

9. Лицо, в пользу которого заключен договор медицинского страхования является:

- а) страхователем;
- б) страховщиком;
- в) застрахованным;
- г) [перестрахованным](#).

10. Прообразом современной системы ОМС является:

- а) европейская модель социального страхования;
- б) скандинавская модель здравоохранения;
- в) «Бисмарковская» система страховой медицины;
- г) американская модель медицинского страхования.

11. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено:

- а) в статье 7 Конституции РФ;
- б) в статье 39 Конституции РФ;
- в) в статье 41 Конституции РФ;
- г) в статье 65 Конституции РФ.

12. Какой орган осуществляет лицензирование [медицинской деятельности](#):

- а) Министерство здравоохранения и [социального развития](#);
- б) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- в) [органы управления](#) здравоохранением субъектов РФ;
- г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ.

2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы к зачету

№ темы	Тема и вопросы для промежуточной аттестации студента	Проверяемые компетенции
1.	Медицинское право как отрасль современного законодательства.	ОПК-1, ПК-20
2.	Функции и принципы медицинского права.	ОПК-1, ПК-20
3.	Нормативно-правовое регулирование медицинской деятельности на международном уровне.	ОПК-1, ПК-20
4.	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.	ОПК-1, ПК-20
5.	Правовое регулирование деятельности врача, его права и обязанности.	ОПК-1, ПК-20

6.	Правовой статус пациента, его права и обязанности.	ОПК-1, ПК-20
7.	Основания и условия возникновения ответственности медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
8.	Дисциплинарная и гражданско-правовая ответственность медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
9.	Основные виды преступлений в здравоохранении и уголовная ответственность медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
10.	Понятие врачебной тайны в современном российском законодательстве.	ОПК-1, ПК-20
11.	Условия правомерности разглашения врачебной тайны без согласия пациента по законодательству РФ.	ОПК-1, ПК-20
12.	Правовой механизм защиты сведений составляющих врачебную тайну.	ОПК-1, ПК-20
13.	Понятие, виды и правовое регулирование социальной помощи инвалидам по законодательству РФ. Регулирование социальных прав инвалидов в сфере международного права	ОПК-1, ПК-20
14.	Порядок и условия признания лица инвалидом.	ОПК-1, ПК-20
15.	Понятие медицинской экспертизы: цели, задачи	ОПК-1, ПК-20
16.	Регулирование медицинской экспертизы федеральным законодательством.	ОПК-1, ПК-20
17.	Виды медицинской экспертизы	ОПК-1, ПК-20
18.	Социально-экономическая сущность медицинского страхования и его роль в системе здравоохранения	ОПК-1, ПК-20
19.	Правовые основы страховой деятельности в РФ.	ОПК-1, ПК-20
20.	Соотношение обязательного и добровольного медицинского страхования в системе здравоохранения РФ.	ОПК-1, ПК-20
21.	Эвтаназия как социально-правовое явление	ОПК-1, ПК-20
22.	Правовые аспекты проблемы эвтаназии в международном праве	ОПК-1, ПК-20
23.	Правовое регулирование эвтаназии в России и ее уголовно-правовая оценка.	ОПК-1, ПК-20
24.	Государственное регулирование здравоохранения и медицинской деятельности как функция государства	ОПК-1, ПК-20
25.	Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
26.	Конституционные права и правовое регулирование здравоохранения в РФ	ОПК-1, ПК-20
27.	Системе здравоохранения как область оказания социальной помощи	ОПК-1, ПК-20
28.	Здоровье как социально значимый феномен..	ОПК-1, ПК-20
29.	Понятие врачебной деятельности и ее признаки	ОПК-1, ПК-20
30.	Административно-правовой статус медицинского учреждения	ОПК-1, ПК-20
31.	Виды ответственности за неисполнение или не надлежащее исполнение медицинских деятельности	ОПК-1, ПК-20
32.	Основные направления реформирования статуса учреждений здравоохранения в современных условиях	ОПК-1, ПК-20

33.	Дисциплинарная и гражданско-правовая ответственность медицинских работников	ОПК-1, ПК-20
34.	Предпринимательская профессиональная деятельность врача и медицинская услуга	ОПК-1, ПК-20
35.	Страхование профессиональной ответственности как вид социально-правовой защиты медицинских работников.	ОПК-1, ПК-20
36.	Основные права и обязанности, право некоммерческих медицинских учреждений на осуществление предпринимательской деятельности.	ОПК-1, ПК-20
37.	Цели и задачи и порядок прохождения аттестации мед.работников.	ОПК-1, ПК-20
38.	Задачи и порядок выдачи лицензий на определенные виды деятельности медицинских работников	ОПК-1, ПК-20
39.	Задачи и порядок выдачи лицензий на определенные виды деятельности учреждениям	ОПК-1, ПК-20
40.	Организационно правовые формы предпринимательства в здравоохранении.	ОПК-1, ПК-20
41.	Государственная форма собственности в здравоохранении.	ОПК-1, ПК-20

3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и	B	95-91	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)

<p>несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>	С	90-86	СРЕДНИЙ	4(хорошо)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>	D	85-81	СРЕДНИЙ	4(хорошо)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или</p>	E	80-76	СРЕДНИЙ	4(хорошо)

<p>недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>				
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Достаточный уровень освоения компетенциями</p>	F	75-71	НИЗКИЙ	3(удовлетворительно)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями</p>	G	70-66	НИЗКИЙ	3(удовлетворительно)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность</p>	H	61-65	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3(удовлетворительно)

<p>изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями</p>				
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетенции не сформированы</p>	I	60-0	НЕ СФОРМИ- РОВАНА	2

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ-
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО НАПИСАНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«Правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения»

(направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент»)

Пятигорск, 2020

I. Общие положения

I.1. Цели и задачи контрольной работы

Целью выполнения контрольной работы является углубление и закрепление теоретических и практических навыков используемых для решения конкретных практических задач по дисциплине «Государственное регулирование предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения».

Задачами выполнения контрольной работы является изучение теоретического и практического материала по организации и ведению предпринимательской деятельности в ЗО, его нормативная база, а также изучение основных методологических подходов к основным функциям предпринимательской деятельности в сфере ЗО в современных условиях. Таким образом, контрольная работа представлена в форме теоретических вопросов, тестов и практических задач.

I.2. Порядок и сроки выполнения контрольной работы.

Задания по контрольной работе выдаются в сроки, установленные учебным планом. Работа выполняется студентом в течение учебного семестра, в соответствии с календарным графиком.

Процесс выполнения контрольной работы включает следующие этапы:

- подбор и изучение литературы по теме;
- написание контрольной работы;

II. Структура и содержание работы

Требования к содержанию контрольной работы

Выполнение контрольной работы направлено на закрепление практических навыков по формированию информации в сфере государственного регулирования предпринимательской деятельности в здравоохранении.

Контрольная работа представлена в форме ряда практических заданий для решения которых необходимы теоретические знания, полученные при изучении дисциплины.

Контрольная работа - это письменная работа, которая является обязательной составной частью учебного плана основной образовательной программы высшего образования. Контрольная работа – письменная работа, предполагающая проверку знаний заданного к изучению материала и навыков его практического применения.

Написание контрольной работы практикуется в учебном процессе в целях приобретения студентом необходимой профессиональной подготовки, развития умения и навыков самостоятельного научного поиска: изучения литературы по выбранной теме, анализа различных источников и точек зрения, обобщения материала, выделения главного, формулирования выводов и т.п. С помощью контрольной работы студент постигает наиболее сложные проблемы курса, учится лаконично излагать свои мысли, правильно оформлять работу.

III. Требования к оформлению контрольной работы

Размер полей установлен следующий: левое – 30 мм, правое – 20 мм, верхнее и нижнее – 20-25 мм. Для титульного листа размер левого и правого поля составляет 15 мм, а верхнего и нижнего – 20 мм. Нумерация страниц производится арабскими цифрами, и должна быть сквозной по всей работе. Отсчет номеров страниц начинается с титульного листа, однако цифры не проставляются на титульном листе и на листе с содержанием. Текст выполняется шрифтом размером 12 или 14 TimesNewRomans с одинарным или полуторным межстрочным интервалом. Раздел (главу) начинают на новой странице и верхнее поле в этом случае составляет 60 мм.

Рекомендуется оформлять контрольную работу объемом до 10 листов.

Титульный лист оформляется по установленному образцу. На титульном листе ставится дата сдачи – регистрации контрольной работы в деканате, дата проверки контрольной работы преподавателем, результат проверки контрольной работы «зачтено», «незачтено».

III.1 Правила оформления таблиц

Таблицы применяют для большей наглядности результатов расчета, анализа и удобства сравнения различных показателей. Таблица представляет собой способ подачи информации в виде перечня сведений, числовых данных, приведенных в определенную систему и разнесенных по графам (колонкам).

Таблицы должны иметь названия и порядковую нумерацию. Название таблицы должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Название следует помещать над таблицей. Таблицы основной части текста нумеруются арабскими цифрами сквозной нумерацией. (Пример: Таблица 1 - Характеристика основных видов выпускаемой продукции). Слова в названии таблицы, в заголовках граф переносить и сокращать нельзя. Таблица не нумеруется, если в тексте она одна. В конце заголовка точку не ставят, заголовок не подчеркивают.

При переносе таблицы на следующую страницу пронумеровывают ее графы и повторяют их нумерацию на следующей странице; заголовок таблицы не воспроизводят, но над ней помещают выделенные курсивом слова «Окончание таблицы 1» или «Продолжение таблицы 1». В таблицах допускается применение 12 размера шрифта.

В каждой таблице следует указывать единицы измерения показателей и период времени, к которому относятся данные. Если единица измерения в таблице является общей для всех числовых табличных данных, то её приводят в заголовке таблицы после её названия.

При использовании в работе материалов, заимствованных из литературных источников, цитировании различных авторов, необходимо делать соответствующие ссылки, а в конце работы помещать список использованной литературы. Не только цитаты, но и произвольное изложение заимствованных из литературы принципиальных положений, включаются в работу со ссылкой на источник. Ниже таблицы указывается

источник, из которого приведены данные. Если таблица является самостоятельной разработкой, то указывается, по каким источникам она составлена. Таблицу, в зависимости от ее размера, помещают под текстом, в котором впервые дана ссылка на нее, или на следующей странице, а при необходимости, в приложении к документу.

Таблица 1 – Структура налоговых доходов бюджетов муниципальных образований в субъектах Федерации, полностью сформировавших бюджеты поселений в 201...-201...гг.

III.II Правила оформления графического материала

К графическому материалу относят диаграммы, графики, схемы, рисунки, фотографии. Использование продуманных и тщательно подобранных иллюстраций там, где они возможны и нелишни, способно украсить любую студенческую письменную работу. Следует соблюдать соответствие графического материала тексту работы. Разрешается выполнять иллюстрации в любых цветах на цветном принтере, обеспечивающем высокое качество печати.

Количество иллюстраций должно быть достаточным для пояснения излагаемого текста. Иллюстрации могут быть расположены как по тексту документа (возможно ближе к соответствующим частям текста), так и в конце его. Иллюстрации, за исключением иллюстраций приложений, следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, то он обозначается «Рисунок 1».

Допускается нумерация графического материала в пределах раздела. В этом случае номер рисунка состоит из номера раздела и порядкового номера рисунка, которые разделяют точкой.

Рисунок 1.1, Рисунок 1.2 и т. д.

Графический материал каждого приложения нумеруют арабскими цифрами отдельной нумерацией, добавляя перед каждым номером обозначение данного приложения и разделяя их точкой.

Рисунок В.3

Слово «Рисунок» и его номер приводят под графическим материалом. Далее может быть приведено его тематическое наименование, отделенное тире.

Рисунок 1 – Схема предпринимательства в РФ

При необходимости под графическим материалом помещают также поясняющие данные. В этом случае слово «Рисунок» и наименование графического материала помещают после поясняющих данных.

С помощью диаграмм графически изображается зависимость между двумя величинами. Диаграммы используются для того, чтобы сделать такую зависимость более наглядной визуально и доступной для восприятия. По форме построения различают плоскостные, линейные и объемные диаграммы. Чаще всего в контрольных работах используются линейные диаграммы и плоскостные, из последних – столбиковые (ленточные) и секторные.

III.III Правила написания буквенных аббревиатур

В контрольной работе используются только общепринятые сокращения и аббревиатуры. В тексте работы могут быть использованы также вводимые автором буквенные аббревиатуры, сокращённо обозначающие какие-либо понятия из соответствующих областей знания. При этом первое упоминание таких аббревиатур указывается в круглых скобках после полного наименования, в дальнейшем они употребляются в тексте без расшифровки.

III.IV Правила оформления приложений

В приложениях помещается материал, дополняющий контрольную работу и носящий вспомогательный характер. Приложениями могут быть, например, графический материал, таблицы большого формата, расчеты, описания алгоритмов и т.д. Приложение оформляют как продолжение данного документа на последующих его листах или выпускают в виде самостоятельного документа. В тексте документа на все приложения должны быть даны ссылки.

Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием наверху посередине страницы слова «Приложение» и его обозначения. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с первой прописной буквы отдельной строкой и выделяют полужирным шрифтом.

Приложения оформляются на отдельных листах, причем каждое из них должно иметь свой тематический заголовок и в правом верхнем углу страницы надпись «Приложение» с указанием его порядкового номера арабскими цифрами (например: Приложение 1, Приложение 2 и т.д.) Если в работе есть приложения, то на них дают ссылку в основном тексте работы.

Приложения, как правило, выполняют на листах формата А4. Допускается оформлять приложения на листах формата А3, А4×3, А4×4, А2 и А1 по ГОСТ 2.301.

III.V Правила оформления библиографического списка

Рекомендуется представлять единый список литературы к работе в целом. Список обязательно должен быть пронумерован. Каждый источник упоминается в списке один раз, вне зависимости от того, как часто на него делается ссылка в тексте работы.

Наиболее удобным является алфавитное расположение материала, так как в этом случае произведения собираются в авторских комплексах. Произведения одного автора расставляются в списке по алфавиту заглавий или по мере издания.

III.VI Правила оформления ссылок на использованные литературные источники

Цитаты (выдержки) из источников и литературы используются в тех случаях, когда свою мысль хотят подтвердить точной выдержкой по определенному вопросу. Цитаты воспроизводятся в тексте контрольной работы с соблюдением всех правил цитирования (соразмерная кратность

цитаты, точность цитирования). Цитированная информация заключается в кавычки, и указывается номер страницы источника, из которого приводится цитата.

Если в цитату берется часть текста, т.е. не с начала фразы или с пропусками внутри цитируемой части, то место пропуска обозначается отточиями (три точки). В тексте необходимо указать источник приводимых цитат. Как правило, ссылки на источник делаются под чертой, внизу страницы (сноска), нумерация ссылок является сквозной.

IV. Критерий оценки контрольной работы

Аттестация по контрольной работе производится в виде её защиты. Защита контрольной работы имеет целью проверить качество самостоятельной работы студента над темой и его способности к творческой деятельности. Защита контрольной работы состоит из доклада студента в течении 5-6 минут, и ответов на поставленные преподавателем вопросы. В процессе беседы со студентом выясняется его теоретическая подготовка по данной теме (вопросу), знание основной литературы, умение автора излагать и обосновывать результаты своего исследования. Решение об оценке контрольной работы принимается по результатам анализа предъявленной контрольной работы, доклада студента и его ответов на вопросы.

Студент, успешно защитивший контрольную работу, допускается к сдаче зачёта и (или) экзамена. Преподавателю предоставляется право принятия зачёта в виде контрольной работы на практическом занятии. К защите не допускаются работы полностью или в значительной части, выполненные не самостоятельно, т.е. путем механического переписывания первоисточников, учебников, другой литературы, работы, в которых выявлены существенные ошибки и недостатки, свидетельствующие о том, что основные вопросы темы не усвоены, а также контрольные работы с низким уровнем грамотности и несоблюдением правил оформления

Контрольная работа оценивается преподавателем отметками «зачтено» или «не зачтено». Критерии оценки знаний обучающихся:

Оценка «зачет» выставляется, если обучающийся знает программный материал, правильно, по существу и последовательно излагает содержание вопросов контрольной работы, в целом правильно выполнил практическое задание, владеет основными умениями и навыками, при ответе не допустил существенных ошибок и неточностей.

Оценка «не зачтено» выставляется, если обучающийся не знает основных положений программного материала, при раскрытии вопроса контрольной работы допускает существенные ошибки, не выполнил практические задания, не смог ответить на большинство дополнительных вопросов или отказался отвечать.

V. Выбор варианта для написания контрольной работы

Вариант контрольной работы определяется исходя из первой буквы фамилии студента. Таблица вариантов представлена ниже.

Вариант	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Буква фамилии	А,Б	В,Г	Д,Е	Ж,З	И,К	Л,М	Н,О	П,Р	С,Т

VI. Варианты контрольной работы

Вариант I.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Предпринимательская концепция маркетинга.
2. Организационно-хозяйственный механизм предпринимательства

Задача 1.

1. Ученый-экономист Ирвинг Кристоль (США) заявил: "Все чаще руководители высшего звена называют себя "менеджерами", а иногда даже "профессиональными менеджерами". Но, если это действительно так, то им здорово переплачивают".

Почему так думает И. Кристоль?

Почему так высоко (по сравнению с другими сотрудниками фирм) оплачиваются руководящие работники фирм в странах "рыночной экономики".

Примечание. Ответы будут сравниваться с ответами И. Кристоля.

Задача 2. Фирмы А и Б выпускают женские летние туфли одной и той же модели из одного сырья и продают их на одном и том же рынке. Сложившаяся цена в 2010 г. составляла 4000 руб. за пару туфель данной модели. Фирма "А" в 2011 г. использовала традиционную технологию, организацию производства, менеджмент и маркетинг. Коммерческая себестоимость производства на фирме "А" составила 2400 руб. Продавая туфли по 3100 руб., фирма реализовала в 2011 г. 8000 пар туфель. Фирма "Б" использовала инновационные маркетинг, менеджмент, новую технологию производства. Вследствие этого коммерческая себестоимость производимых туфель составила 2010 руб. В 2011 г. ей удалось реализовать 14000 туфель. Налог, взимаемый с данных фирм в 2011 г. составил 30% от полученной прибыли. Сравните общую массу предпринимательского дохода, полученную фирмами в 2011 г. от производства данной модели туфель. 91.

Тест:

1. Какое из приведенных ниже определений характеризует предпринимательство?

- а) инициативная деятельность хозяйствующих субъектов, связанная с использованием имущества, денежных средств и других ресурсов, в целях достижения коммерческого и иного успеха;
- б) процесс создания и продвижения товаров на рынок;
- в) управление людьми в трудовом коллективе;
- г) процесс планирования, организации, мотивации и контроля, направленный на достижение целей фирмы.

2. Что из перечисленного не относится к свойствам предпринимательства?

- а) самостоятельность;

- б) подверженность риску;
- в) ориентация на потребителя;
- г) публичность.

3. Какая функция предпринимательства заключается в формировании системы управления предприятием?

- а) общеэкономическая функция;
- б) творческо-поисковая функция;
- в) социальная функция;
- г) организаторская функция.

4. Предпринимателем является:

- а) высший руководитель на предприятии;
- б) владелец капитала, находящегося в обороте и приносящего доход;
- в) субъект рынка, осуществляющий торгово-посредническую деятельность;
- г) юридическое лицо, прошедшее государственную регистрацию.

4. В какой период в исторической ретроспективе предпринимательство в России достигло наибольшего развития?

- а) в 15 – 16 вв.;
- б) во второй половине 19 – начале 20 вв.;
- в) в 30-е гг. 20 в.;
- г) в 50-е – 80-е гг. 20 в.

5. В чем проявляется социальная функция предпринимательства?

- а) в сбережении природных ресурсов;
- б) в производстве товаров и извлечении прибыли;
- в) в поиске перспективных предпринимательских идей;
- г) в создании условий для проявления профессиональных способностей людей.

6. Что характеризуется следующим определением: «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их»?

- а) дееспособность;
- б) правоспособность;
- в) охраноспособность;
- г) свобода личности.

7. Градация предприятий по их размерам осуществляется на основе:

- а) численности работающих и валового дохода;
- б) формы собственности;
- в) организационно-правовой формы;
- г) пожелания учредителей.

8. В каких юридических лицах их участники не имеют имущественных прав?

- а) в государственных унитарных предприятиях;

- б) в муниципальных унитарных предприятиях;
- в) на предприятиях, финансируемых собственником;
- г) в общественных организациях.

9. Какими учредительными документами должно располагать общество с ограниченной ответственностью, состоящее из нескольких участников?

- а) уставом;
- б) уставом и учредительным договором;
- в) уставом, учредительным договором и реестром учредителей;
- г) уставом и выпиской об учете в местном отделении пенсионного фонда.

10. Форма реорганизации юридических лиц, предполагающая изменение организационно-правовой формы предприятия без его объединения с другими хозяйствующими субъектами, именуется:

- а) выделением;
- б) реформированием;
- в) присоединением;
- г) преобразованием.

Вариант II.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Сущность государственного воздействия на предпринимательскую деятельность.

2. Содержание и виды конкуренции. Факторы конкурентной борьбы.

Задача 1. В России существует противоречивое мнение по поводу льгот в сфере налогообложения и кредитования предпринимательства. Какие стимулирующие эффективное предпринимательство льготы, не наносящие ущерба доходам государственного бюджета, Вы могли бы предложить при рационализации систем налогообложения и кредитования в нашей стране.

Задача 2. Назовите законы и другие нормативно-правовые акты, которые необходимо принять законодательными органами субъектов РФ при создании благоприятной правовой среды для развития предпринимательства в регионах.

Задача 3. Какие направления совершенствования механизма поддержки малого предпринимательства Вы могли бы предложить для повышения эффективности предпринимательской деятельности в рамках малых предприятий?

Тест:

1. Факторным доходом для владельца автомастерской является:

- 1) оплата услуг по доставке оборудования
- 2) рента от земли, сдаваемой в аренду под автомастерскую
- 3) заработная плата, выплачиваемая работникам автомастерской
- 4) оплата за ремонт, получаемая от владельца автомобиля

2. Фирма осуществляет производство и установку пластиковых окон. К капиталу как фактору производства фирмы относится:

- 1) штат мастеров по установке окон
- 2) связи с клиентами фирмы
- 3) администрация фирмы
- 4) оборудование для производства окон

3. Гражданин сдаёт принадлежащий ему участок земли в аренду фермерскому хозяйству. Как называется доход гражданина от распоряжения этой недвижимостью?

- 1) капитал
- 2) прибыль
- 3) рента
- 4) процент

4. Агрокомбинат выращивает в теплицах овощи и зелень. К капиталу фирмы относятся:

- 1) работники теплиц
- 2) оборудование теплиц
- 3) земля под теплицами
- 4) руководство агрокомбината

5. Экономические ресурсы, непосредственно задействованные в создании конкретного товара или услуги, называют:

- 1) даровыми благами
- 2) факторами производства
- 3) спросом и предложением
- 4) материальными потребностями

6. Терпящая убытки фирма привлекла талантливого кризис-менеджера, который за год смог вывести её из кризисного состояния. Какой фактор производства был использован фирмой в первую очередь?

- 1) информация
- 2) капитал
- 3) земля и природные ресурсы
- 4) предпринимательские способности

7. Гражданин вложил часть своих денежных сбережений в акции сберегательного банка. Что будет получать гражданин в виде дохода?

- 1) ренту
- 2) процент
- 3) вексель
- 4) дивиденд

8. Все экономические ресурсы, непосредственно задействованные в создании конкретного товара или услуги, называют

- 1) физическим капиталом
- 2) факторами производства
- 3) природными ресурсами

4) спросом и предложением

9. Под дифференциальной рентой I понимается доход, получаемый:

1) с наилучших участков земли;

2) со средних участков земли;

3) с худших участков земли;

4) все ответы верны.

10. Трактор, приобретённый фермерским хозяйством для сельскохозяйственных работ, относится к такому фактору производства, как

1) земля

2) капитал

3) труд

4) предпринимательство

Вариант III.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Основные этапы организации предпринимательства. Личностные качества предпринимателя. Необходимые и отрицательные качества.

2. Отношения с партнерами и клиентами в предпринимательстве с хозяйствующими субъектами.

Задача 1. Завершите следующую фразу:

"Ключевым направлением оптимизации участия государств в процессе развития своих стран является приведение функций государства в соответствие сего ...".

(размерами, численностью населения, потенциалом, политическим устройством, ...)

Задача 2. "Основными формами государственного регулирования рыночной экономики являются: Диалоговое регулирование,

2)..-" -

Продолжите перечисление. В перечне должно быть не менее 6- 7 пунктов.

Задача 3. "Совокупный спрос в масштабе экономики страны равен: $CIGXU$. Расставьте между буквенными обозначениями (где нужно) алгебраические знаки "+" или "-", имея в виду, что: C — потребление; I — инвестиции; G — правительственный спрос на товары и услуги; X — экспорт; U — импорт.

Тест:

1. Необходимость государственного регулирования обосновывается представителями ... направления экономической теории

1. классического

2. неоклассического

3. кейнсианского

4. либерального

2. Для определения величины национального дохода необходимо

...

вычесть из величины ВВП сумму косвенных налогов

1. уменьшить величину ВВП на сумму износа используемых основных фондов

2. вычесть из величины ВВП сумму амортизационных отчислений за данный период времени и сумму косвенных налогов

3. прибавить к ВВП сумму государственных социальных трансфертных платежей

3. Чем более развитой является рыночная экономика, тем функции государства в ней ...

1. слабее

2. сильнее

3. многообразнее

4. нейтральнее

4. Часть совокупных расходов, на которую государство может влиять непосредственно:

1. частные инвестиции

2. расходы домохозяйств

3. импортируемые товары и услуги

4. объем государственных закупок товаров и услуг
логистика

5. Эффективным является такой объем чистого общественного блага ...

1. при котором никто не ограничен в его потреблении

2. когда благо производится с наименьшими издержками

3. когда частные предельные издержки производства блага равны общественным предельным выгодам его потребления

4. когда общественные предельные издержки производства блага равны общественным предельным выгодам его потребления

6. Антициклическое регулирование экономики направлено на ... сокращение кризисного падения производства

1. ускорение экономического роста

2. стабилизацию экономического развития

3. увеличение численности занятых в производстве работников

7. К функциям государства в рыночной экономике не относится законотворческая деятельность

1. поддержание конкурентной среды

2. установление цен на продукцию частного сектора

3. антициклическое регулирование экономики

8. Экономическая роль государства проявляется в ...

1. развитии конкуренции

2. экономических функциях

3. реформировании экономики

4. структурных преобразованиях

9. Термин, наиболее точно выражающий отказ государства от жесткого вмешательства в управление экономикой

1. разгосударствление

2. акционирование

3. национализация

4. демонополизация

10. Сумма всех расходов хозяйствующих субъектов страны на иностранные товары за вычетом доходов, полученных от продажи товаров за рубежом является ...

1. национальным потреблением

2. чистым импортом

3. национальными сбережениями

4. чистым экспортом

5. сальдо торгового баланса

Вариант IV.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Основные организационно-правовые формы предпринимательства.

2. Сущность инновационного предпринимательства. Его основные виды

Задача 1. Имеются следующие данные по предприятию:

Уставной капитал (обыкновенные акции номиналом 10 тыс. руб.)
1800000 тыс. руб.

Чистая прибыль 630000 тыс. руб.

Сумма выплаченных дивидендов 300000 тыс. руб.

Эмиссионная премия 200000 тыс. руб.

Накопленная прибыль 720000 тыс. руб.

Стоимость покупки одной акции 11000 тыс. руб.

Стоимость продажи одной акции 16000 тыс. руб.

Найти коэффициент рыночной активности предприятия: прибыльность одной акции, соотношение цены и прибыли на одну акцию, норма дивиденда на одну акцию, доходность акции с учетом курсовой стоимости акции, балансовая стоимость акции, доля выплаченных дивидендов.

Задача 2. Фирма планирует продажу плакатов для туристов по 3,5 \$ США за штуку. Она может приобретать плакаты у оптовика по 2,1\$ США и возвращать непроданные товары за полную стоимость. Аренда плаката обойдется в 70\$ США в неделю. Ответьте на следующие вопросы:

1. Каков порог рентабельности?

2. Каким станет порог рентабельности, если арендная плата повысится до 105\$ США?

3. Каким будет порог рентабельности, если удастся увеличить цену реализации до 3,85\$ США?

4. Сколько плакатов должно быть продано для получения прибыли в сумме 490\$ США в неделю?

5. Какой запас финансовой прочности имеет данный бизнес при сумме прибыли 490\$ США?

Тест:

1. Отказ в регистрации предприятия не возможен в случае:

- нарушение уставленного законом порядка создания предприятия
- несоответствия учредительных документов требованиям законодательства РФ
- экономической нецелесообразности производства данного продукта

2. Регистрация индивидуального предпринимателя должна быть произведена не позднее чем _____ с момента подачи заявления.

- в месячный срок - в день предоставления документов
 - в течение 30 дней
14. К субъектам малого предпринимательства относятся:

- физические лица без образования юридического лица;
- юридические лица, в которых численность работников не превышает 100 человек

3. Юридическое лицо должно обладать в совокупности характерными признаками (отметить лишнее):

- наличием обособленного имущества
- способностью отвечать по обязательствам своим имуществом
- способностью выступать в имуществе обороте от своего имени
- возможностью предъявлять иски и выступать в качестве ответчика в суде, арбитражном суде
- способностью выступать в торговом обороте от своего имени

4. Предельный уровень средней численности работников (человек) в малых предприятиях (распределить в соответствии)

- в промышленности 60
- в строительстве 50
- на транспорте 30
- в сельском хозяйстве 30
- в научно-технической сфере 50
- в оптовой торговле 100
- в розничной торговле 100
- в бытовом обслуживании 100
- в остальных отраслях 60

5. На праве учредителей в отношении юридических лиц или их имущества, юридические лица могут быть: (соединить в пары)

1. юридические лица, в отношении
1. Государственные, которых их участники имеют муниципальные, дочерние обязательственные права предприятия
2. юридические лица, на имущество

2. Общественные, религиозные которых их учредители имеют право организации собственности, или иначе, вещное благотворительные право и иные фонды

3. юридические лица, в отношении

3. Хозяйственные которых их учредители не могут товарищества иметь никаких имущественных прав производственные кооперативы

6. Производственный кооператив может быть добровольно реорганизован в хозяйственное товарищество или общество _____ его членами или ликвидирован

- по единогласному решению

- простым большинством голосов

7. Меры государственной поддержки малого предпринимательства:

- льготное кредитование;

- предоставление налоговых льгот;

- премии предпринимателем за высокие показатели;

- предоставление государственного запаса;

- аренда недвижимости на льготных условиях

- предоставление социальных льгот;

- содействие в подготовке и переподготовке кадров;

- предоставление оборудования в лизинг.

8. Минимальное число членов предприятия составляет:
(соединить в пары)

1. общество

1. 5 человек

2. кооператив

2. не ограничено

3. индивидуальный частный предприниматель

3. 1 человек

9. Кто из участников отвечает своим личным имуществом по долгам предприятия:

- вкладчики

- акционеры

- полные товарищи

10. К коммерческой тайне не относится:

- планы внедрения новых технологий и видов продукции

- уровень складских запасов

- фактическое состояние рынков сбыта

Вариант V.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Проблемы малого бизнеса. Государственная поддержка.

2. Равновесие предпринимательской фирмы. Точка равновесия

Задача 1. Метод рентабельности инвестиций. Компания устанавливает цену на новое изделие. Прогнозируемый годовой объем

производства 40000 шт., предполагаемые переменные затраты на ед. изделия 30 руб. Общая сумма постоянных затрат 800000 руб. Проект потребует дополнительного финансирования (кредит в сумме 1000000 под 20% годовых). Рассчитать цену.

Задача 2. Эластичность спроса от цен на продукцию предприятия равна 1,75. Определить последствия снижения цены на 1000 руб., если до этого снижения объем реализации составлял 10000 шт. по цене 17,5 тыс. руб. за шт., а общие затраты были равны 100 млн. руб. (в т.ч. постоянного 20 млн. руб.) на весь объем производства. Выгодно ли предприятию снижение цены на 1000 руб. за шт. если бы уровень постоянных издержек составлял 50% от общих расходов.

Тест:

1. Необходимость государственного регулирования обосновывается представителями ... направления экономической теории

1. классического
2. неоклассического
3. кейнсианского
4. либерального

2. Для определения величины национального дохода необходимо

...

вычесть из величины ВВП сумму косвенных налогов

4. уменьшить величину ВВП на сумму износа используемых основных фондов

5. вычесть из величины ВВП сумму амортизационных отчислений за данный период времени и сумму косвенных налогов

6. прибавить к ВВП сумму государственных социальных трансфертных платежей

3. Чем более развитой является рыночная экономика, тем функции государства в ней ...

1. слабее
2. сильнее
3. многообразнее
4. нейтральнее

4. Часть совокупных расходов, на которую государство может влиять непосредственно:

1. частные инвестиции
2. расходы домохозяйств
3. импортируемые товары и услуги
4. объем государственных закупок товаров и услуг
логистика

5. Эффективным является такой объем чистого общественного блага ...

1. при котором никто не ограничен в его потреблении

2. когда благо производится с наименьшими издержками
3. когда частные предельные издержки производства блага равны общественным предельным выгодам его потребления
4. когда общественные предельные издержки производства блага равны общественным предельным выгодам его потребления

6. Антициклическое регулирование экономики направлено на ... сокращение кризисного падения производства

3. ускорение экономического роста
4. стабилизацию экономического развития
3. увеличение численности занятых в производстве работников

7. К функциям государства в рыночной экономике не относится законотворческая деятельность

3. поддержание конкурентной среды
4. установление цен на продукцию частного сектора
3. антициклическое регулирование экономики

8. Экономическая роль государства проявляется в ...

1. развитии конкуренции
2. экономических функциях
3. реформировании экономики
4. структурных преобразованиях

9. Термин, наиболее точно выражающий отказ государства от жесткого вмешательства в управление экономикой

1. разгосударствление
2. акционирование
3. национализация
4. демонополизация

10. Сумма всех расходов хозяйствующих субъектов страны на иностранные товары за вычетом доходов, полученных от продажи товаров за рубежом является ...

1. национальным потреблением
2. чистым импортом
3. национальными сбережениями
4. чистым экспортом
5. сальдо торгового баланса

Вариант VI.

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Антимонопольный комитет: его функции, задачи, полномочия
2. Акционерные общества как форма крупной предпринимательской деятельности

Задача 1. Фирма приобрела новое оборудование.

Определить:

1. начиная с какого объема производства фирма окупит данное оборудование;

2. какой объем производства продукции принесет фирме в этих условиях 1,5 млн. руб. прибыли.

Цена продукции 3,6 тыс. руб. за шт.

Стоимость сырья и материалов 2,4 тыс. руб. за шт.

Расходы по оплате труда и прочие переменные расходы 0,5 тыс. руб. за шт.

Условия расчетов фирмы со своими поставщиками и покупателями следующие: покупатель продукции фирмы задерживают оплату в среднем на 2 месяца, в то же время сама фирма оплачивает сырье и материалы в среднем через месяц.

Задача 2. Как изменится добавочный капитал акционерного общества, если будут размещены дополнительные обыкновенные акции номинальной стоимостью 10 руб. в количестве 50000 шт. при цене размещения 12 руб.

Задача 3. Предприятие для финансирования деятельности использует капитал, который имеет следующую структуру: Элементы капитала
Величина капитала, тыс. руб. Уставной капитал 200 Добавочный капитал 300 Заемный капитал 500 Величина прибыли по результатам деятельности за год составила 300 тыс. руб. ставка налога на прибыль составляет 30%. Определить доходность капитала.

Тест.

1. По формам собственности предпринимательство может быть:

- индивидуальное
- коллективное
- государственное

2. По виду или назначению предпринимательство может быть:

- муниципальное
- коллективное
- коммерческое

3. По количеству собственников предпринимательство может быть:

- производственное
- арендное
- индивидуальное

4. Предпринимательская деятельность это:

- индивидуальная самостоятельная деятельность граждан и их объединений, направленных на получение прибыли в рамках закона
- деятельность граждан и их объединений, направленная на получение прибыли

- индивидуальная самостоятельная деятельность граждан, направленная на получение прибыли

5. Производственное предпринимательство не включает:

- инновационное предпринимательство - оказание услуг;
- товарные биржи

6. Коммерческое предпринимательство включает:

- торговое предпринимательство
- научно-техническое предпринимательство
- фондовые биржи

7. Финансовое предпринимательство не включает:

- страховое предпринимательство
- аудиторское предпринимательство
- торгово-закупочное предпринимательство

8. Решение о регистрации или отказе в регистрации предприятия должно быть принято не позднее чем:

- в месячный срок
- в 15-ти дневный срок
- в течение 30 дней

9. Под субъектом малого предпринимательства понимается:

- коммерческая организация, в уставном капитале которой доли участия других организаций не превышает 35%;
- коммерческая организация, в уставном капитале которой доля участия других организаций не превышает 25% и средняя численность работников не превышает 100 человек;
- организация, средняя численность работников за отчетный период составляет от 30 до 100 человек

10. Протокол №1 собрания участников общества не содержит:

- назначение директора
- председателя ревизионной комиссии
- размер уставного капитала

Вариант VII.

Раскрыть теоретические вопросы:

1.Порядки создания предпринимательских структур.

2.Модель выбора организационной правовой формы предпринимательства.

Упражнение 1.

Нарисуйте схему взаимодействия субъектов предпринимательской деятельности.

Упражнение 2.

Представьте схематично различные формы предпринимательства.

Упражнение 3.

Составьте схему, отражающую суть предпринимательства в основных правовых документах.

Задача 1. Предпринимательство успешно развивается в условиях свободного рыночного хозяйствования, когда государство не вмешивается в оперативную хозяйственную деятельность предпринимательских структур. В то же время в странах рыночной экономики в той или другой степени развивается и государственное предпринимательство.

Как разрешается это противоречие?

Какие формы разрешения данного противоречия Вы могли бы предложить при формировании государственного предпринимательства в Российской Федерации?

Тест:

1. Факторным доходом для владельца автомастерской является:

- 1) оплата услуг по доставке оборудования
- 2) рента от земли, сдаваемой в аренду под автомастерскую
- 3) заработная плата, выплачиваемая работникам автомастерской
- 4) оплата за ремонт, получаемая от владельца автомобиля

2. Фирма осуществляет производство и установку пластиковых окон. К капиталу как фактору производства фирмы относится:

- 1) штат мастеров по установке окон
- 2) связи с клиентами фирмы
- 3) администрация фирмы
- 4) оборудование для производства окон

3. Гражданин сдаёт принадлежащий ему участок земли в аренду фермерскому хозяйству. Как называется доход гражданина от распоряжения этой недвижимостью?

- 1) капитал
- 2) прибыль
- 3) рента
- 4) процент

4. Агрокомбинат выращивает в теплицах овощи и зелень. К капиталу фирмы относятся:

- 1) работники теплиц
- 2) оборудование теплиц
- 3) земля под теплицами
- 4) руководство агрокомбината

5. Экономические ресурсы, непосредственно задействованные в создании конкретного товара или услуги, называют:

- 1) даровыми благами
- 2) факторами производства
- 3) спросом и предложением
- 4) материальными потребностями

6. Терпящая убытки фирма привлекла талантливого кризис-менеджера, который за год смог вывести её из кризисного состояния. Какой фактор производства был использован фирмой в первую очередь?

- 1) информация
- 2) капитал
- 3) земля и природные ресурсы
- 4) предпринимательские способности

7. Гражданин вложил часть своих денежных сбережений в акции сберегательного банка. Что будет получать гражданин в виде дохода?

- 1) ренты
- 2) процент
- 3) вексель
- 4) дивиденд

8. Все экономические ресурсы, непосредственно задействованные в создании конкретного товара или услуги, называют

- 1) физическим капиталом
- 2) факторами производства
- 3) природными ресурсами
- 4) спросом и предложением

9. Под дифференциальной рентой I понимается доход, получаемый:

- 1) с наилучших участков земли;
- 2) со средних участков земли;
- 3) с худших участков земли;
- 4) все ответы верны.

10. Трактор, приобретённый фермерским хозяйством для сельскохозяйственных работ, относится к такому фактору производства, как

- 1) земля
- 2) капитал
- 3) труд
- 4) предпринимательство

Вариант VIII

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Правовые средства пресечения недобросовестной конкуренции. Законодательная основа предпринимательства.

2. Система налогообложения в предпринимательстве.

Задача 1. Оцените меру участия государства в рыночной экономике, заполнив пропуски нужными словами в следующей фразе:

"Чем более развита рыночная экономика, тем функции государства в ней ...". (*слабее, сильнее, многовариантнее, ...*).

Задача 2. "На уровень инвестиций в стране наиболее сильное прямое влияние оказывает уровень ... населения". Выберите подходящий из следующих терминов: *потребления, сбережения*.

Задача 3. Нужны ли процессы *коммерциализации* в современном государственном управлении? "Да"? или "Нет"? с краткими комментариями.

1. Какое из приведенных ниже определений характеризует предпринимательство?

а) инициативная деятельность хозяйствующих субъектов, связанная с использованием имущества, денежных средств и других ресурсов, в целях достижения коммерческого и иного успеха;

б) процесс создания и продвижения товаров на рынок;

- в) управление людьми в трудовом коллективе;
- г) процесс планирования, организации, мотивации и контроля, направленный на достижение целей фирмы.

2. Что из перечисленного не относится к свойствам предпринимательства?

- а) самостоятельность;
- б) подверженность риску;
- в) ориентация на потребителя;
- г) публичность.

3. Какая функция предпринимательства заключается в формировании системы управления предприятием?

- а) общеэкономическая функция;
- б) творческо-поисковая функция;
- в) социальная функция;
- г) организаторская функция.

4. Предпринимателем является:

- а) высший руководитель на предприятии;
- б) владелец капитала, находящегося в обороте и приносящего доход;
- в) субъект рынка, осуществляющий торгово-посредническую деятельность;
- г) юридическое лицо, прошедшее государственную регистрацию.

4. В какой период в исторической ретроспективе предпринимательство в России достигло наибольшего развития?

- а) в 15 – 16 вв.;
- б) во второй половине 19 – начале 20 вв.;
- в) в 30-е гг. 20 в.;
- г) в 50-е – 80-е гг. 20 в.

5. В чем проявляется социальная функция предпринимательства?

- а) в сбережении природных ресурсов;
- б) в производстве товаров и извлечении прибыли;
- в) в поиске перспективных предпринимательских идей;
- г) в создании условий для проявления профессиональных способностей людей.

6. Что характеризуется следующим определением: «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их»?

- а) дееспособность;
- б) правоспособность;
- в) охраноспособность;
- г) свобода личности.

7. Градация предприятий по их размерам осуществляется на основе:

- а) численности работающих и валового дохода;

- б) формы собственности;
- в) организационно-правовой формы;
- г) пожелания учредителей.

8. В каких юридических лицах их участники не имеют имущественных прав?

- а) в государственных унитарных предприятиях;
- б) в муниципальных унитарных предприятиях;
- в) на предприятиях, финансируемых собственником;
- г) в общественных организациях.

9. Какими учредительными документами должно располагать общество с ограниченной ответственностью, состоящее из нескольких участников?

- а) уставом;
- б) уставом и учредительным договором;
- в) уставом, учредительным договором и реестром учредителей;
- г) уставом и выпиской об учете в местном отделении пенсионного фонда.

10. Форма реорганизации юридических лиц, предполагающая изменение организационно-правовой формы предприятия без его объединения с другими хозяйствующими субъектами, именуется:

- а) выделением;
- б) реформированием;
- в) присоединением;
- г) преобразованием.

Вариант IX

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Концепция предпринимательства. Функции и типы предпринимательской деятельности.

2. Понятие и основные цели государственного регулирования предпринимательской деятельности.

Задача 1. Предприятие для финансирования деятельности использует капитал, который имеет следующую структуру: Элементы капитала
Величина капитала, тыс. руб. Уставной капитал 200 Добавочный капитал 300
Заемный капитал 500 Величина прибыли по результатам деятельности за год составила 300 тыс. руб. ставка налога на прибыль составляет 30%.
Определить доходность капитала.

Задача 2. Уставной капитал (обыкновенные акции номиналом 10 тыс. руб.) 3600000 тыс. руб.

Чистая прибыль 790000 тыс. руб.

Сумма выплаченных дивидендов 520000 тыс. руб.

Эмиссионная премия 270000 тыс. руб.

Накопленная прибыль 890000 тыс. руб.

Стоимость покупки одной акции 15000 тыс. руб.

Стоимость продажи одной акции 24000 тыс. руб.

Найти коэффициент рыночной активности предприятия: прибыльность одной акции, соотношение цены и прибыли на одну акцию, норма дивиденда на одну акцию, доходность акции с учетом курсовой стоимости акции, балансовая стоимость акции, доля выплаченных дивидендов.

Тест:

1. Отказ в регистрации предприятия не возможен в случае:

- нарушение уставленного законом порядка создания предприятия
- несоответствия учредительных документов требованиям законодательства РФ
- экономической нецелесообразности производства данного продукта

2. Регистрация индивидуального предпринимателя должна быть произведена не позднее чем _____ с момента подачи заявления.

- в месячный срок - в день предоставления документов
- в течение 30 дней 14. К субъектам малого предпринимательства относятся:

- физические лица без образования юридического лица;
- юридические лица, в которых численность работников не превышает 100 человек

3. Юридическое лицо должно обладать в совокупности характерными признаками (отметить лишнее):

- наличием обособленного имущества
- способностью отвечать по обязательствам своим имуществом
- способностью выступать в имуществе обороте от своего имени
- возможностью предъявлять иски и выступать в качестве ответчика в суде, арбитражном суде
- способностью выступать в торговом обороте от своего имени

4. Предельный уровень средней численности работников (человек) в малых предприятиях (распределить в соответствии)

- в промышленности 60
- в строительстве 50
- на транспорте 30
- в сельском хозяйстве 30
- в научно-технической сфере 50
- в оптовой торговле 100
- в розничной торговле 100
- в бытовом обслуживании 100
- в остальных отраслях 60

5. На праве учредителей в отношении юридических лиц или их имущества, юридические лица могут быть: (соединить в пары)

1. юридические лица, в отношении

1. Государственные, которых их участники имеют муниципальные, дочерние обязательственные права предприятия

2. юридические лица, на имущество

2. Общественные, религиозные которых их учредители имеют право организации собственности, или иначе, вещное благотворительные право и иные фонды

3. юридические лица, в отношении

3. Хозяйственные которых их учредители не могут товарищества иметь никаких имущественных прав производственные кооперативы

6. Производственный кооператив может быть добровольно реорганизован в хозяйственное товарищество или общество _____ его членами или ликвидирован

- по единогласному решению

- простым большинством голосов

7. Меры государственной поддержки малого предпринимательства:

- льготное кредитование;

- предоставление налоговых льгот;

- премии предпринимателем за высокие показатели;

- предоставление государственного запаса;

- аренда недвижимости на льготных условиях

- предоставление социальных льгот;

- содействие в подготовке и переподготовке кадров;

- предоставление оборудования в лизинг.

8. Минимальное число членов предприятия составляет: (соединить в пары)

1. общество

1. 5 человек

2. кооператив

2. не ограничено

3. индивидуальный частный предприниматель

3. 1 человек

9. Кто из участников отвечает своим личным имуществом по долгам предприятия:

- вкладчики

- акционеры

- полные товарищи

10. К коммерческой тайне не относится:

- планы внедрения новых технологий и видов продукции

- уровень складских запасов

- фактическое состояние рынков сбыта

Вариант X

Раскрыть теоретические вопросы:

1. Доминирующее положение субъектов предпринимательства на рынке.
2. Монополистическая деятельность хозяйствующих субъектов.

Задача 1. Стоимость на начало года акции компании «Дельфин» - $A \cdot 1000$ () руб.; акции компании «Лоск» - $B \cdot 1000$ () руб.; акции компании «Трасс» - $C \cdot 1000$ () руб. За год акции первой компании поднялись на C () %, второй – упали на B () %, третьей – поднялись на $A \cdot 9$ () %. Определить изменение стоимости портфеля акционера на конец года, если у него 250 акций компании «Дельфин», 350 акций компании «Лоск», 500 акций компании «Трасс».

Задача 2. Стоимость на начало года акции компании «Апельсин» - 2000 руб.; компании «Флор» - 1900 руб., компании «Цвик» - 1200 руб. За год акции первой компании поднялись на A () %, второй упали на B () %, третьей – поднялись на C () %. Акционеру необходимо обналечить, продав ценные бумаги, 500 000 руб. Какие акции и в каком количестве следует продать, если у акционера $100 \cdot A$ () акций компании «Апельсин»; $100 \cdot B$ () акций компании «Флор»; $100 \cdot C$ () акций компании «Цвик»?

Задача 3. Акционерное общество выпустило $250 \cdot A$ () простых акций и $200 \cdot B$ () привилегированных. Нормальная стоимость простой акции – 15 000 руб., а привилегированной – 25 000 руб. Дивиденд по привилегированным акциям – C () %. Нераспределенная прибыль составила 2 500 000 руб. определить доходность простой акции.

Тест:

1. Какой из признаков не характерен для предпринимательской деятельности?

а) Государство несет ответственность по обязательствам предпринимателя.

б) Деятельность, осуществляемая на свой страх и риск.

в) Систематическое получение прибыли.

2. Кто такой менеджер?

а) Предприниматель.

б) Наемный работник.

в) Все вместе.

3. Организационный план содержит сведения о:

а) статусе предприятия;

б) оценке эффективности проекта;

в) распределении обязанностей между членами руководящего состава;

г) сроках строительства.

4. Учредители предприятия какой организационно-правовой формы не имеют права делить прибыль пропорционально вкладу в уставный капитал?

а) Закрытое акционерное общество.

б) Производственный кооператив.

в) Общество с дополнительной ответственностью.

5. Какая организация не относится к коммерческим?

а) Полное товарищество.

- б) Фонд.
 - в) Производственный кооператив.
6. Что больше влияет на решение о покупке конкретного товара?
- а) Необходимость.
 - б) Потребность.
 - в) Ощущения.
7. С какой целью предприятие разрабатывает свой товарный знак?
- а) Для отличия своих товаров от товаров конкурентов.
 - б) Для украшения товаров.
 - в) Для того, чтобы поместить на упаковке товаров.
8. Причины прекращения деятельности предприятия:
- а) убыточность производства;
 - б) реализация предпринимательских способностей;
 - в) отсутствие или резкое падение спроса на выпускаемую продукцию.
9. В учредительных документах юридического лица должны определяться:
- а) наименование юридического лица;
 - б) порядок управления деятельностью;
 - в) местонахождение юридического лица;
 - г) местонахождение промышленного предприятия.
10. Юридическое лицо:
- а) отвечает по своим обязательствам своим имуществом;
 - б) может не иметь фирменного наименования;
 - в) имеет право предъявлять иски и выступать в суде в качестве ответчика.