

**Оценочные средства для проведения аттестации
по дисциплине «Медицинское страхование»
для обучающихся 2022 года поступления
по образовательной программе
39.03.02 «Социальная работа»,
профиль «Медико-социальная работа с населением»,
(бакалавриат),
форма обучения очная
на 2024- 2025 учебный год**

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачёта.

Промежуточная аттестация включает следующие типы заданий: оценка освоения практических навыков (умений), собеседование.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Перечень примерных тем рефератов/докладов, тест

1. Правовое регулирование медицинского страхования в РФ.
2. Основные отличия медицинского страхования от бюджетной медицины.
3. Основные понятия медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования.
4. Сравнительный анализ систем медицинского страхования в зарубежных странах. Страховая, национальная, частная, государственная системы здравоохранения.
5. Нормативно-правовые основы медицинского страхования.
6. Особенности обязательного и добровольного медицинского страхования.
7. Обязательное медицинское страхование как составная часть государственного социального страхования.
8. Конституционные принципы ОМС.
9. Компетенция РФ, субъектов РФ и муниципальных образований по правовому регулированию ОМС.
10. История возникновения и становления медицинского страхования за рубежом.

11. Основные исторические этапы становления и развития медицинского страхования в России.
12. Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.
13. Место фондов ОМС в системе ОМС.
14. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи.
15. Проблемы реализации права граждан на бесплатную медицинскую помощь.
16. Проблемы обеспечения доступной и качественной медицинской помощи.
17. Стандарты качества медицинской помощи: медицинские и правовые аспекты.
18. Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС.
19. Международные акты о правах человека в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи.
20. Права граждан в системе ОМС.
21. Обязательное медицинское страхование как конституционная гарантия основных прав и свобод человека.
22. Права и обязанности медицинских работников.
23. Актуальные проблемы становления медицинского страхования в России и перспективы его развития.
24. Принципы и задачи ОМС.
25. Организационные и экономические аспекты функционирования системы ОМС.
26. Нормативно-правовые основы ОМС.
27. Законодательство РФ об обязательном медицинском страховании в РФ.
28. Законодательство субъектов РФ в сфере ОМС.
29. Страхование работающего и неработающего населения.
30. Регулирование отношений сторон в системе ОМС.
31. Виды договоров в системе ОМС.
32. Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

33. Контроль сроков, условий, объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС.
34. Принципы и методы оценки, обобщения и использования экспертизы качества медицинской помощи. Механизм принятия решений по результатам экспертизы.
35. Организация защиты прав застрахованных в фондах ОМС и СМО.
36. ДМС как вид медицинского страхования.
37. Предмет, цели и задачи ДМС.
38. Нормативно-правовые основы ДМС.
39. Объект, субъекты системы ДМС.
40. Характеристика ДМС в зарубежных странах.
41. История развития ДМС в России.
42. Регулирование отношений сторон в системе ДМС.
43. Договор ДМС.
44. Правила ДМС.
45. Проблемы и перспективы развития ДМС.
46. Программы ДМС.
47. Личное и корпоративное ДМС.
48. Актуарные расчеты в ДМС.

Тест

1. В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ
 1. цена (стоимость) различных видов медицинских услуг
 2. дифференцированная подушевая стоимость медицинской помощи в зависимости от пола и возраста
 3. перечень, виды и объем гарантированных государством медицинских услуг
 4. **перечень, виды и объем медицинских услуг, оказываемых за счет средств ОМС**
 5. перечень разрешенных платных медицинских услуг
2. В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ ОКАЗЫВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
 1. не более 10 дней
 2. не более 3 дней
 3. не более 90 дней
 4. **не более 30 дней**
 5. суток

3. В СЛУЧАЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ВЫБОР СМО ПО НОВОМУ МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ
1. одной недели
 2. одного дня
 3. пяти дней
 4. десяти дней
- 5. одного месяца**
4. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ПРАВО ГРАЖДАНИНА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ОМС, ЯВЛЯЕТСЯ
1. договор страхования
 - 2. страховой медицинский полис**
 3. территориальное соглашение
 4. закон об обязательном медицинском страховании граждан
 5. Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
5. КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПОРЯДКА ВКЛЮЧЕНИЯ (ИСКЛЮЧЕНИЯ) СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕЕСТР СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, МОНИТОРИНГ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОМС ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
- 1. Федеральный фонд ОМС**
 2. Пенсионный фонд
 3. Росстрахнадзор
 4. Росздравнадзор
 5. все перечисленные в пределах компетенции
6. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА БЕЗОТЛАГАТЕЛЬНО ОКАЗЫВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ НЕЗАВИСИМО ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ И МЕХАНИЗМА ОПЛАТЫ
- 1. при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства**
 2. при оказании социально гарантированных медицинских услуг
 3. при оказании помощи беременным женщинам и детям в возрасте до одного года
 4. при оказании первичной медико-санитарной помощи
 5. во всех перечисленных случаях
7. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕИСПОЛНЕНИЕ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
1. если данное условие оговорено в договоре на оказание медицинских услуг
 - 2. если докажет, что пациентом нарушены правила поведения (режим, диета, выполнение процедур и т.д.), которые он должен соблюдать**
 3. если неисполнение (ненадлежащее исполнение обязательств) произошло в связи с использованием оборудования, имеющего дефекты по вине изготовителя
 4. если докажет, что в процессе оказания медицинской услуги произошли осложнения, которые не могли быть предусмотрены
 5. если ненадлежащее исполнение обязательств касается осложнений, возникших не по вине медицинской организации
8. НА ТЕРРИТОРИИ РФ ЛИЦА, НЕ ИМЕЮЩИЕ ГРАЖДАНСТВА, ИМЕЮТ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРАВО НА
- 1. бесплатную медицинскую помощь только при экстренных и неотложных состояниях**
 2. бесплатную медицинскую помощь только в рамках базовой программы ОМС
 3. бесплатную медицинскую помощь, финансируемую за счет муниципального бюджета
 4. бесплатную медицинскую помощь, финансируемую за счет федерального бюджета
 5. такие же права и обязанности, как и граждане РФ

9. НАЗНАЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НЕ ВХОДЯЩИХ В СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДОПУСКАЕТСЯ В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ (ИНДИВИДУАЛЬНОЙ НЕПЕРЕНOSИМОСТИ, ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ) ПО РЕШЕНИЮ
1. формулярной комиссии медицинской организации
 2. клинического фармаколога медицинской организации
 - 3. врачебной комиссии медицинской организации**
 4. консилиума
 5. уполномоченного представителя страховой медицинской организации
- ОДНОВРЕМЕННО С ПОЛИСОМ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ВЫДАЕТСЯ
10. 1. правила ОМС
2. базовая программа
3. территориальная программа
4. перечень медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в субъекте РФ
5. памятка для застрахованных лиц
- ОМС ПОСЛЕ ДНЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА И ДО ДОСТИЖЕНИЯ ИМ СОВЕРШЕННОЛЕТИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ
11. 1. в которой застрахована мать ребенка
2. в которой застрахован один из его родителей
3. в которой застрахован один из его родителей или другой законный представитель
4. выбранной одним из его родителей или другим законным представителем
5. назначенной органом исполнительной власти субъекта РФ по итогам специального конкурса
- ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО ТРЕБОВАТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ УСЛОВИЙ, НЕ ВКЛЮЧЕННЫХ В ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ЕСЛИ ЭТИ УСЛОВИЯ
12. 1. являются существенными
2. относятся к порядку возмещения ущерба, причиненного здоровью пациента
3. относятся к порядку возмещения материального и морального ущерба пациенту
4. определены действующим законодательством
5. пациент в любом случае не имеет права требовать выполнения условий, не включенных в договор
- ПЕРЕЧЕНЬ НАРУШЕНИЙ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ОМС
13. УСТАНОВЛИВАЕТСЯ
- 1. правилами ОМС**
 2. договором о финансовом обеспечении ОМС
 3. договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС
 4. территориальной программой
 5. федеральным законом
- ПО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ВИДАМ СТРАХОВАНИЯ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
14. УСТАНОВЛИВАЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ
- 1. закона или других законодательных документов**
 2. обязательств страховщика
 3. заявления страхователя о страховании
 4. проведенного опроса потенциальных клиентов
 5. любым из перечисленных способов
- ПОЛИС ОМС НАХОДИТСЯ
15. **1. на руках у застрахованного лица**
2. в СМО
 3. в территориальном фонде
 4. в медицинской организации
 5. возможен любой из вариантов

16. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННОМ (МУНИЦИПАЛЬНОМ) ЗАДАНИИ РАСПИСЫВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С
1. протоколами ведения больных и КСГ
 - 2. федеральными стандартами объема медицинской помощи**
 3. федеральными стандартами объема медицинской помощи и протоколами ведения больных
 4. нормативно-правовой базой и федеральными стандартами
 5. особенностями прикрепленного контингента
17. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС ЧЕРЕЗ СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. предварительное кредитование
 - 2. оплата счетов-реестров**
 3. оплата определенных видов деятельности
 4. оплата реестров за пролеченных больных
 5. оплата счетов-фактур за оказанные услуги
18. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА РФ ОПРЕДЕЛЯЮТ
- 1. правила обязательного медицинского страхования**
 - 2. базовая программа ОМС**
 - 3. Территориальная программа ОМС**
 - 4. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС**
 5. тарифное соглашение
19. СТРАХОВОЙ ТАРИФ ВЗНОСОВ НА ОМС ДЛЯ ПРЕДПРИЯТИЙ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ПРОЦЕНТАХ ПО ОТНОШЕНИЮ К
- 1. начисленной оплате труда**
 2. прибыли предприятия
 3. валовому доходу предприятия
 4. основным средствам предприятия
 5. оборотным средствам предприятия
20. СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАНЫ ОЗНАКОМИТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИС, С
1. правилами ОМС
 2. базовой программой
 3. территориальной программой
 4. перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в субъекте РФ
 - 5. всем перечисленным**
21. СТРУКТУРА ТАРИФА НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ РАСХОДЫ НА
1. оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества
 2. арендную плату за пользование имуществом
 3. оплату программного обеспечения и прочих услуг
 4. социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ
 - 5. приобретение оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу СУБЪЕКТАМИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**
22. ВСЕ, КРОМЕ
- 1. фонд медицинского страхования и орган управления здравоохранением**
 2. страховая медицинская организация
 3. медицинское учреждение
 4. застрахованный гражданин
 5. работодатель

СУБЪЕКТАМИ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ

23. **1. Федеральный фонд**
2. территориальные фонды
3. страховые медицинские организации
4. медицинские организации
5. все перечисленные
- В ФУНКЦИИ ЭКСПЕРТА КМП ВХОДЯТ
24. 1. прием пациентов с целью установления диагноза, проведение экспертного исследования КМП, оформление мотивированного экспертного заключения, включая выводы как ответы на поставленные вопросы в части КМП
2. проведение экспертного исследования КМП, установление врачебных ошибок, составление экспертного протокола, оформление мотивированного экспертного заключения
3. составление экспертного протокола с формализованным описанием врачебных ошибок, организационные вопросы проведения экспертизы, привлечение необходимых специалистов
4. оформление мотивированного экспертного заключения, выдача рекомендаций по обследованию и лечению в конкретных случаях экспертизы, проведение беседы с семьей пациента
5. организационные вопросы проведения экспертизы, проведение беседы с семьей пациента, прием пациентов с целью установления диагноза
25. **ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОЦЕНКА ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ, СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА И УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ВЫЯВЛЕННЫХ ДЕФЕКТОВ В ОКАЗАНИИ МЕД. ПОМОЩИ - ЭТО**
1. экспертиза качества медицинской помощи
2. медико-экономическая экспертиза
3. медико-экономический контроль
4. аудит качества
5. мониторинг качества
26. **ДОКУМЕНТЫ ПО СПОРАМ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ЗАСТРАХОВАННОГО В СВЯЗИ С ОТКАЗОМ, НЕОКАЗАНИЕМ, НЕКАЧЕСТВЕННЫМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
1. медицинский полис
2. выписной эпикриз из медицинской организации
3. платежные документы (чеки, квитанции), подтверждающие расходы, в том числе расходы на лечение, посторонний уход, приобретение лекарств и т.д.;
4. исковое заявление; выписной эпикриз из медицинской организации; платежные документы
5. справка о состоянии здоровья
27. **ДОПУЩЕННОЕ НАРУШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ИНОЙ ЕЕ НЕДОСТАТОК, НЕЗАВИСИМО ОТ ВИНЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ РАБОТНИКОВ ПРИЗНАЕТСЯ**
1. профессиональной ошибкой при оказании медицинской помощи
2. врачебной ошибкой
3. ятрогенией
4. дефектом
5. браком
28. **ЗАВЫШЕНИЕ (НЕВЫПОЛНЕНИЕ) ОБЪЕМА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ В СТАНДАРТЕ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК**
1. врачебная ошибка
2. отклонение от стандарта
3. несоответствие
4. халатность

5. дефект
29. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРОВОДИМЫЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. особым условием договора на предоставление медицинских услуг
 2. особым условием договора об обязательном медицинском страховании
 3. правом страховой медицинской организации
 - 4. обязанностью страховой медицинской организации**
 5. незаконным действием страховой медицинской организации
30. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ВОЗМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНОГО ВРЕДА ПАЦИЕНТУ
1. в денежной форме наличными или перечислением
 2. в натуральной или денежной форме, наличными или перечислением
 3. в любой форме, согласованной с пациентом
 - 4. в виде выплаты денежной суммы на открытый пациентом счет в банке**
 5. в любой из перечисленных форм
31. МЕТАЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
- 1. повышения объективности проведения экспертизы**
 2. для вынесения коллективного суждения
 3. для осуществления предупредительного контроля качества
 4. верно все перечисленное
32. ОБЪЕМ ПЛАНОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ЧИСЛА ЗАКОНЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ НЕ МЕНЕЕ
1. всех случаев оказания медицинской помощи по ОМС
 2. 8%
 - 3. 5%**
 4. 3%
 5. 0,5% по результатам медико-экономического контроля
33. ОБЪЕМ ПРОВЕРОК ПРИ ПЛАНОВОЙ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ОТ ЧИСЛА ПРИНЯТЫХ К ОПЛАТЕ СЧЕТОВ ПО СЛУЧАЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1. не менее 8%**
 2. не менее 5%
 3. не менее 0,8%
 4. не менее 2%
 5. определяется договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС
34. ОБЯЗАННОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАСТРАХОВАННЫМ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОПРЕДЕЛЕННОГО ОБЪЕМА И КАЧЕСТВА ВОЗЛАГАЕТСЯ
1. на орган управления здравоохранением субъекта федерации
 2. на муниципальный орган управления здравоохранением
 3. на медицинские организации
 4. на территориальный фонд обязательного медицинского страхования
 - 5. на страховую медицинскую организацию**
35. ПЛАНОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ПРОВЕРЯЕМЫЙ ПЕРИОД ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДВЕРНУТО
1. не менее 5 % случаев
 2. не менее 10 % случаев
 3. не менее 15 % случаев
 4. не менее 20 % случаев
 - 5. по согласованию СМО с медицинской организацией**

- ПРИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ПРОВОДИТСЯ КОНТРОЛЬ
36. **1. всех случаев оказания медицинской помощи по ОМС**
2. объем проверок определяется договором на оказание и оплату мед. помощи по ОМС
3. не менее 8% случаев оказания медицинской помощи по ОМС
4. не менее 5% случаев оказания медицинской помощи по ОМС
5. не менее 2% случаев оказания медицинской помощи по ОМС
- СОГЛАСОВАНИЕ ПЛАНОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ
37. ОРГАНИЗАЦИЙ В ЧАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПЛАНЫ ПРОВЕРОК МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ДОГОВОРАМ НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС, ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
- 1. Территориальный фонд ОМС**
2. Прокуратура
3. орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения
4. территориальный орган Росздравнадзора
5. все перечисленные
- ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ РЕЕСТР ЭКСПЕРТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
38. ВЕДЕТ
1. Федеральный фонд ОМС
2. территориальный фонд ОМС
3. СМО
4. орган управления здравоохранением субъекта РФ
5. территориальное управление Росздравнадзора
- ЭКСПЕРТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ
39. КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕЛАЕТ ВСЕ, КРОМЕ
1. использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов
2. предоставляет сведения об используемых нормативных документах по требованию должностных лиц медицинской организации
3. соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат
4. обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи
- 5. наложение штрафов**
- ЭКСПЕРТОМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС МОЖЕТ
40. БЫТЬ
1. любой врач со стажем работы 5-10 лет
2. практикующий врач со стажем работы по специальности не менее 5 лет и включенный в регистр экспертов качества
3. врач специалист, имеющий любую квалификационную категорию или ученую степень и прошедший подготовку по экспертизе качества медицинской помощи
4. врач, имеющий сертификат по специальности со стажем не менее 10 лет, прошедший подготовку по экспертной деятельности в сфере в ОМС и состоящий в регистре экспертов качества

Перечень контрольных вопросов для собеседования для проверки промежуточной аттестации по дисциплине, проверяющие знания в рамках компетенции.

Контрольные вопросы для промежуточной аттестации

1. Система законодательства об охране здоровья граждан. Основные законодательные и нормативные акты, регулирующие охрану здоровья граждан и медицинское страхование в РФ.
2. Нормативно-правовые акты, регулирующие правоотношения МО со страховой медицинской организацией, фондом ОМС и непосредственно пациентом.
3. Система медицинского (социального) страхования: основные черты, положительные стороны и недостатки системы.
4. Полномочия различных уровней власти и управления в обеспечении ОМС.
5. Органы управления социальным страхованием в России, их правовой статус, задачи и функции.
6. Выплаты и компенсации, предусмотренные системой социального страхования граждан. Формирование средств государственного социального страхования.
7. Организация обязательного медицинского страхования на современном этапе развития здравоохранения в РФ. Программы ОМС.
8. Территориальные Программы Государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи: основная цель, задачи и принципы построения, порядок разработки.
9. Нормативы объемов медицинской помощи, финансовых затрат и источники финансирования Программы государственных гарантий.
10. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования: взаимодействие с МО и СМО
11. Программы ОМС: виды, структура, порядок формирования.

12. Финансовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования. Страховые взносы на работающее и неработающее население.
13. Распределение объемов медицинской помощи в рамках Программы госгарантий. Формирование плановых заданий для медицинских организаций в системе ОМС
14. Взаимодействие участников системы ОМС при реализации госзадания.
15. Тарифные соглашения. Способы оплаты медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи.
16. Порядок обеспечения страховыми полисами застрахованных граждан в рамках реализации программ ОМС.
17. Организационная структура системы ОМС.
18. Порядок оказания медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.
19. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам временно или постоянно проживающим на территории Российской Федерации.
20. Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС.
21. Порядок формирования тарифов на медицинскую помощь по ОМС и ДМС.
22. Права и обязанности застрахованных по ОМС и ДМС.
23. Обеспечение и защита прав застрахованных на получение бесплатной медицинской помощи, соответствующей по качеству, объемам, срокам и условиям территориальной программе ОМС. Работа представителей СМО и ТФОМС по защите прав застрахованных.
24. Права и обязанности медицинских организаций в условиях их участия в реализации Программ ОМС.
25. Права и обязанности страхователей в системе медицинского страхования.
26. Права и обязанности страховых медицинских организаций в условиях реализации договоров медицинского страхования.

27. Правовое и информационное обеспечение персонифицированного учета в системе ОМС.
28. Правовой статус субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования, регулирование отношений между ними.
29. Система договоров в сфере обязательного медицинского страхования.
30. Преимущественно одноканальное финансирование медицинской деятельности: принципы, этапы перехода, законодательная база.
31. Применение классификаторов медицинских услуг в системе ОМС. Кодирование медицинских услуг.
32. Формирование и расходование средств Федерального и территориального фондов ОМС.
33. Тарифы на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования.
34. Виды нарушений при оказании медицинской и лекарственной помощи застрахованным.
35. Внесудебная и судебная формы защиты прав застрахованных в системе ОМС.
36. Возмещение вреда (ущерба) при некачественном оказании медицинской помощи.
37. Полномочия органов государственной (муниципальной) власти в области контроля (надзора) за деятельностью медицинских организаций.
38. Контроль качества медицинских услуг в системе медицинского страхования.
39. Методы медико-экономической оценки качества: алгоритм оценки, экспертные технологии.
40. Организация и порядок проведения медико-экономического контроля качества медицинской помощи в системе ОМС.
41. Организация и методика текущей экспертизы соответствия объема и качества медицинской помощи условиям договора.

42. Организация и методики проведения углубленной специальной экспертизы КМП.
43. Организация и содержание работы эксперта страховой медицинской организации.
44. Организация и содержание работы экспертов-организаторов территориальных фондов (филиалов) ОМС.
45. Организация работы структурного подразделения ТФОМС по защите прав застрахованных. Порядок рассмотрения обращений пациентов.
46. Ответственность за вред (ущерб), причиненный застрахованным пациентам при некачественном оказании медицинской помощи.
47. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.
48. Взаимодействие структур по контролю качества медицинской помощи в системе здравоохранения РФ.
49. Принципы и методы оценки, обобщения и использования результатов экспертизы КМП.
50. Роль и место территориальных фондов ОМС в управлении качеством медицинской помощи.
51. Финансовые санкции по результатам экспертизы за нарушения условий договора в отношении КМП: виды, основания, порядок исчисления и взимания
52. Цели, задачи ведомственной экспертизы качества медицинских услуг. Порядок взаимодействия в процессе экспертизы с пациентами, экспертами ТФ ОМС и СМО.
53. Экспертиза качества медицинской помощи: правовой статус и система взаимодействия в условиях медицинского страхования.
54. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи в системе ОМС. Рассмотрение претензий медицинской организации

55. Экспертная служба системы ОМС: правовой статус, организация деятельности экспертов качества медицинских услуг, ответственность за качество экспертизы.

56. Экспертная оценка качества медицинских услуг в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях. Индикаторы качества на уровне специализированной медицинской помощи.

Ситуационные задачи

Задача №1. При проведении ЭКМП экспертом качества медицинской помощи установлено:

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического.

2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии.

3. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.

4. Результат лечения:

- Выписан с улучшением
- Удлинен срок пребывания в стационаре (в соответствии со стандартом или средним, сложившимся в регионе по данной нозологической форме)

Вопросы:

1. Какие из приведенных экспертом положений можно отнести к дефектам оказания МП?

2. На какие этапы лечебно-диагностического процесса оказали воздействие установленные факторы?

3. Составьте заключение о качестве МП в данной ситуации, основанное на причинно-следственных связях выявленных отклонений.

4.Какие финансовые санкции Вы предъявите к МО, за медицинскую помощь ненадлежащего качества, в соответствие с принятым в системе ОМС перечнем де

Задача №2. При проведении медико-экономической экспертизы специалист-эксперт установил следующие факты:

- Укорочение сроков госпитализации более чем на 50% при сравнении с МЭС.
- Несоответствие объема проведенных дополнительных обследований для обоснованной верификации диагноза и выбора рациональной тактики лечения.
- При углубленной медико-экономической экспертизе формализованные записи в истории болезни подтверждают удовлетворительное состояние больного с момента поступления в стационар.

Вопросы:

- 1.Достаточно ли приведенных данных для принятия решения об обоснованности госпитализации? Обоснуйте Ваш ответ.
- 2.Если ответ на вопрос «да», то какие финансовые санкции необходимо предъявить МО?

Задача №3. Вы председатель врачебной комиссии стационарного лечебно-профилактического учреждения. Какие подкомиссии вы считаете необходимым создать в составе врачебной комиссии своего учреждения? Обоснуйте свои предложения.

Задача №4. Вы член врачебной комиссии амбулаторно-поликлинического учреждения. Председатель врачебной комиссии поручил вам разработать план экспертизы качества медицинской помощи в своем учреждении. Предложите основные мероприятия плана, обоснуйте предложения.

Задача № 5. Эксперт качества медицинской помощи К, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, в ответ на приглашение СМО к проведению целевой экспертизы качества медицинской помощи присылает отказ.

Через две недели СМО обращается к эксперту К повторно с предложением проведения другой целевой экспертизы качества медицинской помощи. Опять получает отказ, который не подтверждается уважительными причинами.

Через 10 дней опять СМО обращается к данному эксперту и опять получает отказ, не подтвержденный уважительными причинами.

СМО обращается в территориальный фонд с жалобой на эксперта К.

Какие меры воздействия на эксперта качества медицинской помощи может принять территориальный фонд, если эксперт не изъявляет желания выйти из реестра, обосновать все возможные варианты мер воздействия.

Рассмотрено на заседании кафедры Медико-социальных технологий «13» июня 2024 г., протокол № 11

Заведующий кафедрой



В.М. Чижова