

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 – 2014

Федеральный закон от 01.12.2014 № 387-ФЗ
«О бюджете Федерального фонда обязательного
медицинского страхования на 2015 год и на плановый
период 2016 и 2017 годов»

Федеральный закон от 01.12.2014 № 418-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон
"Об обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации" и отдельные законодательные акты
Российской Федерации»



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 6, 2014**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 6, 2014

Рецензируемый научно-практический журнал

Издание входит в Перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 7 декабря 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

А.З. Фаррахов – Заместитель министра финансов Российской Федерации, к.м.н.

Н.А. Хорова – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

П.В. Бреев – Советник председателя ФОМС

А. Гиуффрида – Старший экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, д.э.н. (США)

В.А. Зеленский – Директор Московского городского фонда ОМС, к.э.н.

С.А. Карчевская – Заместитель председателя ФОМС

М.А. Ковалевский – Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического университета, к.ф.-м.н.

О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков

Д. Лангенбрюннер – Ведущий экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и здравоохранения (США)

А.Л. Линденбратен – Заместитель директора по научно-исследовательской работе ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – Академик РАМН, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

В.И. Стародубов – Вице-президент РАМН, д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения»

О.В. Царёва – Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС, к.м.н.

И.М. Шейман – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

В.В. Повод – Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

Главный редактор:

Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Издательство «Офтальмология», к.п.н.

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 12.12.2014 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 80 полос

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)
Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2014

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в каталоге «Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 6, 2014

Peer-reviewed scientific practical journal

The edition is included in the list of scientific journals recommended for publications of basic results of researches for thesis defense to academic degrees of Candidate and Doctor of Sciences according to the decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia dated December 7, 2012.

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

Ayrat Farrakhov – MD, PhD, Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

N.A. Khorova – Deputy Minister of Health of the Russian Federation

P.V. Breyev – Councilor of Chairman of the FCHIF

Antonio Giuffrida – PhD in Economic Sciences, Senior Health Economist with the World Bank (USA)

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Moscow City FCHIF

S.A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF

M.A. Kovalevsky – Professor of the Chair for Public Health of the Moscow State Medical Dentistry University, PhD

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Drug Supply and Management of Medical Products Circulation of the Health Ministry of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank, PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor, The National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

A.V. Reshetnikov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

V.I. Starodubov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, Vice-President of the Russian Academy of Medical Sciences, Director of the Central Research Institute of Health Service Organization and Information

O.V. Tsareva – MD, PhD, Head of the Department for Modernization of OMI System, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor of the Chair for Public Health Management and Economics of the National Research University - The Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economic Sciences.

V.V. Povod – Head of the Department for Legal and International FOMI Activity

Editor-in-chief:

E.A. Politova, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

Founders: Federal compulsory health insurance fund, House of Press «Metropolitan Business»

The Journal is issued by the Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

The issue is passed for printing 12.12.2014, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 80 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)
Internet: www.omsjournal.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2014

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observance in Sphere of Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation
Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

В течение следующего года необходимо завершить переход к страховым принципам
Из Послания Президента Российской Федерации
В.В. Путина Федеральному Собранию 4

Президент Российской Федерации В.В. Путин предложил провести форум Общероссийского народного фронта по здравоохранению. 5

Заседание на тему «Право граждан на охрану здоровья: проблемы и перспективы». 6

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел семинар для главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб фондов ОМС. 8

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова
О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования на 2015 год
и на плановый период 2016 и 2017 годов 10

Федеральный закон Российской Федерации от 1 декабря 2014 года № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». 17

МОДЕРНИЗАЦИЯ ОМС

Внесены изменения в Федеральный закон
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации». 33

Федеральный закон Российской Федерации от 1 декабря 2014 года № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» 34

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Начальник Управления модернизации системы ОМС
ФОМС О.В. Царёва о реализации проекта «дорожной
карты» в сфере здравоохранения 38

Заместитель начальника финансово-экономического
управления ФОМС И.А. Железнякова об использовании
клинико-статистических групп при оплате медицинской
помощи. 40

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

И.В. Успенская, Е.М. Пристupa
Особенности оплаты и организации первичной акушерско-
гинекологической помощи на селе
I.V. Uspenskaya, E.M. Pristupa
Features of payment and organization of primary obstetric
care in rural areas 42

Н.И. Гришина
Деятельность страховых медицинских организаций
в условиях нового законодательства по ОМС 46

К.С. Виравов
Анализ соответствия стоматологической помощи детям
в системе обязательного медицинского страхования
федеральному стандарту медицинской помощи при кариесе

K.S. Virabov
The analysis of the compliance of dental care to children in the
system of obligatory medical insurance to the federal
standard of care in dental caries 52

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

И.В. Большаков
DLP-система как средство защиты информации в структуре
органов обязательного медицинского страхования
I.V. Bolshakov
DLP-system as a mean of information protection
in the structure of OMI organs 60

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ю.Г. Герцик, Г.Е. Иванова
Экономическая эффективность и критерии
конкурентоспособности учреждений здравоохранения и
предприятий медицинской промышленности Российской
Федерации
Y.G. Gertsik, G.E. Ivanova
Economic efficiency and criteria of competition ability of public
health institutions and enterprises of medical industry of the
Russian Federation 70

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 74

В течение следующего года необходимо завершить переход к страховым принципам

Из Послания Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию
4 декабря 2014 г., Москва, Кремль



Президент Российской Федерации В.В. Путин: «Хотел бы обратить внимание на ещё один значимый показательный факт. В этом году в глобальном рейтинге здравоохранения Россия впервые признана благополучной страной. Это государства, где средняя продолжительность жизни превышает 70 лет. На данный момент этот показатель в России превысил 71 год. Считаю, что у нас есть все основания уже в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой качественной динамики в снижении смертности. В этой связи предлагаю объявить 2015 год Национальным годом борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями, которые являются основной причиной смертности сегодня, объединив для решения этой проблемы усилия медицинских работников, представителей культуры, образования, средств массовой информации, общественных и спортивных организаций.

Огромную роль в продвижении ценностей здорового образа жизни сыграла, конечно, и победная для нас Олимпиада в Сочи в 2014 году. Ещё раз хочу поздравить наших олимпийцев с этим успехом.

Что касается системы здравоохранения, то в течение следующего года здесь необходимо завершить переход к страховым принципам, отладить все механизмы, чтобы не было сбоев. У нас давно об этом говорится, мы давно этим занимаемся, но по-настоящему страховая медицина так и не заработала. Важно, чтобы работа здравоохранения по страховым принципам была понятна и гражданам, и самим медицинским работникам. Мы должны сформировать централизованную систему государственного контроля за качеством работы медицинских организаций с соответствующими полномочиями и рычагами. Прошу Правительство обеспечить внедрение необходимых изменений в законодательство.

Также предлагаю предусмотреть для врачей специальный образовательный сертификат. С его помощью они смогут выбрать оптимальную образовательную программу, чтобы пройти переподготовку, повысить квалификацию. При этом форма и технология обучения должны быть максимально удобными для специалистов, для врачей. Несмотря на все технические новации в медицине, всегда ценились именно личные качества врача. Это внимание к людям, благородство, выполнение своего профессионального и морального долга. На таких медицинских работниках, на их труде держится наше здравоохранение. И мы должны создать все условия для их достойной работы».



Президент Российской Федерации В.В. Путин предложил провести форум Общероссийского народного фронта по здравоохранению

18 ноября 2014 г., г. Москва



Президент России Владимир Путин в ходе выступления на пленарном заседании «Форума действий» Общероссийского народного фронта предложил Народному фронту провести отдельный форум по проблемам здравоохранения в первой половине 2015 г.

Лидер ОНФ отметил, что «здравоохранение так же, как и образование, – это одна из важнейших тем, которая интересует практически каждую семью, каждого гражданина страны».

По мнению Владимира Путина, такая открытая общественная дискуссия, как форум ОНФ по здравоохранению, позволила бы провести преобразования в ключевых сферах с опорой на мнение людей, исходя из интересов граждан страны.

В работе форума приняли участие более 1000 человек, среди которых сопредседатели региональных штабов Народного фронта и руководители исполкомов ОНФ, доверенные лица главы государства, члены правительства, представители экспертного и бизнес-сообществ – РСПП, ТПП, «ОПОРЫ России» и «Деловой России».

Основные темы форума – реализация «майских указов» Президента Российской Федерации и развитие российской экономики в условиях санкций. В ходе пленарного заседания участники обсудили результаты дискуссий на пяти дискуссионных площадках форума «Качество повседневной жизни», «Социальная справедливость», «Общество и власть: прямой диалог», «Импортозамещение и технологическая модернизация», «Аграрный сектор: аккуратные санкции и возможности роста».

Заседание на тему «Право граждан на охрану здоровья: проблемы и перспективы»

20 ноября 2014 г., г. Москва



Совет при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека сегодня провел специальное заседание по вопросам медицины «Право граждан на охрану здоровья: проблемы и перспективы».

В мероприятии принимали участие советник Президента, глава Совета Михаил Федотов, советник Президента Александра Левицкая, министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, уполномоченный по правам человека в России Элла Памфилова, заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников, члены Совета, руководители учреждений здравоохранения и медицинских вузов, представители общественных и правозащитных организаций.

Обсуждали процесс оптимизации системы здравоохранения в Российской Федерации. Особое внимание уделялось ситуации, сложившейся в Москве, где с конца прошлого года идет сокращение медицинских учреждений, а врачи в начале ноября провели акцию протеста, в которой, по данным организаторов, приняли участие около шести тысяч человек.

Открыли мероприятие Михаил Федотов, Элла Памфилова, Вероника Скворцова и Александр Левицкая.

Вероника Скворцова объяснила, что никакой комплексной реформы здравоохранения в России сегодня нет, те изменения, которые производятся - постепенные

и планомерные, каждое апробируется и только после тщательной оценки результатов претворяются в жизнь. Она сообщила, что позиция министерства такова: система здравоохранения должна быть национальной с государственным и негосударственным сегментами, но работать по единым правилам - общим и прозрачным критериям аккредитации медицинских работников, единым лицензионным требованиям, единым критериям качества оказания медицинской помощи.

Отвечая на вопрос о большом сокращении врачей в Москве, Скворцова сказала, что существует возможность им трудоустроиться в регионы.

«Безусловно, когда освобождаются с должностей люди, они должны быть благоустроены. Я знаю, что департамент Москвы организовал специальный центр по трудоустройству и сейчас этим серьезно занимается. А министерство федеральное заключило договор с большим всероссийским сайтом. Все медицинские вакансии абсолютно бесплатно будут на этом сайте всеми медицинскими организациями предоставляться», — заявила министр.

После Вероники Скворцовой о ситуации в Москве рассказал Леонид Печатников. Он объяснил закрытие столичных специализированных медицинских учреждений их неспособностью оказать комплекс помощи пациентам. Функции ликвидируемых учреждений будут рас-



Совет при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека заключил соглашение о сотрудничестве с Министерством здравоохранения Российской Федерации

пределены в другие многопрофильные центры, за счет чего качество оказываемых услуг улучшится и сократится коррупционная составляющая в их реализации. Он критически оценил уровень подготовки кадров в области медицины и сказал, что когда улучшится образование, тогда и станут хорошими врачи.

Выступление Вероники Скворцовой и Леонида Печатникова вместе с ответами на вопросы членов Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека заняли более трех часов. Разговор касался и федеральных проблем, и частных случаев. Короткие выступления сделали члены Совета Андрей Бабушкин и Кирилл Кабанов, заместитель губернатора Ярославской области Ростислав Даниленко и заместитель главы Администрации Липецкой области Дмитрий Молчанов.

Торжественной нотой стала церемония подписания соглашения о сотрудничестве Министерства здравоохранения Российской Федерации и Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека.

Мероприятие продолжалось почти пять часов и, что с благодарностью отметили члены Совета, все это время

Вероника Скворцова принимала активное участие в дискуссии.

Итоговым документом мероприятия станут Рекомендации, которые будут готовиться постоянной комиссией по социальным правам (ПК 2 - председатель Анита Соболева) и постоянной комиссией по трудовым правам и социальному партнерству (ПК 17 - председатель Борис Кравченко) вместе с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Председатель Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека Михаил Федотов и министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова подписали соглашение о сотрудничестве.

Соглашение устанавливает, что стороны в пределах своей компетенции будут взаимодействовать по вопросам обеспечения и защиты прав и свобод человека и гражданина в сфере здравоохранения, совершенствования механизма общественного контроля за их соблюдением, развития гражданских структур, гуманизации и модернизации российского общества.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел семинар для главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб фондов ОМС

9 декабря 2014 г., Москва



Генеральный директор ООО «Бюджетный консалтинг: методология и софт» С.В. Гапонов, заместитель директора Департамента бюджетной политики и методологии Министерства финансов Российской Федерации Т.В. Саакян, заместитель председателя Федерального фонда ОМС И.В. Соколова, начальник управления бухгалтерского учета и отчетности - главный бухгалтер Федерального фонда ОМС О.Н. Коваленко

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел семинар для главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб фондов ОМС.

Он был посвящен основным направлениям бюджетной политики в 2015 г. и в плановом периоде 2016-2017 гг. Рассматривалось на этом образовательном мероприятии нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета в следующем году, применение бюджетной классификации Российской Федерации, подготовка и представление годовой отчетности об исполнении бюджетов бюджетной системы за 2014 г. Кроме того, в этой же «связке изменений» обсуждалось совершенствование процессов и процедур кассового обслуживания исполнения бюджетов фондов ОМС. Еще один вопрос - закупка для государственных нужд и контрактная система в нашей стране, совершенствование государственного финансового контроля. В работе этого семинара принимали участие: специалисты Минфина России, Федерального казначейства, ФАС России и ФОМС.

— Этот семинар позволил обменяться мнениями, поделиться своим опытом, — отметила заместитель председателя Федерального фонда ОМС Ирина Соколова. — В уходящем году система ОМС в полной мере перешла на казначейское исполнение своих финансовых обязательств. В нее вошли два новых территориальных фонда: Республики Крым и города Севастополь. Сотрудниками новых подразделений проведена огромная работа, позволившая с 1 января следующего года системе ОМС в полной мере заработать в этих территориях.

Конечно, прошедший год не был легким для отрасли. Не менее напряженным и сложным обещает быть и 2015 год. Впервые за последние годы бюджет Федерального фонда утвержден с дефицитом в 43 млрд руб. Но он полностью будет «покрыт» переходящими остатками этого года. Соответственно бюджет ФОМС останется сбалансированным по расходам и доходам.

Высокотехнологичная медицинская помощь будет финансироваться со следующего года из средств ОМС.



Поэтому объем субвенций, которые будут выделять регионам ФОМСом, будет увеличен. На эти цели предусмотрено 240 млрд. руб., что на 20 % больше по сравнению с 2014 г. Таким образом, перед системой ОМС поставлены новые задачи. Как будут происходить изменения, должны четко знать главные бухгалтера фондов и руководители финансовых служб. Необходимо, чтобы медицинские организации функционировали стабильно, не произошло каких-либо сбоев в их материальном обеспечении.

Ирина Соколова и начальник Управления бухгалтерского учета и отчетности ФОМС Оксана Коваленко вручили Почетные грамоты ФОМС наиболее отличившимся работникам ТФОМС:

Награждены Почетными грамотами Федерального фонда обязательного медицинского страхования за заслуги в развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и многолетний труд в области построения бюджетного учета в системе обязательного медицинского страхования:

Светлана Георгиевна Литовченко – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области;

Майя Анатольевна Гончарова – заместитель директора-начальник отдела бюджетного учета и организации финансирования ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Мурманской области;

Марина Георгиевна Яковлева – начальник отдела бухгалтерского учета и анализа деятельности – главный

бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики;

Лидия Давыдовна Петрова – начальник отдела бухгалтерского учета, отчетности и контрольно-ревизионной работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Алтай;

Татьяна Дмитриевна Гриценко – заместитель директора – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области;

Татьяна Александровна Попова – начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области;

Алла Анатольевна Ковалева – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа;

Людмила Николаевна Гайворонская – заместитель директора – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея;

Наталья Алексеевна Пчелинцева – главный бухгалтер-заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

И.В. Соколова

Заместитель председателя

Федерального фонда обязательного медицинского страхования



И.В. Соколова

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов утвержден Федеральным законом от 1 декабря 2014 года № 387-ФЗ. Бюджет нацелен на позитивное развитие сферы здравоохранения, направленное на важнейшие аспекты, обеспечивающие доступность амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи и повышение ее качества для каждого гражданина Российской Федерации, включая развитие прогрессивных передовых методов лечения.

Формирование бюджета Федерального фонда ОМС на 2015-2017 годы проходило в принципиально новых условиях по сравнению с разработкой бюджета на предыдущую трехлетку. Первое – ухудшились показатели прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на предстоящие три года по сравнению с прогнозом, положенным в основу бюджета, утвержденного на 2014-2016 годы, от которых зависит формирование доходной части бюджета. Во избежание сокращения доходов бюджета Федерального фонда ОМС принято, во ис-

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов			
Наименование	бюджет		
	2015 год	2016 год	2017 год
Численность населения, млн. чел.	146,1	146,1	146,1
Фонд заработной платы	19 022	20 420	22 259
ДОХОДЫ	1 632,3	1 706,5	1 804,1
Страховые взносы на ОМС:			
работающего населения	991,1	1 063,8	1 159,1
неработающего населения	617,3	617,3	643,9
Трансферты из федерального бюджета:	23,9	25,4	1,1
на компенсацию выпадающих доходов	23,9	25,4	1,1
РАСХОДЫ	1 675,3	1 758,3	1 804,1
Субвенция на выполнение территориальной программы ОМС	1 414,2	1 494,0	1 667,6
Родовой сертификат	19,0	19,0	19,0
Единовременные компенсационные выплаты	3,2		
Нормированный страховой запас	97,1	114,5	116,7
в том числе оплата высокотехнологичной медицинской помощи	82,1	99,5	103,5
Дотация федеральному бюджету	140,0	130,0	
Привлечение остатков для устранения дефицита	43,0	51,7	0,0
Подушевой норматив финансирования, руб.	8 260,7	8 727,2	9 741,2

млрд.
рублей

полнение поручения Президента Российской Федерации В.В. Путина от 3 июля 2014 г. № Пр-1558, законодательное решение об установлении тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в размере 5,1% сверх предельной величины базы для начисления страховых взносов. Федеральный закон № 406-ФЗ, отменяющий с 1 января 2015 года ограничения для уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование, принят 1 декабря 2014 года.

Второе – увеличилась численность населения Российской Федерации на 2,34 млн. человек, и, следовательно, возросла стоимость программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что требует дополнительных бюджетных средств.

Общая численность граждан в Российской Федерации, имеющих право на получение бесплатной медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, по состоянию на 1 апреля 2014 года составила 146,1 млн. человек, в том числе неработающего населения – 85,1 млн. человек. Указанная численность населения в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации принята в расчет для определения размера субвенций, предоставляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования, и объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, которые утверждаются в бюджетах субъектов Российской Федерации.

На предстоящие три года обеспечена сбалансированность бюджета Фонда, в том числе за счет привлечения переходящих остатков средств обязательного медицинского страхования.

Доходы бюджета Федерального фонда ОМС

Доходы бюджета на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов сформированы в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» и Федеральным законом «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Общий объем доходов бюджета Фонда утвержден на 2015 год в сумме 1 632,3 млрд. рублей, на 2016 год – 1 706,5 млрд. рублей, на 2017 год – 1 804,1 млрд. рублей.

Только за 2015 год по сравнению с 2014 годом доходы возрастут на 392,2 млрд. рублей, или на 32%, а в плановый период еще на 172 млрд. рублей (на 11%).

Основная часть планируемых доходов (в 2015 и 2016 годах по 98,5%, в 2017 году – 99,9%) будет обеспечена поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения.



Таким образом, зависимость бюджета Фонда от федерального бюджета сведена к минимуму. Межбюджетные трансферты из федерального бюджета поступают согласно Федеральному закону № 212-ФЗ только на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением отдельным категориям плательщиков льготного тарифа на уплату страховых взносов на ОМС работающего населения. Размер указанного трансферта на 2015 год утвержден в сумме 23,9 млрд. рублей, на 2016 год - 25,4 млрд. рублей, на 2017 год - 1,1 млрд. рублей.

Объем страховых взносов на ОМС за работающих застрахованных лиц составит в 2015 году - 991 млрд. рублей, в 2016 году - 1 трлн. 64 млрд. рублей, в 2017 году - 1 трлн. 159 млрд. рублей. При этом указанный объем страховых взносов будет обеспечен, если их сбор будет осуществляться на уровне не менее 98,7 процентов.

Размер страховых взносов на ОМС неработающего населения соответствует требованиям Федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» и статье 23 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В переходный период 2012-2014 годов размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения определялся по льготным условиям в целях поэтапного увеличения нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации.

Указанный переходный период завершился, и впервые, начиная с 2015 года, все субъекты Российской Федерации уплачивают страховые взносы на обязательное

медицинское страхование неработающего населения по полному тарифу в размере 18 864,6 рублей с учетом коэффициента дифференциации, установленного индивидуально для каждого субъекта Российской Федерации.

В целом поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения планируется в сумме на 2015 год - 617,3 млрд. рублей, на 2016 год - 617,3 млрд. рублей, на 2017 год - 643,9 млрд. рублей.

В структуре доходов доля взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан возрастет с 61% в 2015 году до 64% в 2017 году, неработающих граждан - сократится на 2 процентных пункта.

Расходы бюджета Федерального фонда ОМС

Общий объем расходов бюджета Фонда на 2015 год составит 1 706,4 млрд. рублей, на двухлетний плановый период соответственно 1 706,5 млрд. рублей и 1 804,1 млрд. рублей. В 2015 году по сравнению с предыдущим годом расходы возрастут на 435,2 млрд. рублей, или на 35%, в 2016 году - на 83 млрд. рублей (на 5%), в 2017 году - на 45,8 млрд. рублей (на 3%).

Структура расходов бюджета Фонда на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов практически не меняется и характеризуется следующими данными, приведенными в таблице.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансовое обеспечение расходных обяза-



Таблица

Показатели	2015 год		2016 год		2017 год	
	млрд. руб.	в % к итогу	млрд. руб.	в % к итогу	млрд. руб.	в % к итогу
Расходы, всего	1 675,3	100%	1 758,3	100,0	1 804,1	100,0
в том числе:						
Здравоохранение	1 674,6	99,96%	1 757,6	99,96%	1 803,4	99,97%
Общегосударственные вопросы, образование, социальная политика	0,74	0,04%	0,73	0,04%	0,76	0,03%

тельств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий по организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, осуществляется за счет субвенции.

Начиная с 2013 года, за счет субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС территориальные программы ОМС в рамках базовой программы ОМС сбалансированы на всей территории Российской Федерации.

Рост субвенции на реализацию территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС в 2015 году по сравнению с 2014 годом составит 240 млрд. рублей или 20,4%, а ее размер достигнет 1 414,2 млрд. рублей, в 2016 году – 1 494,0 млрд. рублей (на 6% больше), в 2017 году – 1 667,6 млрд. рублей (на 12% больше).

Размер субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов ОМС, рассчитан по единой методике, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Имеющие место различия между субъектами Российской Федерации сглаживаются путем применения коэффициента дифференциации, рассчитываемого для каждого субъекта Российской Федерации. Указанный коэффициент учитывает влияние региональных особенностей каждого субъекта Российской Федерации, в части различий по уровню заработной платы в регионах и индекса бюджетных расходов, который отражает влияние климатогеографических условий, плотности населения, транспортной доступности, возрастного состава населения, различных районных коэффициентов и других факторов. Индекс бюджетных расходов определяется в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюд-

жетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 670.

Запланированный рост субвенции обеспечит сбалансированность территориальных программ в рамках базовой программы ОМС на весь предстоящий трехлетний период и оплату медицинской помощи по полному тарифу, установленному статьей 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Улучшатся показатели Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной финансовый год и плановый период, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Для всех граждан Российской Федерации обеспечена равная доступность бесплатной медицинской помощи.

Значительно увеличатся подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 году – 8 260,7 рублей, что на 18,7% выше предыдущего года, в 2016 году – 8 727,2 рублей (рост на 5,6%), в 2017 году – 9 741,2 рублей (рост на 12%).

За счет субвенций обеспечивается покрытие расходов базовой программы ОМС по тарифу на оплату медицинской помощи, структура которого установлена частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», оплата всей специализированной медицинской помощи, а также методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС (459 методов).

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляются мероприятия, направленные на развитие первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

В целях развития медицинской помощи в амбулаторных условиях предусмотрено увеличение нормативов объема и стоимости профилактической медицинской помощи, дальнейшее развитие неотложной помощи на базе поликлинических подразделений, совершенствование

принципов взаимодействия поликлинических подразделений со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь с 2015 года будет осуществляться полностью за счет субвенции из бюджета Федерального фонда по нормативу 1 710,1 рублей за один вызов, что на 202,7 рублей, или на 13,5%, превышает уровень 2014 года.

Стоимость 1 случая госпитализации в 2015 году составит 22 233,1 рубля, что выше 2014 года на 16%. Увеличится стоимость пациенто-дня в условиях дневного стационара на 6,4% по сравнению с 2014 годом, что позволит обеспечить оказание специализированной медицинской помощи, ранее оказываемой в стационарных условиях.

В составе субвенции, по решению Правительства Российской Федерации рост заработной платы работников бюджетной сферы в 2015 году предусмотрен на уровень инфляции – на 5,5%. Это потребует пересмотра «дорожных карт» по повышению оплаты труда медицинских работников в целях реализации майского Указа Президента Российской Федерации к 2018 году.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р утверждена «дорожная карта», предусматривающая поэтапное повышение средней заработной платы: на 2014 год – 130,7%, на 2015 год – 137,0%, на 2016 год – 159,6%, на 2017 год – 200%.

За девять месяцев 2014 года средняя заработная

плата врачей составила 45,9 тыс. рублей, или 145,5% к средней заработной плате по экономике, что уже опережает плановый показатель «дорожной карты» на 14,8 процентных пункта. Превышение «дорожной карты» по росту заработной платы врачей обеспечено во всех субъектах Российской Федерации.

В бюджете устанавливается нормированный страховой запас на 2015 год в сумме 97,1 млрд. рублей, на 2016 год – 114,5 млрд. рублей, на 2017 год – 116,7 млрд. рублей. В его составе предусмотрены средства в сумме до 15 млрд. рублей для направления в территориальные фонды обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой подведомственными Минздраву России, ФМБА и ФАНО федеральными государственными учреждениями, а также на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой федеральными государственными учреждениями и медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

С 2015 года в систему обязательного медицинского страхования полноценно войдет высокотехнологичная медицинская помощь.

На оплату высокотехнологичной медицинской помощи запланировано в 2015 году 82,1 млрд. рублей, рост



по сравнению в предыдущим годом на 60% (51,3 млрд. рублей), в 2016 году - 99,5 млрд. рублей (рост на 21,2%), в 2017 году - 103,5 млрд. рублей (рост на 4%). Указанные средства в полной мере обеспечат расходы федеральных медицинских организаций по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и позволят выполнить поручение Президента Российской Федерации по увеличению к 2017 году в 1,5 раза объемов указанной помощи к уровню 2013 года.

Если в 2013 году высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств бюджетов (федерального и бюджетов субъектов Российской Федерации) была оказана 505,0 тыс. человек, в 2014 году будет оказана 552,5 тыс. человек, то в 2015 году высокотехнологичную медицинскую помощь планируется оказать 649,9 тыс. человек, а в 2016 и 2017 годах – 757,5 тыс. человек ежегодно.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях за счет бюджетных ассигнований Фонда будет осуществляться по полному тарифу, с включением в стоимость лечения всех статей расходов. Это исключит риски недофинансирования и ухудшения доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи для граждан Российской Федерации.

На указанные цели для федеральных государственных учреждений, включенных в перечень, утвержденный Минздравом России, будет направлено в федеральный бюджет из бюджета Федерального фонда в 2015 году 77,1 млрд. рублей, в 2016 году - 93,5 млрд. рублей, в 2017 году - 97,3 млрд. рублей.

Для медицинских организаций субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, предусматривается на 2015 год - 5,0 млрд. рублей, на 2016 год - 6,0 млрд. рублей, на 2017 год - 6,2 млрд. рублей.

В утвержденной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотрены единые для всех субъектов Российской Федерации при реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования способы оплаты медицинской помощи.

Начиная с 2013 года программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, предусмотрен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний).

Для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, будет

рекомендовано использовать доработанную классификацию клинко-статистических групп, общее количество которых в 2015 году составит 240.

Способы оплаты медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней направлено на обеспечение доступности и качества предоставляемой населению медицинской помощи, а также на достижение более полного учета различий в затратах на лечение различных заболеваний.

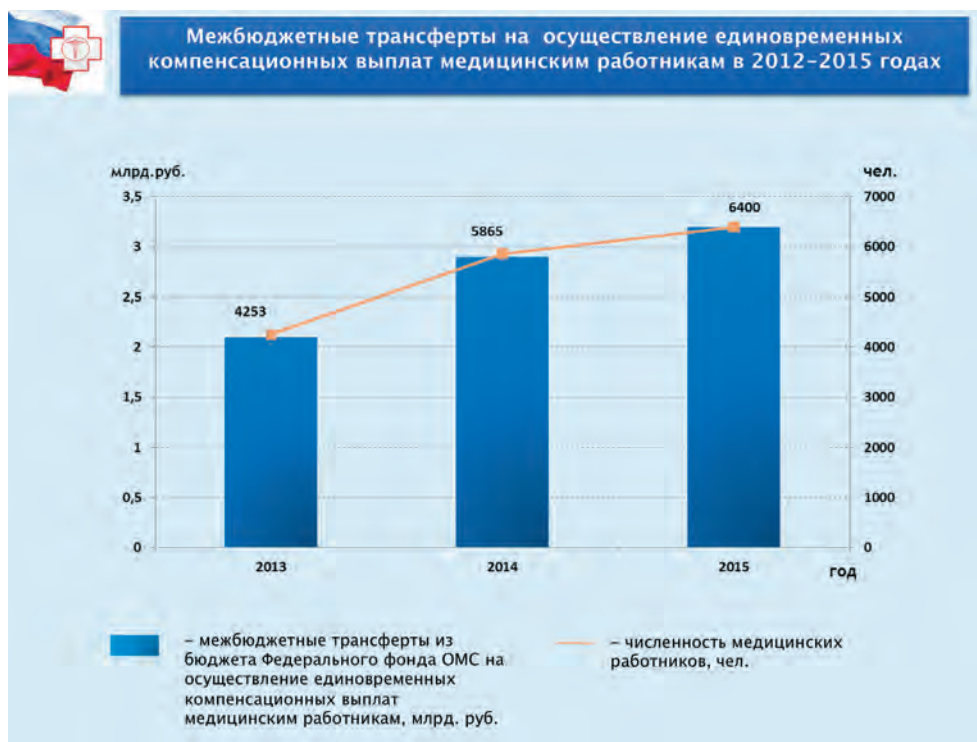
Формирование групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп заболеваний, позволяет уменьшить число случаев искажения диагноза заболевания, а также упростить систему планирования и финансирования медицинской помощи. Стратегии, применяемые в рамках КСГ, направлены на сокращение расходов на больничную помощь и уменьшение разброса фактических затрат между однотипными медицинскими организациями, обеспечение предсказуемости бюджетных обязательств, создание стимулов, обеспечивающих эффективное предоставление медицинской помощи, доступность и должный уровень качества предоставляемых медицинских услуг, обеспечение эффективной системы оплаты больничной помощи в условиях расширения хозяйственной самостоятельности медицинских организаций и одноканального финансирования.

Использование метода КСГ позволяет обеспечить условия для ограничения необоснованного роста расходов, скорректировать определённые на перспективу темпы изменений в структуре госпитализации, тяжести заболеваний, объёме больничной помощи, а также внедрение новых технологий и стандартов медицинской помощи, обеспечить стационары (в том числе в составе медицинских организации новых типов) стимулами для повышения эффективности расходов.

Отдельное место в бюджете Федерального фонда занимают единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам. Названные выплаты, введенные с 2012 года, положительно повлияли на привлечение медицинских работников в сельские населенные пункты, а с 2013 года дополнительно в рабочие поселки, что позволило укрепить кадрами сельское здравоохранение. Всего для работы в сельские населенные пункты и рабочие поселки в 2012-2013 годах было привлечено 12 тыс. молодых специалистов.

За истекший период 2014 года из бюджета Федерального фонда направлено на осуществление единовременных компенсационных выплат 1,7 млрд. рублей, что позволило привлечь в сельские населенные пункты и рабочие поселки 3,4 тыс. медицинских работников.

Принимая во внимание социальную значимость вопроса по обеспечению медицинских работников единовременными компенсационными выплатами, и во исполнение поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации единовременные компенсационные выплаты продлеваются на 2015 год.



Для этого в бюджете Федерального фонда на 2015 год предусмотрены бюджетные ассигнования в размере 3,2 млрд. рублей. Соответствующие изменения о продлении на 2015 год единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с увеличением возраста до 45 лет внесены в статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», что позволит привлечь на работу в сельские населенные пункты более 6 тысяч медицинских работников.

В целях улучшения демографической ситуации планируется предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда ОМС бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в сумме по 19,03 млрд. рублей ежегодно.

Для корреспонденции:

Ирина Васильевна Соколова – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37,
Телефон: (495) 987-03-86 доб. 1305. E-mail: isokolova@ffoms.ru

For correspondence:

Irina V. Sokolova - Deputy Chairman of the FCHIF
The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: Novoslobodskaya Ul. 37, Moscow, GSP-4, Russia, 127994
Tel.: (495) 987 03 80*1305. E-mail: isokolova@ffoms.ru



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 1 декабря 2014 года № 387-ФЗ

МОСКВА

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2015 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ

*Принят Государственной Думой 21 ноября 2014 года
Одобен Советом Федерации 26 ноября 2014 года*

Статья 1. Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

1. Утвердить основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на 2015 год:

- 1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 632 321 880,8 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 23 860 000,0 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 675 334 079,0 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 140 000 000,0 тыс. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей;
- 3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 43 012 198,2 тыс. рублей.

2. Утвердить основные характеристики бюджета Фонда на плановый период 2016 и 2017 годов:

- 1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда на 2016 год в сумме 1 706 541 180,8 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 25 431 000,0 тыс. рублей, и на 2017 год в сумме 1 804 126 893,0 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 1 093 835,5 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда на 2016 год в сумме 1 758 282 347,1 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 130 000 000 тыс. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей, и на 2017 год в сумме 1 804 126 893,0 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей;
- 3) объем дефицита бюджета Фонда на 2016 год в сумме 51 741 166,3 тыс. рублей.

Статья 2. Главные администраторы доходов бюджета Фонда, главные администраторы источников финансирования дефицита бюджета Фонда

1. Утвердить перечень главных администраторов доходов бюджета Фонда согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону.

2. Утвердить перечень главных администраторов источников финансирования дефицита бюджета Фонда согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону.

Статья 3. Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда

Утвердить источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону.

Статья 4. Бюджетные ассигнования бюджета Фонда на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов

Утвердить распределение бюджетных ассигнований бюджета Фонда по разделам, подразделам, целевым статьям и группам видов расходов классификации расходов бюджетов:

1) на 2015 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону;

2) на плановый период 2016 и 2017 годов согласно приложению 5 к настоящему Федеральному закону.

Статья 5. Межбюджетные трансферты из бюджета Фонда другим бюджетам бюджетной системы Российской Федерации

1. Утвердить распределение субвенций из бюджета Фонда, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации и города Байконура, возникающих при осуществлении переданных в сфере обязательного медицинского страхования полномочий (далее - субвенции), на 2015 год согласно приложению 6 к настоящему Федеральному закону.

2. Установить, что предоставление субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования осуществляется ежемесячно после перечисления в установленном порядке в бюджет Фонда из бюджета субъекта Российской Федерации суммы ежемесячного страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

3. Установить, что из бюджета Фонда направляются в 2015 году и в плановый период 2016 и 2017 годов в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетные трансферты в объемах, установленных приложениями 4 и 5 к настоящему Федеральному закону, на оплату медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в сумме 3,0 тыс. рублей и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, в сумме 6,0 тыс. рублей соответственно за каждую женщину, по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на учет в указанной организации, в сумме 1,0 тыс. рублей за первые шесть месяцев и в сумме 1,0 тыс. рублей за вторые шесть месяцев, в течение которых проводились профилактические медицинские осмотры, за каждого ребенка с момента постановки его на учет, а также на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов.

4. Установить, что в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2015 году из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставляются иные межбюджетные трансферты в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону, в порядке и на условиях, которые установлены частями 12.1 - 12.5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

5. Установить, что в 2015 и 2016 годах дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Фонда, в соответствии с решением Фонда предоставляется ежемесячно не позднее последнего дня месяца в размере не менее одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели приложениями 4 и 5 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов. Предоставление указанной дотации осуществляется в пределах остатков средств на счете бюджета Фонда после исполнения текущих расходных обязательств Фонда, установленных частями 1 - 4 настоящей статьи и пунктом 2 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона.

Статья 6. Особенности установления отдельных расходов бюджета Фонда в 2015 году

1. Установить, что средства нормированного страхового запаса Фонда в 2015 году в соответствии с решениями Фонда направляются:

1) на увеличение субвенций, установленных частью 1 статьи 5 настоящего Федерального закона, в соответствии с утвержденной Правительством Российской Федерации методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, с учетом изменения численности застрахованных лиц на 1 января текущего года, а также на увеличение субвенций на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций, в порядке и на условиях, установленных Правительством Российской Федерации;

2) на предоставление в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, в сумме до 77 100 000,0 тыс. рублей и на предоставление в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в сумме до 5 000 000,0 тыс. рублей.

2. Установить, что в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса Российской Федерации основанием для внесения в 2015 году изменений в показатели сводной бюджетной росписи бюджета Фонда, связанных с резервированием средств в составе утвержденных бюджетных ассигнований, является распределение средств нормированного страхового запаса Фонда.

3. Установить, что в 2015 году Фонд осуществляет расходы по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов.

4. Установить, что Фонд в 2015 году вправе осуществлять в установленном им порядке в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения в рамках подпрограммы «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России» государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» раздела «Социальная политика» классификации расходов бюджетов, предоставление работникам Фонда единовременной субсидии на приобретение жилого помещения.

Статья 7. Особенности исполнения бюджета Фонда в 2015 году

1. Остатки средств по состоянию на 1 января 2015 года, образовавшиеся в бюджете Фонда в результате неполного использования бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, направляются Фондом в 2015 году на те же цели с внесением соответствующих изменений в показатели сводной бюджетной росписи бюджета Фонда.

2. Установить, что средства, перечисленные в бюджет Фонда из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования за нарушение условий, установленных при предоставлении межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда, источником финансового обеспечения которых являлись межбюджетные трансферты из федерального бюджета, подлежат перечислению в федеральный бюджет.

3. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения за расчетные периоды, истекшие до 1 января 2012 года, поступают в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

4. Установить коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от

30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» на 2015 год в размере, равном 1,0.

Статья 8. Особенности установления отдельных расходов бюджета Фонда в 2016 и 2017 годах

Установить, что в 2016 и 2017 годах до внесения изменений в соответствующие федеральные законы, определяющие особенности финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, средства бюджета Фонда, направляемые на указанные цели, учитываются в нормированном страховом запасе в объеме, установленном приложением 5 к настоящему Федеральному закону.

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
1 декабря 2014 года
№ 387-ФЗ

Приложение 1
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период
2016 и 2017 годов»

ПЕРЕЧЕНЬ ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ДОХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного админи- стратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицин- ского страхования	
151		Федеральная служба финансово-бюджетного надзора
151	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
161		Федеральная антимонопольная служба
161	1 16 33080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182		Федеральная налоговая служба
182	1 05 01012 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01022 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01030 01 0000 110	Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 02020 02 0000 110	Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
182	1 05 03020 01 0000 110	Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 09 08040 08 0000 140	Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
182	1 09 09030 08 0000 110	Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 09 11020 02 0000 110	Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
392		Пенсионный фонд Российской Федерации
392	1 02 02101 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
392	1 16 20050 01 0000 140	Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 11 02071 08 0000 120	Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 05038 08 0000 120	Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 09048 08 0000 120	Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 13 02068 08 0000 130	Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 13 02998 08 0000 130	Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 14 02080 08 0000 410	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)
394	1 14 02080 08 0000 440	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)
394	1 14 04080 08 0000 420	Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 21080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 23080 08 0000 140	Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 32000 08 0000 140	Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 90080 08 0000 140	Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 01080 08 0000 180	Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 06030 08 0000 180	Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
394	2 02 05608 08 0000 151	Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование
394	2 02 05609 08 0000 151	Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на обеспечение сбалансированности бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	2 08 08000 08 0000 180	Перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования) для осуществления возврата (зачета) излишне уплаченных или излишне взысканных сумм налогов, сборов и иных платежей, а также сумм процентов за несвоевременное осуществление такого возврата и процентов, начисленных на излишне взысканные суммы
394	2 18 06030 08 0000 151	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет
394	2 19 06013 08 0000 151	Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия
395		Государственное бюджетное учреждение Республики Коми «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Коми»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл
395		Государственное казенное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Хакасия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края

[illegible]

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тульской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области
395		Московский городской фонд обязательного медицинского страхования
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
395		Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур
395	1 02 02102 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Приложение 2
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

ПЕРЕЧЕНЬ ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Код главы	Код группы, подгруппы, статьи и вида источников	Наименование
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	01 05 02 01 08 0000 510	Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 05 02 01 08 0000 610	Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 06 03 00 08 0000 171	Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 06 06 01 08 0000 510	Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях
394	01 06 06 01 08 0000 610	Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях

Приложение 3
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

**ИСТОЧНИКИ
ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2015 ГОД
И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Код главы	Код группы, подгруппы, статьи и вида источников	2015 год	Плановый период	
				2016 год	2017 год
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования					
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	43 012 198,2	51 741 166,3	
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510			
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510			
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	43 012 198,2	51 741 166,3	
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	43 012 198,2	51 741 166,3	

Приложение 4
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2015 ГОД ПО РАЗДЕЛАМ, ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ
СТАТЬЯМ И ГРУППАМ ВИДОВ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 675 334 079,0
Общегосударственные вопросы	01	00			671 148,6
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			23 014,9
Софинансирование, связанное с реализацией соглашений с международными финансовыми организациями, в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 2796	800	16 600,0
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 9999	200	1 145,8
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 9999	800	5 269,1
Другие общегосударственные вопросы	01	13			648 133,7
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 0059	100	217 179,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Г 0059	200	420 073,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Г 0059	800	10 880,5
Образование	07	00			10 787,2
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			10 787,2

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Г 0059	200	10 787,2
Здравоохранение	09	00			1 674 592 143,2
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 674 592 143,2
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни в рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 4 3964	500	19 030 000,0
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 5093	500	1 414 165 933,2
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 Д 0059	200	1 096 210,0
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 Д 9999	800	97 100 000,0
Иные межбюджетные трансферты на осуществление единовременных выплат медицинским работникам в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 7 5136	500	3 200 000,0
Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 8 5400	500	140 000 000,0
Социальная политика	10	00			60 000,0
Социальное обеспечение	10	03			60 000,0
Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения в рамках подпрограммы «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России» государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	10	03	05 1 3594	300	60 000,0

Приложение 5
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД
2016 И 2017 ГОДОВ ПО РАЗДЕЛАМ, ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ
И ГРУППАМ ВИДОВ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	2016 год	2017 год
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 758 282 347,1	1 804 126 893,0
Общегосударственные вопросы	01	00			654 548,6	684 175,8
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			6 414,9	6 267,1
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 9999	200	1 626,9	1 036,1
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 9999	800	4 788,0	5 231,0
Другие общегосударственные вопросы	01	13			648 133,7	677 908,7
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 0059	100	226 058,9	227 060,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Г 0059	200	411 607,4	439 898,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Г 0059	800	10 467,4	10 950,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	2016 год	2017 год
Образование	07	00			10 787,2	12 349,4
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			10 787,2	12 349,4
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Г 0059	200	10 787,2	12 349,4
Здравоохранение	09	00			1 757 557 011,3	1 803 370 367,8
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 757 557 011,3	1 803 370 367,8
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни в рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 4 3964	500	19 030 000,0	19 030 000,0
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 5093	500	1 494 027 011,3	1 667 615 721,7
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 Д 9999	800	114 500 000,0	116 724 646,1
Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 8 5400	500	130 000 000,0	
Социальная политика	10	00			60 000,0	60 000,0
Социальное обеспечение	10	03			60 000,0	60 000,0
Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения в рамках подпрограммы «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России» государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	10	03	05 1 3594	300	60 000,0	60 000,0

Приложение 6
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДА БАЙКОНУРА, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПЕРЕДАННЫХ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПОЛНОМОЧИЙ, НА 2015 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование получателя субвенции	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	1 414 165 933,2
в том числе:	
Республика Адыгея (Адыгея)	3 426 860,5
Республика Алтай	3 069 615,3
Республика Башкортостан	36 599 632,5
Республика Бурятия	11 727 015,0
Республика Дагестан	22 339 736,7
Республика Ингушетия	3 538 396,5
Кабардино-Балкарская Республика	6 270 457,8
Республика Калмыкия	2 434 811,4
Карачаево-Черкесская Республика	3 394 676,8
Республика Карелия	9 032 686,1
Республика Коми	13 540 298,4
Республика Крым	16 189 278,6
Республика Марий Эл	5 655 993,9
Республика Мордовия	6 565 554,8
Республика Саха (Якутия)	20 716 738,4
Республика Северная Осетия - Алания	5 735 025,1
Республика Татарстан (Татарстан)	30 683 131,0
Республика Тыва	4 861 620,9
Удмуртская Республика	14 043 261,8
Республика Хакасия	6 378 210,8
Чеченская Республика	10 482 192,2
Чувашская Республика - Чувашия	10 300 506,4
Алтайский край	22 474 837,9
Забайкальский край	13 065 710,8
Камчатский край	7 033 976,3
Краснодарский край	42 636 306,1

Наименование получателя субвенции	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Красноярский край	37 146 409,0
Пермский край	24 870 309,0
Приморский край	22 328 921,1
Ставропольский край	22 200 178,2
Хабаровский край	18 381 438,3
Амурская область	10 179 880,1
Архангельская область	16 986 980,2
Астраханская область	8 344 232,2
Белгородская область	12 706 997,0
Брянская область	10 245 201,0
Владимирская область	11 613 742,9
Волгоградская область	20 717 992,6
Вологодская область	11 151 478,6
Воронежская область	19 265 753,2
Ивановская область	8 710 800,8
Иркутская область	29 740 087,2
Калининградская область	7 934 575,8
Калужская область	8 366 403,9
Кемеровская область	26 205 400,8
Кировская область	11 908 023,0
Костромская область	5 616 136,0
Курганская область	8 227 436,9
Курская область	9 319 407,8
Ленинградская область	12 372 975,6
Липецкая область	9 766 642,1
Магаданская область	3 385 024,3
Московская область	70 431 320,3
Мурманская область	12 626 301,0
Нижегородская область	27 218 696,7
Новгородская область	5 178 360,2
Новосибирская область	25 557 292,0
Омская область	17 998 574,5
Оренбургская область	18 791 129,9
Орловская область	6 592 286,4
Пензенская область	11 185 760,8
Псковская область	5 399 102,7
Ростовская область	33 657 003,2
Рязанская область	9 428 126,9
Самарская область	26 586 542,5
Саратовская область	20 569 114,2
Сахалинская область	9 072 854,4
Свердловская область	40 962 008,3

Наименование получателя субвенции	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Смоленская область	8 054 744,2
Тамбовская область	8 502 292,4
Тверская область	11 059 218,6
Томская область	12 580 738,5
Тульская область	12 452 774,0
Тюменская область	12 803 900,2
Ульяновская область	10 498 589,7
Челябинская область	32 297 196,1
Ярославская область	10 702 819,0
город федерального значения Москва	141 179 336,4
город федерального значения Санкт-Петербург	49 467 934,0
город федерального значения Севастополь	3 172 397,9
Еврейская автономная область	2 123 281,4
Ненецкий автономный округ	795 051,3
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	24 660 235,6
Чукотский автономный округ	1 274 791,2
Ямало-Ненецкий автономный округ	10 961 214,9
город Байконур	435 984,2

Внесены изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Президентом Российской Федерации В.В. Путиным подписан Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Федеральный закон принят Государственной Думой 21 ноября и одобрен Советом Федерации 26 ноября 2014 года.

В федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внесены изменения, предусматривающие, в частности, сохранение порядка финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе за счёт предоставления из федерального бюджета субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации. В соответствии с частью 5 статьи 34 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указанный порядок утверждается Правительством Российской Федерации.

В целях реализации положений Федерального конституционного закона «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя» Федеральным законом определяется порядок формирования на 2015 год тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения Республики Крым и г. Севастополя и размер соответствующих субвенций.

При отсутствии в настоящее время в Республике Крым и г. Севастополе системы обязательного медицинского страхования и, соответственно, персонифицированного

учёта граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, сформировать в полном объёме региональный сегмент застрахованных лиц в 2014 году не представлялось возможным, в связи с чем при расчёте страховых взносов на 2015 год для определения численности застрахованных лиц предлагается использовать данные органов статистики Республики Крым и г. Севастополя об общей численности населения, в том числе занятого населения, по состоянию на 1 апреля 2014 года.

Кроме того, в соответствии с Федеральным законом уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации заключают соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В настоящее время всем медицинским работникам в возрасте до 35 лет, имеющим высшее образование, прибывшим на работу в сельский населённый пункт (рабочий посёлок) или переехавшим на работу в сельский населённый пункт (рабочий посёлок), производятся единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей на одного указанного медицинского работника.

Федеральным законом предусматривается распространить с 1 января 2015 года порядок и условия предоставления указанных компенсационных выплат на медицинских работников в возрасте до 45 лет.

В целях обеспечения сохранности средств ОМС Правительство Российской Федерации наделило полномочиями устанавливать требования к кредитным организациям, в которых страховые медицинские организации осуществляют операции с целевыми средствами.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 1 декабря 2014 года № 418-ФЗ

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» И ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Принят Государственной Думой 21 ноября 2014 года
Одобен Советом Федерации 26 ноября 2014 года*

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 30, ст. 4084; N 48, ст. 6165; 2014, N 30, ст. 4269) следующие изменения:

1) часть 6 статьи 14 дополнить предложением следующего содержания: «Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.»;

2) часть 2 статьи 23 дополнить предложением следующего содержания: «Численность неработающих застрахованных лиц определяется на основе данных персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.»;

3) в статье 26:

а) часть 3 после слов «В составе» дополнить словом «расходов»;

б) часть 6 после слов «В составе» дополнить словом «расходов»;

4) в части 1 статьи 27 второе предложение изложить в следующей редакции: «Порядок и условия распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.»;

5) в абзаце первом части 6 статьи 35 слова «специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи» заменить словами «санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами», после слов «специализированная медицинская помощь» дополнить словами «, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.»;

6) статью 36 дополнить частью 13 следующего содержания:

«13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется с соблюдением условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхо-

вания, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»»;

7) в статье 51:

а) дополнить частью 7.1 следующего содержания:

«7.1. В 2015 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как произведение численности неработающего населения на 1 апреля 2014 года в соответствующем субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Численность неработающего населения на 1 апреля 2014 года в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как разница между общей численностью населения в соответствующем субъекте Российской Федерации и численностью занятого населения на указанную дату в соответствующем субъекте Российской Федерации.»;

б) дополнить частью 8.1 следующего содержания:

«8.1. В 2015 году объем субвенций из бюджета Федерального фонда, предоставляемых бюджетам территориальных фондов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности застрахованных лиц, принимаемой равной общей численности населения на 1 апреля 2014 года в соответствующем субъекте Российской Федерации, и коэффициента дифференциации в размере, равном 1,0.»;

в) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. В 2015 году общий объем бюджетных ассигнований, предусмотренный законом о бюджете субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения и предоставление межбюджетных трансфертов бюджету территориального фонда, не может быть меньше общего объема бюджетных ассигнований на указанные цели, предусмотренного законом о бюджете субъекта Российской Федерации в предшествующем году.»;

г) часть 12.1 дополнить предложениями следующего содержания: «В 2015 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 45 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2015 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2015 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в равных долях.»;

д) дополнить частями 19 - 22 следующего содержания:

«19. В целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2015 году медицинская организация, расположенная в Республике Крым или городе федерального значения Севастополе, направляет в территориальный фонд предусмотренную частью 2 статьи 15 настоящего Федерального закона уведомление о включении в реестр медицинских организаций до 26 декабря 2014 года включительно.

20. В 2015 году в целях финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, включенных в перечень, утвержденный федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и в медицинских организациях, включенных в перечень, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет предоставляются иные межбюджетные трансферты в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

21. Контроль за использованием средств, предусмотренных в части 20 настоящей статьи, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, и Счетной палатой Российской Федерации.

22. В 2015 и 2016 годах из бюджета Федерального фонда федеральному бюджету передается дотация на сбалансированность в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.».

Статья 2

Внести в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442; 2013, N 27, ст. 3477; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6951; 2014, N 30, ст. 4206, 4257; N 43, ст. 5798) следующие изменения:

1) в статье 14:

а) в части 1:

в пункте 11 слова «, государственным академиям наук» исключить;

в пункте 11.1 слова «, государственным академиям наук» исключить;

б) в пункте 17 части 2 слова «, государственным академиям наук» исключить;

2) в пункте 1 части 1 статьи 15:

а) в подпункте «а» слова «, государственным академиям наук» исключить;

б) в подпункте «б» слова «, государственным академиям наук» исключить;

в) в подпункте «в» слова «, государственным академиям наук» исключить;

3) в пункте 3 части 3 статьи 29 слова «, государственным академиям наук» исключить;

4) в статье 34:

а) в части 5 слова «гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти,» заменить словами «, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации»;

б) в части 6 после слов «Высокотехнологичная медицинская помощь» дополнить словами «, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования,», слова «, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, оказывается медицинскими организациями» заменить словами «федерального бюджета, источником которых в том числе являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, оказывается федеральными государственными учреждениями»;

в) часть 7 после слов «Высокотехнологичная медицинская помощь» дополнить словами «, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования,»;

5) в части 7 статьи 35 слова «, государственным академиям наук» исключить;

б) статью 81 дополнить частью 6 следующего содержания:

«6. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации заключают соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Указанные в настоящей части соглашения заключаются по форме, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.»

7) в статье 83:

а) в пункте 3 части 2 после слов «бюджетных ассигнований федерального бюджета,» дополнить словами «источником которых в том числе являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования,», слова «, государственным академиям наук» исключить;

б) в пункте 3 части 3 слова «, государственным академиям наук» исключить;

8) в статье 100:

а) в части 7 слова «, государственным академиям наук» исключить;

б) в части 9 слова «До 1 января 2015 года» заменить словами «В 2015 году»;

9) статью 101 дополнить частью 8.1 следующего содержания:

«8.1. Положения частей 5 - 7 статьи 34 настоящего Федерального закона применяются до 1 января 2016 года.»

Статья 3

Внести в приложение к Федеральному закону от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст. 7032) следующие изменения:

1) после строки

«Республика Коми

0,6297»

дополнить строкой следующего содержания:

«Республика Крым 0,3333»;

2) после строки

«Город Санкт-Петербург 0,3333»

дополнить строкой следующего содержания:

«Город Севастополь 0,3333».

Статья 4

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2015 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлен иной срок вступления их в силу.

2. Пункт 6, подпункт «д» пункта 7 статьи 1 и пункт 6 статьи 2 настоящего Федерального закона вступают в силу со дня официального опубликования настоящего Федерального закона.

3. Положения частей 7.1 и 8.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) и положения Федерального закона от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования указанных субъектов Российской Федерации на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

4. Положения части 10 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, города Байконура, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2015 год.

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
1 декабря 2014 года
№ 418-ФЗ



Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС О.В. Царёва о реализации проекта дорожной карты в сфере здравоохранения

О.В. Царёва

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



О.В. Царёва

Основные направления программы модернизации здравоохранения были реализованы еще в 2012 г., но перемены в отрасли не закончены. Для преобразования структуры системы оказания медицинской помощи в 2013–2018 гг. разработана «дорожная карта». Подробнее о том, как ее реализация отразится на уровне заработной платы медработников и обслуживания населения, рассказала ТАСС начальник Управления модернизации системы обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ольга Царёва.

– Какие приоритеты определяет «дорожная карта»?

– Распоряжение Правительства Российской Федерации «О плане мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» определяет сроки и индикаторы достижения основных показателей структурных преобразований системы медицинской помощи, а также состояния здоровья населения.

Иными словами, «дорожная карта» определяет, в каком направлении будет двигаться российское здра-

воохранение и какие показатели качества оказания медицинской помощи должны быть достигнуты к 2018 году. В числе мероприятий, намеченных к реализации, – разработка методологических подходов к повышению эффективности оказания скорой медицинской помощи вне медицинских организаций и неотложной помощи, медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, специализированной, включая высокотехнологичную, а также медицинской помощи в стационарных условиях. Это нужно еще и для того, чтобы обеспечить переход на систему оплаты труда медработников по «эффективному контракту».

«Дорожная карта» призвана обеспечить установление механизмов зависимости уровня заработной платы медицинских работников от количества и качества предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг.

Основной приоритет «дорожной карты» – максимальное приближение медико-санитарной помощи к пациенту, предоставление всем жителям страны возможности оперативной диагностики и эффективного лечения по самым современным стандартам.

– «Дорожная карта» поможет связать уровень оплаты труда медиков с количеством и качеством предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг?

– Да, реализация «дорожной карты» позволит оптимизировать оказание медицинской помощи и привлечь средства на повышение заработной платы. Установив механизмы зависимости уровня зарплат от количества и качества медицинских услуг, можно будет привлечь в государственные и муниципальные медицинские организации квалифицированных специалистов, ликвидировать отток медицинских кадров в частные клиники, а также повысить мотивацию работников для оказания качественной медицинской помощи и получения достойной заработной платы. Это, в свою очередь, повысит конкурентоспособность государства как работодателя на региональных рынках труда и сопоставимость стоимости труда в государственном, муниципальном и частном секторах экономики.

– Каким образом будут сформированы условия, которые обеспечат работникам государственных и муниципальных медицинских организаций конкурентный уровень зарплат?

– Конкурентный уровень заработной платы устанавливается благодаря эффективному контракту. Согласно Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг. (она утверждена распоряжением Правительства РФ в ноябре 2012 г.), эффективный контракт – это трудовой договор, в котором конкретизируются обязанности работника, его функции, указываются условия оплаты труда, а также устанавливаются критерии оценки эффективности его деятельности для начисления стимулирующих выплат. Стимулирующие выплаты напрямую зависят от результатов труда и от качества оказываемых услуг.

Условия получения вознаграждения должны быть понятны как работнику, так и работодателю. Чтобы не допустить двойного толкования тех или иных пунктов договора, в данной Программе указана примерная форма трудового договора с работником государственного учреждения.

– В каких регионах данный вопрос решается наиболее успешно, и с чем связаны проблемы, возникающие в других субъектах?

– По данным на сентябрь 2014 г., в среднем по Российской Федерации в лечебных учреждениях, работающих в системе ОМС, наблюдается опережение плановых показателей «дорожной карты» по категории «врачи» примерно на 15%, по категории «средний медицинский персонал» – на 7%. По категории «младший медицинский персонал» фактический показатель пока на 3% ниже планового.

Можно выделить регионы, в которых показатели «дорожной карты» достигаются по всем трем категориям. Например, Республика Марий Эл и Коми, Удмуртская Ре-

спублика, Белгородская, Калининградская и Ростовская области.

Есть регионы, в которых реализация «дорожной карты» проходит не так успешно. Причин может быть несколько. Главная проблема – нерациональное использование средств, приводящее к перекосам в достижении «дорожных карт» – перевыполнение плана по заработной плате врачей и невыполнение плана по зарплатам младшего медицинского персонала.

Также целевые показатели «дорожной карты» не достигаются, если медицинские учреждения не оказывают медицинскую помощь в установленных объемах, снижают бюджетную составляющую в составе источников заработной платы, увеличивают численность работников, из-за чего снижается объем дополнительной работы по совмещаемым должностям. Бывают и другие причины.

– Как реализация «дорожной карты» будет способствовать достижению тех целей, которые были заданы Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»?

– Результатом успешной реализации мероприятий «дорожной карты» на период с 2013 по 2018 гг. должно стать достижение основных показателей структурных преобразований системы медицинской помощи, а также состояния здоровья населения.

Так, к 2018 г. планируются увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет, общее снижение смертности на 9%, младенческой смертности – на 8,5%, смертности от болезней системы кровообращения – на 10%, а также изменение других показателей, установленных «дорожной картой».

Заработная плата врачей к 2018 г. должна составлять 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе и 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе для среднего и младшего медицинского персонала.

(По материалам ТАСС)



Заместитель начальника финансово-экономического управления ФОМС И.А. Железнякова об использовании клинико-статистических групп при оплате медицинской помощи

И.А. Железнякова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



И.А. Железнякова

В отечественном здравоохранении уже не первый год внедряется метод финансирования стационарной медицинской помощи по клинико-статистическим группам (КСГ), объединяющий клинические и экономические составляющие лечебного процесса. О преимуществах данного подхода рассказала ТАСС заместитель начальника финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования Инна Железнякова.

- В чем преимущества метода финансирования медицинской помощи на основе КСГ?

- Оплата по КСГ имеет два основных экономических преимущества. Во-первых, данная модель не подразумевает контроль длительности лечения. Главное, чтобы лечение было успешным, чтобы было выполнено диагностическое обследование или операция, с целью проведения которой пациента госпитализировали. Прежние способы оплаты медицинской помощи были ориентированы на иные критерии. Например, оплата по количеству койко-дней подразумевала, что чем дольше человек находится в стационаре, тем больше оплата для медучреждения. При финансировании по медико-экономическим

стандартам, определялась средняя длительность лечения. Естественно, сложилась необходимость выдерживать пациента в стационаре в течение данного срока. Оплата по КСГ снимает эту необходимость.

Стандарт включает перечень услуг, которые необходимо выполнить, чтобы получить финансирование по МЭСу. Но пациенты очень разные: кому-то нужны единичные услуги из этого перечня, а кому-то требуется большее, чем определено в стандарте, количество услуг. Система финансирования по стандартам способствует выполнению не показанных пациенту медицинских услуг. Система КСГ не предусматривает контроль выполнения всех услуг, главное, чтобы была выполнена основная операция или диагностическое обследование, которое требует наибольших затрат и определяет стоимость группы.

- Каков международный опыт внедрения КСГ?

- КСГ – система, которая уже используется в мире и показала себя эффективной абсолютно во всех странах. Именно поэтому она и была выбрана для внедрения в России. Конечно, сама группировка, в том числе перечень и состав групп в разных странах различна. Рос-

сийская модель в части терапевтических диагнозов во многом соответствует зарубежным моделям, а в части хирургических операций разработана практически заново, так как подходы к кодировке хирургических операций в каждой стране, в том числе и в России, различаются.

- В России уже имеется успешный опыт применения данной системы на региональном уровне?

- Система КСГ внедряется в разных регионах России с 90-х годов XX века. Правда, следует отметить, что это были единичные регионы. И эти регионы самостоятельно создавали свои модели. Сейчас же на федеральном уровне создается единая модель для всей Российской Федерации. У нас были предложения от регионов, предлагавших взять их разработки за основу, и в какой-то части так и было сделано. Однако модель КСГ, как показывает мировой опыт, должна развиваться от простого к сложному, и на этапе, когда модель эволюционировала, к ней уже тяжело подключить новые регионы.

- В чем заключается усложнение модели КСГ?

- В количестве критериев для классификации заболеваний: чем их больше, тем сложнее модель. Первая модель включала два классификационных критерия: код Международной классификации болезней (МКБ) и код хирургической операции. Затем практика показала, что требуются разные затраты на лечение взрослых и детей, на операции с наличием и без наличия онкологии, на лечение с учетом сопутствующих заболеваний (например, диабета). Потребовалось добавить критерии «возраст», «пол», «наличие/отсутствие онкологического заболевания» и так далее. Зато более сложная система гораздо точнее.

- Как определяются нормативы стоимости КСГ?

- Нормативы формируются на основании фактических затрат организации. В рамках пилотного проекта внедрения КСГ мы получаем данные от территориальных фондов страхования из восьми пилотных регионов РФ: Хабаровска, Кемерово, Екатеринбурга, Татарстана, Московской области, Санкт-Петербурга, Ставрополя и Краснодар. Далее мы проводим многокомпонентный анализ фактических затрат и на его основании разрабатываем ценовые модели, учитывая множество факторов: длительность лечения, пребывания в реанимации, медикаменты, наркоз. Однако коэффициент, который мы рассчитываем, является рекомендательным – каждый субъект сможет откорректировать его с учетом затрат своих медицинских организаций. Где-то исторически сложилось, что пациентам требуются более длительные сроки лечения, и тарифные комиссии будут принимать решение с учетом местных особенностей.

- Каким будет значение перехода на новую систему для работников отрасли?

- Эта система ориентирована на справедливое возмещение затрат: если организация выполняет сложные процедуры, она получает больше денег. При системе оплаты на основе усредненного случая по профилю лечение любого больного в профильном отделении оплачи-

валось одинаково. Выгодно было положить в отделение более легкого больного, на которого требовалось меньше затрат. В результате получалось, что коечный фонд переполнен, а для больных с тяжелыми заболеваниями мест в больницах нет: лечить их невыгодно. Теперь учреждение сможет зарабатывать больше денег, оказывая помощь более сложным пациентам. Система повышает заинтересованность в лечении тяжелых больных, и в пилотных регионах коэффициент затратоемкости, характеризующий тяжесть пролеченного пациента, уже сейчас повысился на 20%. Больницы начинают госпитализировать именно тех больных, которым особенно требуется помощь, сложные операции.

Например, тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: пациенту вводится дорогостоящий препарат, и, если этот препарат не был учтен в стоимости, больницам не выгодно было его вводить. Опыт показал, что в пилотных регионах, учитывающих, к примеру, затраты на тромболитизис, доля тромболитизиса значительно увеличилась. Так что тарифная политика может оказать колоссальное влияние на структуру госпитализации.

На объем заработной платы медиков справедливая система финансирования тоже влияет. Кроме того, данная система позволяет найти взаимопонимание между врачами и экономистами. Если раньше каждый говорил на своем языке, то эта система понятна для медиков, и у нас уже целая команда добровольных врачей-экспертов, которые участвуют в ее разработке и совершенствовании.

- Какие показатели планируется достичь после внедрения КСГ?

Мы надеемся, что за 2015 год практически все регионы перейдут на новую систему. Это должно привести к сокращению длительности лечения, а также к повышению оперативной активности. Так как за операцию оплата выше, в пилотных регионах хирургическая активность уже выросла на 20-30% – это результаты первого года. Мы ждем, что эти показатели будут расти и дальше.

Еще одна цель – управление госпитализацией. Мы анализируем слабые места по доступности, например, повышаем коэффициент химиотерапии при онкологических заболеваниях в 2015 году и ожидаем повышения доступности данного вида лечения.

Но главное: в Российской Федерации трехуровневая система здравоохранения, и с помощью КСГ мы хотели бы добиться, чтобы эта система действительно работала. Учреждения третьего уровня хорошо оснащены, и в них должны попадать не пациенты с легкими формами заболеваний, которых можно лечить на первом уровне, а наиболее тяжелые больные.

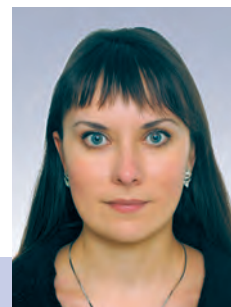
(По материалам ТАСС)

УДК 614.21:618:33

Особенности оплаты и организации первичной акушерско-гинекологической помощи на селе

И.В. Успенская¹, Е.М. Приступа²¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области²ФДПО ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России

И.В. Успенская



Е.М. Приступа

Резюме

В статье приводятся результаты медико-социологического исследования организации акушерско-гинекологической помощи на сельском врачебном участке, на примере типичного для Центрального федерального округа района Рязанской области. В ходе исследования авторами выявлено положительное влияние подушевого способа оплаты медицинской помощи

на развитие профилактики. Предложены алгоритмы по проведению профилактической работы с женщинами, проживающими в сельской местности.

Ключевые слова: сельский врачебный участок, обязательное медицинское страхование, подушевое финансирование, профилактика.

Abstract

Features of payment and organization of primary obstetric care in rural areas

I.V. Uspenskaya, E.M. Pristupa

The Territorial Fund of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region

The article presents the results of medical and sociological research organization of obstetric care in rural medical area, conducted in one of the municipal districts of Ryazan region. During the research the authors have a positive effect per capita method of payment for medical care on the development of prevention. The

authors suggest algorithms for preventive work with women living in rural areas.

Key words: rural medical area, obligatory medical insurance, per capita financing, prevention.

Правительством Российской Федерации активно принимаются меры по оптимизации объемов и структуры медицинской помощи со смещением акцента ее бесплатного оказания населению в общедоступное, менее затратное *первичное звено*, с применением эффективных способов оплаты в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Что было реализовано в субъектах РФ в 2011-2012 гг. в рамках целевых программ модернизации регионального здравоохранения [1-3]?

Цель этих программ модернизации – обеспечение доступности медицинской помощи, т.е. предоставление гражданам равнодоступной по объему и качеству медицинской помощи, независимо от места их проживания и социального статуса.

В условиях формирования в России трехуровневой системы акушерско-гинекологической помощи с развертыванием региональных перинатальных центров, повышение доступности первичной акушерско-гинекологической помощи (ПАГП) на сельских врачебных участках (СВУ) актуализируется в рамках первого этапа трехуровневой системы – первичного звена.

Авторами в 2010-2012 гг. было проведено научное исследование в сельской местности типичного региона Центрального федерального округа России – Рязанской области.

Цель исследования

Целью нашего исследования явилось выявление различий в уровне гинекологической заболеваемости и обращаемости за ПАГП жительниц села, территориально прикрепленных к СВУ с различными моделями оказания ПАГП, а также изучение влияния подушевого принципа оплаты на развитие профилактической помощи в части ПАГП.

Материал и методы

В соответствии с целью и задачами исследования, объектом изучения являлись женщины в возрасте 15 лет и старше, проживающие на территории сельского – Рязанского муниципального района области, территориально прикрепленные к четырем сельским врачебным участкам. Фактическое количество наблюдений составило 432 ед., что определило статистическую достоверность исследования.

Результаты

По признакам уровня и этапности оказания ПАГП, с учетом маршрутизации пациентов при ее оказании, нами были определены две основные модели организации ПАГП женщинам, прикрепленным к СВУ по территориально-участковому принципу.

Модель 1:

а) первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывалась медицинским работником со средним специальным образованием (ПДМСП_{ад.}) – акушеркой на ФАП, во врачебной амбулатории или участковой больнице;

б) первичная врачебная акушерско-гинекологическая помощь оказывалась врачом акушером-гинекологом

центральной районной больницы (ЦРБ), иногда акушером-гинекологами выездных консультативных бригад.

Модель 2: первичная врачебная акушерско-гинекологическая помощь (ПАГП) оказывалась на СВУ медицинским работником с высшим медицинским образованием – врачом акушером-гинекологом во врачебной амбулатории, районной (участковой) больнице; при этом нет обращений к врачу акушеру-гинекологу ЦРБ и врачам выездных консультативных бригад.

Выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) в репродуктивном поведении и применении средств контрацепции женщинами, территориально прикрепленными к СВУ с различным уровнем оказания ПАГП: на СВУ, где оказывается ПДМСП_{ад.} (модель 1), более 1/2 женщин фертильного возраста имеют в анамнезе медицинские аборты; каждая вторая не применяет каких-либо контрацептивных средств, причем более 1/3 из них – в связи с не информированностью о существующих методах контрацепции. Гинекологическая заболеваемость достоверно выше у женщин на СВУ с моделью 1 организации ПАГП (оказание ПДМСП_{ад.}), чем у женщин модели 2 (оказание ПАГП): $479 \pm 18,7$ и $318 \pm 16,5$ на 1000 респондентов, соответственно ($p < 0,001$) [4].

Выявлен низкий уровень обращаемости жительниц села за медицинской помощью: регулярно посещают специалиста (акушерку или врача акушера-гинеколога) 59,6% респондентов; 23,8% обращаются за ПАГП 1 раз в 1-3; 9,0% – 1 раз в 3-5; 7,6% – 1 раз в 5-10 лет.

Респонденты с СВУ с моделью 1 ПАГП, достоверно реже посещают специалиста и проходят ежегодные профилактические медицинские осмотры, чем модели 2 оказания ПАГП – регулярно наблюдаются 72,9% и 44,8% женщин, соответственно ($p < 0,01$).

Нами установлены факторы, снижающие уровень удовлетворенности и обращаемости сельских жительниц за ПАГП: «прием проводится далеко от места проживания» – 31,3% и 19,2%, «нет на это свободного времени» – 10,0% и 24,4%; «нет жалоб» – 24,1% и 36,8%, «не считаю профилактический гинекологический осмотр обязательным» – 29,5% и 19,6% ответили респондентов с СВУ с моделями оказания ПАГП 1 и 2, соответственно [6].

По сравнению с респондентами с СВУ модели 2 достоверно большая доля женщин модели 1 ПАГП не считает профилактический гинекологический осмотр обязательным ($p < 0,001$).

В целом нами был выявлен низкий уровень охвата санпросветработой женщин на селе. По данным анонимного анкетирования женщин, получающих ПАГП на СВУ в 2010 году, выявлена острая потребность всех возрастных групп в санитарно-гигиеническом образовании. Большинство респондентов (89,7%) указали на потребность в получении более полной и регулярной информации о своем здоровье, чем та, которую они периодически получали от обследовавшего их специалиста.

Женщин, нуждающихся в санитарном образовании, больше на СВУ модели 1, где оказывалась первичная

доврачебная медико-санитарная помощь по специальности «акушерское дело» ПДМСпад (93,1%). Тем не менее, на СВУ с ПАГП также большинство женщин (83,8%) заинтересованы в дополнительном санитарном просвещении [5].

Было выявлено, что подростков и молодых девушек в возрасте до 20 лет в большей степени интересует информация по предупреждению нежеланной беременности и контрацепции (50,0% и 25,0%, соответственно). Меньшую долю респондентов данного контингента интересуют вопросы гигиены половой жизни (16,7%) и планирования беременности (8,3%).

Нами выявлено, что у женщин репродуктивного возраста высока потребность в информации о средствах контрацепции и профилактике онкологических заболеваний (36,6% и 36,1%, соответственно), о гармонии интимных отношений – 19,4% и планировании беременности (8,1%).

У пациенток перименопаузального периода отмечена высокая потребность в санитарно-гигиеническом образовании в области профилактики онкологических заболеваний – 74,0%, лечения климактерического синдрома – 16,1%, гармонии интимных отношений – 9,9% от количества женщин, нуждающихся в дополнительных сведениях о состоянии своего здоровья. Однако, каждая третья пациентка указанного контингента (31,4%) не обращалась регулярно к специалисту, при этом у каждой пятой (20,2%) имеются проявления климактерического синдрома.

Нами установлено, что женщины в постменопаузе в большей степени (91,6%) нуждаются в санитарно-гигиеническом образовании в части профилактики злокачественных новообразований половых органов. Отмечена низкая медицинская активность женщин, выразившаяся в невнимании к своему здоровью и нерегулярном посещении специалиста (58,4%).

В целях обучения населения вопросам здорового образа жизни, профилактике аборт, гинекологической патологии нами разработаны и внедрены в практику «Методические рекомендации по санитарно-гигиеническому образованию сельских женщин по вопросам репродуктивного здоровья и формированию стереотипа здорового образа жизни» с алгоритмами, содержащими пошаговые инструкции проведения санпросветработы с различными категориями женского населения.

Принимая во внимание социально-гигиенические характеристики подростков, проживающих в сельской местности, разработаны следующие направления обучения: вопросы сексуального поведения, профилактика ИППП, контрацепция. При этом, к направлениям обучения женщин репродуктивного возраста следует отнести: планирование семьи и контрацепция, профилактика ИППП, планирование беременности, профилактика гинекологических и онкогинекологических заболеваний. Направления обучения женщин перименопаузального периода: профилактика онкогинекологических заболеваний,

профилактика и лечение климактерического синдрома.

Профилактическая работа с женщинами в период менопаузы имеет не меньшее значение, т.к. медицинские вмешательства в данный период жизни обеспечивают женщинам многолетнее преимущество по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, онкогинекологических и урологических заболеваний; необходимые направления обучения: профилактика онкогинекологических заболеваний, улучшение качества жизни в течение менопаузального периода.

Методические рекомендации применяются в работе специалистов, оказывающих ПАГП в изучаемом сельском районе с 2012 года, в других муниципальных образованиях области в 2013-2014 гг.

По результатам использования наших методических рекомендаций в 2013 году (в Рязанском муниципальном районе):

- потребность в проведении санпросветработы среди женщин в целом снизилась с 89,3% до 52,2%, в т.ч. на СВУ с 1 моделью оказания ПАГП – с 93,1% до 69,0%;
- на 35,6% возросло количество женщин, использующих гормональные методы контрацепции (КОК);
- в 2013 году не было зарегистрировано отказов от госпитализации;
- на 69,3% увеличилась обращаемость за профилактической ПАГП.

Профилактическая работа на селе активизировалась благодаря модернизированным реформам регионального здравоохранения.

Одно из важных направлений модернизации регионального здравоохранения – изменение источника финансирования ПАГП, в части оказания ПДМСпад, в связи с тем, что все медицинские организации (МО), оказывающие данную медицинскую помощь, в том числе ФАП, были переведены на финансирование из средств системы ОМС.

В 2012 г. в качестве прогрессивного способа оплаты медицинской помощи, для повышения эффективности расходования средств ОМС, было внедрено «подушевое» финансирование МО, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях. Использован принцип финансирования по подушевому нормативу с частичным фондодержанием для обеспечения взаиморасчетов МО с иными учреждениями за оказание ПМСП приписному населению при отсутствии в своей МО специалистов или методов диагностики.

Считается, что при подушевом финансировании традиционно снижаются объемы медицинской помощи. Например, в Великобритании, при подушевом финансировании, количество посещений врача (на 1 жителя в год) в 2 раза ниже, чем во Франции и ФРГ – при оплате за обращение пациента. Представленный нами случай не является исключением.

Отметим однако, в качестве положительного факта,

что с внедрением подушевого финансирования в регионе, при уменьшении объемов ПВАГП за счет снижения обращаемости по поводу заболевания, отмечается в 2011-2012 гг. увеличение профилактических посещений – на 7,0%, с пролонгированием наметившейся тенденции на 2013 и 2014 гг. [7].

Выводы

Установлено, что реализация целевой программы модернизации регионального здравоохранения с применением прогрессивных способов оплаты в системе ОМС достоверно определила повышение объемов ПДМСПад, оказываемой на ФАП: с 2011 г. наблюдается положительная динамика увеличения доли доврачебной акушерской помощи в части проведения профилактических медицинских осмотров ($p < 0,01$).

Подушевой принцип оплаты медицинской помощи – прогрессивный способ оплаты ПМСП, способствующий развитию профилактики.

Разработанные авторами алгоритмы проведения санитарно-просветительской работы с женщинами различных возрастных групп рекомендуется использовать на ФАП в профилактической работе.

Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ – М., 2011. – 68 с.
2. Постановление Правительства Рязанской области от 24.03.2011 № 59 «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011 - 2012 годы».
3. Постановление Правительства Рязанской области от 26.04.2011 № 91 «Об утверждении Порядка реализации мероприятий и расходования средств на долгосрочную целевую программу «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011 - 2012 годы».
4. Приступа Е.М. Особенности репродуктивного поведения и здоровье женщин, проживающих в сельской местности // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2010. – № 3. – С. 37-41.
5. Успенская И.В., Приступа Е.М. Экспертная оценка доступности первичной акушерско-гинекологической помощи для жителей сельской местности // 20 лет системе обязательного медицинского страхования Омской области: достижения и перспективы: Сб. ст. под общ. ред. В.И. Спинова. – Омск, 2013. – С. 141-147.
6. Успенская И.В., Приступа Е.М. Удовлетворенность оказания первичной акушерско-гинекологической помощи на сельском врачебном участке // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 6. – С. 54-57.
7. Успенская И.В., Приступа Е.М. Повышение доступности медицинской помощи – показатель результативности и эффективности модернизационных реформ // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 7. – С. 3-11.

Для корреспонденции:

Успенская Ирина Владимировна – д.м.н., заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области

Тел.: (4912)75-56-79. Сот.: 8-906-545-89-21. Факс: (4912)98-58-73.

E-mail: uspenskaya.iv@tfoms-rzn.ru

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. 6-я Линия, д. 6.

Приступа Евгения Михайловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФДПО ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России.

Тел.: (4912) 25-27-63. Сот.: 903-693-11-28

E-mail: empristupa@mail.ru

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, д. 9.

For correspondence:

Uspenskaya I. V. – M.D. Ph.D., Deputy director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region.

Tel.: (4912)75-56-79. Mobile: 8-906-545-89-21. Fax: (4912)98-58-73.

E-mail: uspenskaya.iv@tfoms-rzn.ru

Address: 390026, Ryazan city, Ul. 6-ya Liniya, 6.

Pristupa E.M. – assistant of the Department of obstetrics and gynecology with the course of obstetrics and gynecology, FDPA Ryazan state medical University named after academician Pavlov of the Russian Ministry of health.

Tel.: (4912)25-27-63. Mobile: 8-903-693-11-28

E-mail: empristupa@mail.ru

Address: 390026, Ryazan city, Ul. Vysokovoltnaya, 9.

Деятельность страховых медицинских организаций в условиях нового законодательства по ОМС

Н.И. Гришина

ООО «Росгосстрах-Медицина», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», г. Москва



Н.И. Гришина

Смомента вступления в действие Федерального закона от 29.11.2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» прошло более трех лет. Законодательные изменения определили перечень задач, которые предстояло поэтапно решать субъектам и участникам сферы обязательного медицинского страхования (ОМС).

За этот период времени существенно вырос уровень финансового обеспечения базовой программы ОМС. Большое количество задач удалось решить в рамках модернизации регионального здравоохранения, на которую были выделены значительные средства бюджета ФОМС. С 2013 года в сфере ОМС осуществлен переход на полный тариф оплаты медицинской помощи, в базовую программу ОМС включена скорая медицинская помощь, расходы по финансовому обеспечению мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, завершаются процессы перехода на оплату медицинской помощи с применением более эффективных способов, установленных на федеральном уровне.

Таким образом, создание финансовых механизмов, направленных на совершенствование стабильного финансирования медицинских услуг, улучшение качества и доступности медицинской помощи, происходит достаточно активно. Тем не менее, пока ожидания и государства, и основных потребителей услуг – рядовых граждан от функционирования системы ОМС в новых законодательных условиях оправдываются не в полной мере.

На заседании Президиума Госсовета 30 июля 2013 года «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи» Президентом Российской Федерации В. Путиным было обращено внимание на достаточно низкую удовлетворенность (35.4%) граждан страны уровнем медицинской помощи, необходимость более эффективных структурных преобразований в здравоохранении, а также совершенствования системы ОМС и доведения ее до современного страхового уровня.

К работе всех участников сферы ОМС имеются обоснованные претензии. Не составляют исключение и

страховые медицинские организации (СМО). Однако самые «глобальные» упреки в адрес СМО, как правило, обусловлены недостаточностью информации об их деятельности в сфере ОМС.

Как работают страховые медицинские организации в рамках предоставленных полномочий, насколько эффективна их деятельность и каковы ее результаты в условиях нового законодательства об ОМС?

Ответы на эти вопросы предлагаю рассмотреть на примере работы страховых медицинских организаций, входящих в группу компаний РОСГОССТРАХ-МЕДИЦИНА – ООО «Росгосстрах-Медицина» и ЗАО «Капитал Медицинское страхование», которые сегодня исполняют обязательства в сфере ОМС в отношении более чем двадцати одного миллиона человек на территории сорока двух субъектов Российской Федерации.

Еще раз хочу обратить внимание, что страховые медицинские организации могут исполнять только те функции, которые предусмотрены законодательством. В своей работе СМО используют правила, порядки и механизмы, утвержденные нормативными правовыми актами в сфере ОМС. Нарбатываемая практика требует внесения в них корректировок. Эта работа продолжается постоянно, и страховое сообщество, взаимодействуя с Федеральным фондом ОМС, принимает в ней активное участие.

Законодательством в сфере ОМС во главу всей системы поставлен рядовой гражданин. Между ним, основным потребителем медицинских услуг, и медицинскими организациями, производителями услуг, есть связующее звено – страховая медицинская организация, деятельность которой направлена на повышение удовлетворенности застрахованного лица от взаимодействия с системой ОМС.

Начинается это взаимодействие с момента регистрации застрахованного лица и выдачи ему полиса ОМС единого образца. Новое законодательство привело к изменению технологии этого процесса и его ресурсного обеспечения. Реализация законодательного права выбора или замены страховой медицинской организации, конкурентная борьба за клиентов потребовали существенного расширения инфраструктуры СМО. Сегодня пункты выдачи полисов ОМС различных СМО организованы во многих даже самых отдаленных местах. Только у нас количество региональных подразделений увеличилось с 650-и в 2011 году до 1000 на конец 2013 года.

Поддержание функционирования созданной инфраструктуры требует немалых финансовых ресурсов. Каждый пункт выдачи полисов должен быть обеспечен кадрами, оснащен материальными и техническими ресурсами, специализированным программным обеспечением, защищенными каналами связи, а также отвечать установленным требованиям для работы с бланками строгой отчетности и персональными данными застрахованных лиц. Появились и дополнительные требования к пунктам выдачи полисов в рамках обеспечения доступной среды для малоподвижных групп населения: боль-

шинство пунктов выдачи полисов на сегодня оснащены пандусами (стационарными и передвижными), кнопками вызова специалистов при входе в здание.

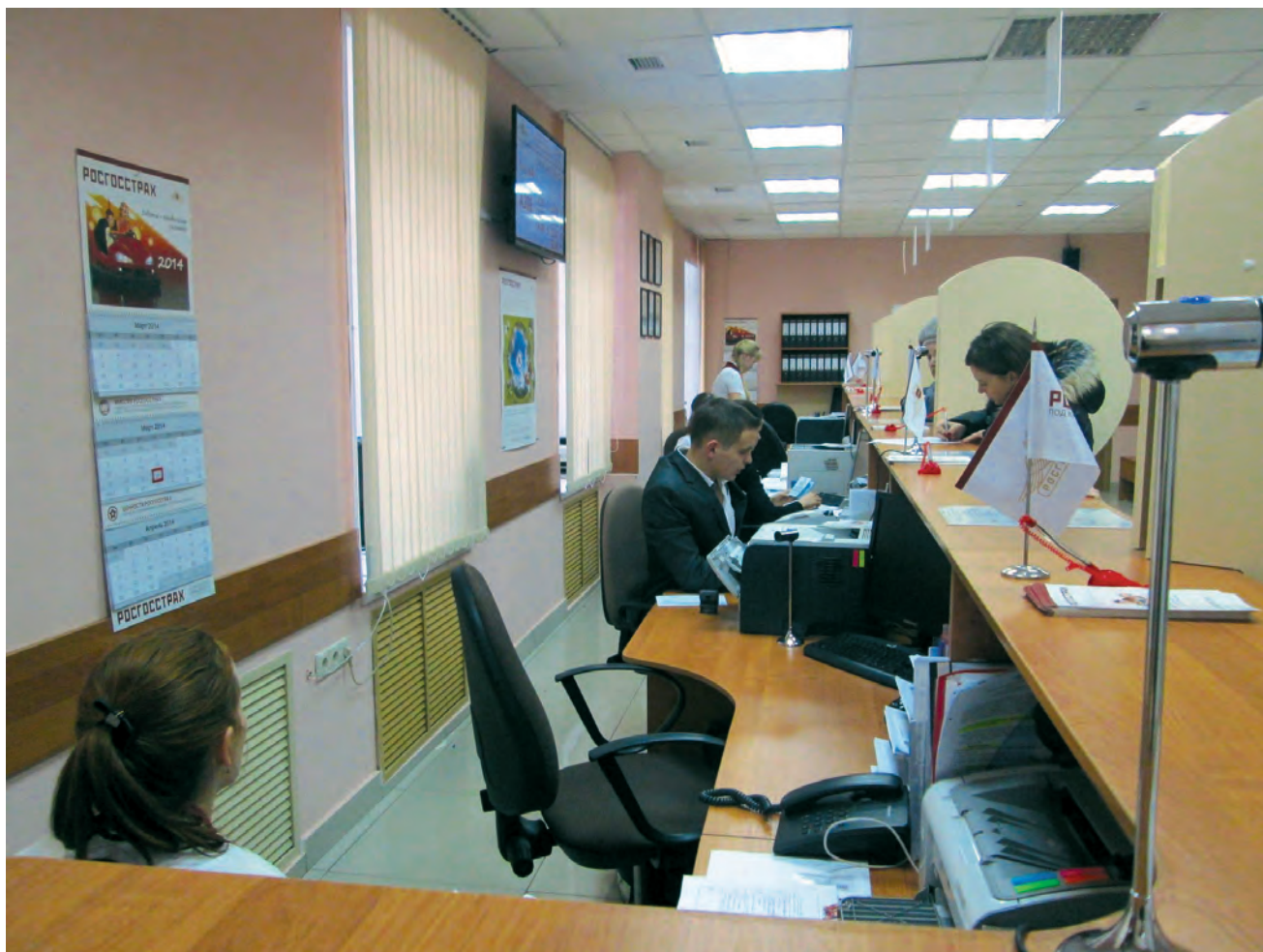
Отдельная статья расходов страховой медицинской организации связана и с обеспечением регулярной доставки в пункты изготовленных полисов единого образца. Сейчас, когда процесс уже налажен и изготовленные полисы практически еженедельно поступают в территориальные фонды ОМС, их приходится и еженедельно развозить по всем пунктам выдачи полисов, ведь изготовленные полисы (даже если их единицы) должны быть своевременно доставлены и выданы застрахованным лицам.

Появились и новые технологии работы – мобильные пункты выдачи полисов. Несмотря на то, что обязанность СМО по их организации законодательством предусматривается только в исключительных ситуациях, большинство компаний стали использовать их и в текущей работе с целью повышения доступности страховых услуг для населения. У нас таких пунктов на текущий момент уже более двухсот, все они также оснащены необходимым оборудованием, средствами защиты, т.е. полностью соответствующим законодательным требованиям.

Изначально мобильные пункты предназначались для обслуживания граждан крупных населенных пунктов, которые по тем или иным причинам не могут посетить страховую компанию самостоятельно – это пожилые, многодетные семьи, лица с ограниченными возможностями и другие категории. Сегодня мобильные пункты СМО все чаще используются для обслуживания жителей в труднодоступных и малонаселенных районах, удаленных от административных центров, в которых открытие стационарных подразделений СМО зачастую сдерживается отсутствием квалифицированных кадров и необходимой телекоммуникационной инфраструктуры.

Результат работы мобильных пунктов – положительные отзывы о работе СМО от застрахованных лиц, такая обратная связь с клиентами очень важна для любой компании, оказывающей услуги.

Расширение доступности услуг СМО привело к тому, что сегодня более 70% граждан обеспечено полисами единого образца. За каждым выданным полисом следует актуализированная на основании представленных документов запись о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц. А достоверный регистр (и по численности, и по половозрастной структуре) позволяет исключить дублирование информации, более точно спланировать объемные и финансовые показатели базовой и территориальных программ ОМС. Значит, в этом прямой интерес государства. Выдача полисов единого образца минимизирует возможности отказа гражданам в получении медицинской помощи на другой территории в рамках базовой программы ОМС, позволяет организовать электронную запись пациентов к врачам через Интернет и инфоматы. Все это повышает комфортность общения граждан с медицинскими организациями и в конечном



Передовой пункт выдачи полисов филиала ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Удмуртия-Медицина» в Ижевске

итоге также способствует повышению их удовлетворенности от взаимодействия с системой ОМС.

Дальнейшему развитию сервиса и комфортности обслуживания застрахованных лиц уделяется все больше внимания, так, ведущими специалистами РОСГОССТРАХ-МЕДИЦИНА разработан и введен в действие «Стандарт организации пунктов выдачи полисов ОМС». Стандарт регламентирует такие важные моменты, как выбор расположения пункта с учетом его приближенности к местам наибольшего потока обслуживаемого контингента населения, доступность с точки зрения общественного и личного транспорта. Введены типовые варианты оформления пунктов вывесками и указателями, информационными стендами и плакатами, утвержден набор информационных материалов, включающий несколько видов индивидуального раздаточного материала и всю необходимую нормативную документацию по ОМС как федерального, так и регионального уровней. Формирование графика работы пунктов по Стандарту производится с учетом возможности обслуживания населения в

вечернее время и в выходные дни. В Стандарте отражены общие требования к материально-техническому оснащению, программному обеспечению, в том числе отдельно – для пунктов, осуществляющих прием заявлений на оформление электронных полисов.

Конечно, по объективным причинам нельзя привести к абсолютному единообразию и крупный столичный офис, и представительство в небольшом населенном пункте. Однако введение Стандарта позволяет повысить комфортность обслуживания застрахованных лиц даже в самых отдаленных районах.

На сегодня у нас есть пункты полисов ОМС, на базе которых вводятся и самые передовые способы обслуживания клиентов: автоматические информационные терминалы, системы электронной очереди. Внедрение современных технологий повсеместно – наше будущее, и надеемся, что совсем не далекое.

Нагрузка у специалистов пунктов выдачи полисов пока достаточно высокая. Только в наши пункты в 2013 году обратилось почти 16 миллионов человек! Для

их обслуживания численность персонала, работающего в пунктах выдачи полисов, увеличена более чем на 30%.

Каждого специалиста приходится обучать работе с программными продуктами, правилам информационного обмена, технологии выдачи полисов, ведь ответственность СМО за нарушения по этим направлениям деятельности очень высокая – 3000 рублей за каждый случай. Для повышения качества работы проводятся внутренние семинары, аттестация рабочих мест. Это практически постоянный процесс, так как и текучесть кадров высокая. Не все сотрудники выдерживают установленные требования, нагрузку, да и особенности работы с гражданами, среди которых встречаются излишне эмоциональные или с болезненными состояниями, требуют особой выдержки и склада характера.

Конкуренция, реализация не только права выбора, но и замены СМО заставит страховые медицинские организации сохранять доступность своих услуг для застрахованных лиц и далее. Нельзя также не отметить, что специалисты пунктов выдачи полисов обслуживают не только самостоятельно входящий в офисы поток граждан. Несмотря на то, что во всех подразделениях введены системы автоматического информирования о готовности полиса ОМС с помощью сервиса коротких сообщений, до многих граждан приходится не только многократно дозваниваться, но и в буквальном смысле слова «доходить на дом». Такого рода подворные, поквартирные обходы придется более активно использовать и для решения проблемы неострахованных полисов, хорошо известной всем регионам, и в целях актуализации персональных данных застрахованных лиц, которые в большинстве случаев не спешат исполнять свои обязанности по информированию СМО об их изменении. Поэтому говорить об уменьшении объема работ в этом направлении преждевременно.

В перспективе именно пункты выдачи полисов ОМС могут стать теми подразделениями, которые возьмут на себя функцию более активной и индивидуальной работы с застрахованными лицами по различным видам информационного сопровождения. Поэтому и требования к уровню профессиональной подготовки и квалификации специалистов будут только повышаться.

Функция информирования застрахованных лиц и оказания гражданам консультативной помощи – это еще один приоритет в работе СМО. На современном этапе развития информационно-коммуникационных технологий, с учетом доступности для подавляющей части населения компьютерной техники, развивается и набирает обороты сервис по обращению застрахованных лиц через информационно-коммуникационную сеть Интернет. Для обеспечения этой работы в СМО функционируют специализированные службы, объем обращений в которые постоянно увеличивается. Например, в 2013 году в аналогичные службы наших компаний объем обращений вырос в 2 раза по сравнению с 2012 годом.

В текущем году уделяется особое внимание разви-

тию системы информирования населения о порядке и условиях бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе об услугах, которые не подлежат оплате за счёт личных средств. Именно такую формулировку имеет одно из поручений Президента РФ по итогам заседания президиума Госсовета 30 июля 2013 года в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Но и мы не можем быть в стороне от решения этой проблемы, ведь среди основных причин обоснованных жалоб граждан, поступающих в страховые медицинские организации, на втором месте в Российской Федерации стоит «неправомерное взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь».

Такого рода нарушения в работе медицинских организаций во многом становятся возможными по причине недостатка необходимой информации, незнания пациентами своих прав, нежелания своевременно обратиться в свою страховую компанию за консультацией, а в случае необходимости и за квалифицированной помощью специалистов. Системное информирование на постоянной основе, на принципах доступности должно помочь сформировать у застрахованных лиц активную жизненную позицию и во многом предупредить развитие таких конфликтов.

Но и в этом направлении есть ряд не решенных на законодательном уровне проблем. Особенно это касается вопросов, связанных с понуждением граждан к приобретению изделий медицинского назначения. В настоящее время отсутствуют правила использования медицинских изделий, не разработаны инструкции с обоснованием преимуществ выполнения медицинской технологии с использованием конкретного вида (варианта, формы, качественного состава, функции и др.) изделия медицинского назначения. Это создает трудности и при проведении СМО экспертных мероприятий на основании письменных жалоб застрахованных лиц, и в судебном разрешении конфликтных ситуаций.

Защита прав застрахованных лиц в досудебном и судебном порядке – еще одно направление деятельности страховых медицинских организаций, вызывающее много вопросов. Один из наиболее часто задаваемых вопросов связан с относительно невысоким количеством обращений в СМО за досудебной и судебной защитой своих прав при большом количестве выявляемых нарушений качества медицинской помощи и низкой удовлетворенности населения. При ответе на этот вопрос нельзя не учитывать, что в большинстве случаев это связано с недостаточным развитием конкуренции самих медицинских организаций. В тех районах, где фактически функционирует одно учреждение здравоохранения, граждане не желают подавать письменные жалобы на врачей, т.к. опасаются, что далее отношение к ним еще более ухудшится, а лечиться у другого врача нет возможности. Недостаточный уровень обращений пациентов в суды за компенсацией морального и материального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказания медицин-

ской помощи, объясняется общим недоверием граждан к судебной системе, длительностью судебных разбирательств. Иногда это связано и с дополнительными финансовыми затратами из-за понуждения судом пострадавшего пациента к оплате судебно-медицинской экспертизы, стоимость которой в 50-100 тысяч рублей для него слишком обременительна. К сожалению, результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной СМО, не всегда являются для судов основополагающими.

О функциях СМО, связанных с проведением контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, в последнее время говорят и пишут, пожалуй, больше всего.

Не буду приводить статистические выкладки количества проверенных страховыми медицинскими организациями массивов персонифицированных счетов-реестров, проведенных экспертиз, выявленных дефектов, удержанных финансовых санкций. Общее количество их в системе ОМС не уменьшается, но именно это и не радует.

Например, по законодательству к проведению экспертизы медицинской помощи СМО может привлекать только тех врачей-экспертов, которые включены в реестр экспертов качества медицинской помощи. Это опытные врачи с десятилетним стажем работы по клиническим специальностям, имеющие квалификационные категории, ученые степени. Они не являются штатными работниками страховой компании. СМО полагается на их опыт, знания и добросовестность. Часто встречаются ситуации, когда практические врачи из соседних медицинских организаций проверяют друг друга. Поэтому заявлять об их «невостребованности» в практической медицине недопустимо.

Хотелось бы также отметить, что своевременное исполнение страховой медицинской организацией обязанностей по проведению экспертизы качества медицинской помощи в утвержденных нормативными правовыми актами объемах и по установленным поводам зависит от количества экспертов, включенных в реестр по каждой из врачебных специальностей. Количественная потребность в экспертах той или иной специальности в субъектах РФ напрямую зависит от объемов медицинской помощи соответствующего профиля, потребляемой населением.

В формировании реестра экспертов, состоящего из наиболее опытных специалистов, пользующихся заслуженным профессиональным уважением в медицинской среде, должны быть заинтересованы не только участники сферы ОМС, но и органы управления здравоохранением субъекта РФ, Управление Росздравнадзора по субъекту РФ, профессиональные медицинские ассоциации, общественные объединения специалистов медицинского профиля. Все перечисленные структуры в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 13.12.2011 года №230, утвердившим порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи, име-

ют право обратиться с ходатайством в территориальный фонд о включении в реестр своих кандидатов, но проявляют крайне низкую активность в этом вопросе.

Реестры экспертов качества медицинской помощи на некоторых территориях сформированы в ограниченном составе. Порой не хватает экспертов по наиболее востребованным профилям медицинской помощи (неврология, эндокринология, кардиология и другим), к которым относятся и многие социально-значимые заболевания с высоким уровнем смертности населения. По некоторым специальностям эксперты в реестрах присутствуют в единственном числе или вообще отсутствуют. Страховые медицинские организации ищут выходы и из таких ситуаций. Выделяют средства на сертификационное обучение практических врачей для обеспечения возможности включения их в реестр, участвуют в организации выездных циклов и семинаров. Нередко приходится приглашать для проведения экспертизы качества медицинской помощи экспертов из других субъектов РФ, зачастую не самых близлежащих территориально, и оплачивать не только их работу, но и полные командировочные расходы.

Вероятно, с введением в действие электронной истории болезни эта проблема будет разрешена. Но пока это будущее и не самое ближайшее.

Большое сожаление вызывает и тот факт, что абсолютное большинство руководителей медицинских организаций рассматривают экспертную деятельность СМО с позиции потенциальных финансовых санкций, а не как обязательный инструмент для принятия собственных управленческих решений в целях повышения качества работы. Претензии в адрес страховых компаний со стороны медицинских организаций банальны: слишком большие санкции и слишком много проверяют. При этом мало кто из медицинских организаций оспаривает результаты проведенной экспертизы в территориальных фондах. Значит, нарушения, выявленные СМО, объективны, и нужны дополнительные механизмы, которые заставят руководителей медицинских организаций «работать над ошибками».

Сейчас в сфере ОМС отмечается тенденция снижения размера санкций в относительном соотношении со стоимостью медицинских услуг. Объективно уменьшаются и объемы санкций по медико-экономической экспертизе в связи с переходом на новые эффективные способы оплаты. Накал недовольства это, конечно, понизит, но вот уменьшит ли количество дефектов оказания медицинской помощи, улучшит ли ее качество и доступность?

Возможно, нужны не только ретроспективные механизмы контроля, которые позволяют выявить причины некачественного оказания медицинской помощи постфактум, но и механизмы, в том числе и экономические, позволяющие их предупредить и эффективно влиять на систему оказания медицинской помощи в целом. Видимо, настало время разрабатывать и внедрять в практику работы страховых медицинских организаций технологии,

позволяющие оценить не только качество, но и эффективность лечения с точки зрения минимизации затрат.

Над этими вопросами пора задуматься, объединив усилия всех заинтересованных сторон. Не сомневаюсь, что страховые медицинские организации в решении этих

проблем заинтересованы и к такому конструктивному подходу готовы.

Для корреспонденции:

Гришина Надежда Ивановна – генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина», ЗАО «Капитал Медицинское страхование»

Адрес: 121059, Москва, ул. Киевская, 7

Тел.: 8 (495) 287-81-25/27

E-mail: oms@rgs-oms.ru

For correspondence:

Nadezhda I. Grishina – Director General of the Rosgosstrakh-Medicine AO, Capital medical Insurance Ltd.

Address: Ul. Kievskaya 7, Moscow 121059, Russia

Tel.: 8 495 287 8125/27

E-mail: oms@rgs-oms.ru

УДК 614.2

Анализ соответствия стоматологической помощи детям в системе обязательного медицинского страхования федеральному стандарту медицинской помощи при кариесе

К.С. Вирабов

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России



К.С. Вирабов

Резюме

Стоматологическая помощь, оказываемая в системе обязательного медицинского страхования при кариесе в 2011-2013 гг., частично не соответствовала временной версии федерального стандарта медицинской помощи больным при кариесе того же периода. Значительно реже оказывались услуги по рентген-диагностике, проводниковой анестезии.

Ассортимент пломбировочных материалов был менее разнообразен. При этом частота использования отечественного цемента в 4,3 раза превосходила рекомендованную стандартом.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, стандарт медицинской помощи при кариесе, соответствие стоматологической помощи федеральному стандарту.

Abstract

The analysis of the compliance of dental care to children in the system of obligatory medical insurance to the federal standard of care in dental caries

K.S. Virabov

State budgetary educational institution of higher professional education "Moscow state University named after I.M. Sechenov Moscow medical Academy" of the Ministry of health of the Russian Federation, Department of fundamentals of legislation on health care, faculty of management and Economics of health

Dental care, provided in the system of medical insurance in 2011-2013, partially corresponded to the temporary version of Federal standard of care for patients with caries at the same period. Much less were provided services of x-ray diagnostics, block anesthesia. Range of filling materials was less diverse.

The frequency of the use of domestic cement 4.3 times higher than the recommended standard.

Key words: medical insurance, the standard of healthcare in dentistry, according dental care to the Federal standard.

Актуальность исследования

В последние годы произошли серьезные структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации [7, 8].

Развитие стоматологической службы в условиях рыночных отношений кардинально изменило подходы к ее организации. Прежде всего, они дали ощутимый импульс к более качественному оказанию стоматологической помощи населению за счет переоснащения стоматологических учреждений и организаций, а также внедрения новейших технологий и материалов [9].

В стоматологических организациях на протяжении ряда лет наиболее распространенной остается терапевтическая помощь [2].

Для обеспечения высокого качества обсуждаемого вида помощи потребовалось осуществление постоянного поиска клинически и экономически обоснованных технологий и методов организации и управления ресурсоемкостью стоматологической помощи. Все сказанное выше актуализировало проведение исследования, целью которого выступало научно-методическое обоснование прогнозирования ресурсоемкости стоматологической помощи детям при кариесе в системе обязательного медицинского страхования.

Для реализации цели исследования была решена задача по анализу соответствия стоматологической помощи детям в системе ОМС федеральному стандарту медицинской помощи при кариесе.

Материал и методы исследования

Исследование проведено в несколько этапов.

На 1-м этапе проводился анализ объемов стоматологической помощи детям при кариесе, оказанной в 2011-2013 гг. в г. Москве в системе обязательного медицинского страхования и финансируемой из средств страховой медицинской организации (СМО) «РОСНО-МС». Сплошным методом за весь трехлетний период (2011-2013 гг.) проведена выкопировка информации из счетов-фактур [3], ежемесячно предъявляемых стоматологическими поликлиниками г. Москвы в СМО «РОСНО-МС». В данном документе указаны количество обратившихся пациентов, код услуг, их наименование, количество услуг, тариф одной услуги и суммарная стоимость услуг.

На основе данной информации определены:

- фактический перечень услуг, оказываемых детям при кариесе по программе ОМС;
- структура услуг в зависимости от их содержания, отражающего: трудовое участие специалистов-стоматологов в организации и оказании стоматологической помощи; мероприятия по диагностике, лечению и профилактике кариеса; выбор пломбировочного материала;
- общая (за трехлетний период) численность детей, которым оказана стоматологическая помощь при кариесе по программе ОМС;
- средняя численность детей в год, которым оказана

стоматологическая помощь при кариесе по программе ОМС в разрезе групповой принадлежности оказанных услуг;

- структура и соотношение численности контингентов пролеченных детей в зависимости от групповой принадлежности оказанных услуг.

Для осуществления выкопировки данных из счетов-фактур методом работы с электронными базами данных в общей сложности было проанализировано 3 531 233 единицы информации о стоматологической помощи детям, финансируемой СМО «РОСНО-МС» в г. Москве в 2011-2013 гг.

На 2-м этапе проводился анализ соответствия стоматологической помощи в системе ОМС федеральному стандарту медицинской помощи при кариесе. Анализ подразумевал проведение оценки соответствия перечня услуг, предоставляемых в системе ОМС, их аналогу из федерального стандарта медицинской помощи при кариесе (К 02.0 и К02.1). Однако федеральный стандарт был утвержден лишь в 2013 г. [5], а его обсуждение имело место в течение более чем 3 лет. Поэтому для ретроспективной оценки соответствия в процессе исследования использовался наиболее популярная временная (2011-2013) версия стандарта медицинской помощи при кариесе дентина и эмали [1]. На данном этапе перечень услуг ОМС сравнивался с перечнем услуг из временной версии стандарта, а затем определена численность услуг и частота их предоставления по стандарту и по факту оказания стоматологической помощи в системе ОМС.

Для определения перечня услуг и частоты их предоставления на 1 случай оказания стоматологической помощи число оказанных в течение 2011-2013 гг. услуг ОМС каждого наименования было перерассчитано на одну услугу «Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, первичный» (код по ОМС 101191 до 01.11.2013 г. и 109.401 – после 01.11.2013 г.), что позволило определить фактическое содержание стоматологической помощи при кариесе (К 02.0 и К02.1) за анализируемый период. На этом же этапе проведено толкование услуг ОМС и услуг временной версии федерального стандарта в целях определения сопоставимости их содержания.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке на IBM PC по программе Microsoft Excel-XP, STATISTICA – 10.

Собственные результаты исследования

Согласно ч. 4 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6], стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты и применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, а также иные усредненные показатели, учитывающие особенности конкретного заболевания (состояния).

Таким образом, стандарт не описывает клинический протокол ведения конкретного пациента.

В письме Минздрава России от 30.04.2013 № 13-2/10/2-3113 [4] указано, что по назначению лечащего врача допускается превышение усредненных показателей, установленных стандартами. Условием такого превышения является наличие медицинских показаний, основанных на индивидуальных особенностях пациента и течения заболевания.

Таким образом, если есть показания, то дополнительные диагностические исследования, не указанные в стандарте, могут и должны быть проведены в полном объеме.

Помимо перечня медицинских услуг в стандартах медицинской помощи приведен перечень лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию, а также их средние дозы для применения, что, до некоторой степени, обеспечивает контроль ресурсопотребления медицинской помощи с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Следует иметь в виду, что на лечащего врача возлагается обязанность исполнения следующего требования: при наличии у пациента конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания в процессе оказания медицинской помощи должно быть исключено дублирование медицинских услуг и лекарственных препаратов.

С учетом вышесказанного, для проведения оценки соответствия услуг, предоставляемых в системе ОМС детскому населению, федеральному стандарту медицинской помощи при кариесе (К 02.0 и К 02.1), а также для последующего определения средней стоимости стоматологической помощи при обсуждаемой патологии среднее число оказанных в течение 2011-2013 гг. услуг ОМС было перерассчитано на 1 услугу «Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, первичный» (код по ОМС 101191 до 01.11.2013 г. и 109.401 – после 01.11.2013 г.). При этом на одну названную услугу приходилось 0,94 услуги по формированию одной кариозной полости, 0,86 – по выбору в качестве пломбировочного материала отечественного цемента, 0,60 – импортного композита, 0,54 услуги «Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, повторный», 0,51 – по полировке пломбы, 0,39 – по определению гигиенического индекса, 0,19 – по наложению временной пломбы, 0,18 – по её снятию, 0,17 – по покрытию фиссур 1 зуба герметиком, 0,15 – по снятию зубных отложений в области 1 зуба, 0,13 – по раскрытию полости зуба с дальнейшей медикаментозной обработкой, 0,12 услуги по выбору в качестве пломбировочного материала импортного цемента, 0,08 – по пломбированию одного канала пастой, 0,07 услуги – по проведению проводниковой анестезии и столько же – Rg-графии зубов с последующим чтением рентгенограмм, 0,06 услуги по выбору в качестве пломбировочного материала отечественного композита и столько же – по серебрению поверхностного кариеса в области 1 зуба, 0,01 – по проведению Rg-графии зубов детям до 7 лет (табл. 1).

Такие услуги, как восстановление коронки многокорневого зуба, медикаментозная обработка патоло-

гических десневых карманов, пломбирование одного канала цементом, Rg-графия зубов без клинической интерпретации результата, анестезия аппликационная, выбор в качестве пломбировочного материала пластмассы импортной и отечественной, а также отечественного и импортного металлосодержащего материала, услуги по проведению местной флюоризации, панорамной Rg-графии зубов и восстановлению коронки однокорневого зуба, – осуществлялись в расчете на 1 случай стоматологической помощи при кариесе (то есть на каждую услугу «Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, первичный») с частотой менее, чем 0,01 раз.

При сравнении частоты предоставления услуг в системе ОМС с аналогичным показателем из Временного стандарта медицинской помощи взрослым и детям при кариесе (К 02), используемого в 2011-2013 гг. [1] до утверждения Минюстом Федерального стандарта в 2013 г. [5], было установлено, что Временный стандарт медицинской помощи больным с кариесом зубов (Модель пациента-1; возрастная категория: дети и взрослые; нозологическая форма: разрушение твердых тканей зубов вследствие патологического процесса, проявляющегося прогрессирующей деминерализацией твердых тканей зуба: код по МКБ-10 K02; фаза: стабильное течение; стадия: кариес эмали, кариес дентина; осложнение: без осложнений; условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь) предусматривает оказание 35 услуг, структурированных как услуги по диагностике и лечению, а также выбору лекарственного средства и пломбировочного материала (табл. 2).

Такие услуги федерального стандарта, как сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта (A0107001), внешний осмотр челюстно-лицевой области (A0107005), визуальное исследование при патологии полости рта (A0107002), определение прикуса (A0207006), перкуссия зубов (A0207007), исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда (A0207002), термодиагностика зуба (A0207005) и определение степени подвижности зубов (A0207008) фактически осуществляются в процессе первичного лечебно-диагностического приема врача-стоматолога в целях организации и оказания стоматологической помощи в системе ОМС, то есть перечисленные услуги стандарта могут быть отнесены к категории сопоставимых с услугой ОМС – 101191. Кратность выполнения этих услуг, за исключением услуги по определению прикуса, одинакова по стандарту и в системе ОМС и составляет 1,0 (табл. 3).

Такие диагностические услуги, как все виды рентгенологического исследования зубов и челюстей (коды по ОМС 35237, 135280, 35236 и 109159) фактически имеют частоту проведения меньшую, чем это предписывается федеральным стандартом медицинской помощи при кариесе (коды по ОСТ A0607004, A0607003 и A06.31.006). Услуга же ОМС по определению гигиенического индекса (код 109041) предоставляется с большей частотой, чем это предусмотрено отраслевым стандартом (код

Таблица 1

Среднее число услуг при оказании стоматологической помощи детям при кариесе, предоставляемой в системе ОМС стоматологическими поликлиниками (2011-2013), в расчете на 1 случай первичного лечебно-диагностического приема врача-стоматолога

№№	Наименование	Среднее число услуг в год	Число услуг в пересчете на 1 услугу «Первичный лечебно-диагностический прием»
101192	Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, первичный	462998,23±1022,59	1,00
9001	Формирование одной кариозной полости	434047,38±955,54	0,94
109200	Пломба из цемента (отечеств.)	398266,17±879,62	0,86
109208	Пломба из композита (импортн.)	277411,39±612,70	0,60
101191	Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, повторный	251618,74±555,73	0,54
9150	Полировка пломбы	234836,68±518,67	0,51
109041	Определение гигиенического индекса	181280,06±400,38	0,39
109011	Наложение временной пломбы	89491,93±196,96	0,19
109016	Снятие временной пломбы	81989,23±181,08	0,18
109103	Покрытие фиссур 1 зуба герметиком	80707,33±178,25	0,17
109043	Снятие зубных отложений в области 1 зуба	69958,52±154,51	0,15
109003	Раскрытие полости зуба с медикаментозной обработкой	58257,83±128,67	0,13
109201	Пломба из цемента (импортн.)	55643,28±122,89	0,12
109007	Пломбирование одного канала пастой	37037,63±81,80	0,08
109156	Анестезия проводниковая	34588,71±76,39	0,07
109159	Rg-графия зубов и чтение рентгенограмм	32251,85±70,85	0,07
109207	Пломба из композита (отечеств.).	29755,96±6,57	0,06
109318	Серебрение поверхностного кариеса в области 1 зуба	28624,52±63,22	0,06
135280	Rg-графия зубов детям до 7 лет	4570,52±10,09	0,01
109031	Восстановление коронки многокорневого зуба	1382,13±3,05	0,00
109045	Медикаментозная обработка патологических десневых карманов	1380,29±3,05	0,00
109008	Пломбирование одного канала цементом	820,44±1,81	0,00
35236	Rg-графия зубов без клинической интерпретации результата	688,16±1,52	0,00
9152	Анестезия аппликационная	1112,16±2,46	0,00
109204	Пломба из пластмассы (импортн.)	651,51±1,44	0,00
109203	Пломба из пластмассы (отечеств.)	642,36±1,42	0,00
109205	Пломба металлосодерж.(отечеств.)	411,47±0,91	0,00
109206	Пломба металлосодерж.(импортн.)	161,83±0,36	0,00
9102	Местная флюоризация	73,96±0,16	0,00
35237	Панорамная Rg-графия зубов	190,55±0,42	0,00
9030	Восстановление коронки однокорневого зуба	8,19±0,02	0,00

A1207001 – витальное окрашивание твердых тканей зуба). Метод витального окрашивания эмали традиционно используется для проведения дифференциальной диагностики начального кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба, таких как флюороз и гипоплазия эмали. В последнем случае окрашивания пятен

не происходит. Витальное окрашивание основано на повышении проницаемости пораженных кариесом твердых тканей зубов для водных растворов красителей (метилевый синий или красный) и используется при определении гигиенического состояния полости рта по методу Ю.А. Федорова, В.В. Володкиной (1971). В качестве

Таблица 2

Стоматологические услуги при кариесе (К.02), заявленные в ОСТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество		
1.1 Диагностика					
A01 07 001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1	1		
A0107005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1	1		
A0107002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1	1		
A0207006	Определение прикуса	0,4	1		
A0207007	Перкуссия зубов	1	1		
A0207002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1	1		
A0207005	Термодиагностика зуба	1	1		
A0507001	Электроодонтометрия	0,3	1		
A0607004	Ортопантомография	0,02	1		
A1207001	Витальное окрашивание тв. тканей зуба	0,3	1		
A0207008	Определение степени подвижности зубов	1	1		
A0607003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,1	1		
1.2 Лечение					
Описание и интерпретация рентгенологических изображений		0,12	1		
Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта		0,1	1		
Визуальное исследование при патологии полости рта		0,1	1		
Обучение гигиене полости рта ребенка		0,4	1		
Обучение гигиене полости рта взрослого		0,4	1		
Глубокое фторирование твердых тканей зубов		0,03	3		
Восстановление зуба пломбой		1	1		
Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта		0,4	1		
Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов		0,1	1		
Запечатывание фиссуры зуба герметиком		0,03	1		
Электрофорез лекарственных средств при патологии полости рта и зубов		0,05	10		
Диатермокоагуляция при патологии полости рта		0,1	1		
Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область		0,8	1		
1.3 Используемые фармацевтические средства и пломбировочные материалы					
Фармакотерапевтическая группа	АХТ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД	ЭКД
Анестетики, миорелаксанты			1		
	Местные анестетики		1	0,4	0,4
		Лидокаин ультракаин	0,9 0,2	0,4 мг 0,4 мг	0,4 мг 0,4 мг
Антисептические средства			1	5 мл	50 мл
Пломбировочные материалы			1		
Препараты на основе гидроокиси кальция (лечебные прокладки)			0,3	0,3 г	0,3 г
Цементы фосфатные			0,2	0,3 г	0,3 г
Цементы силикатные			0,2	0,3 г	0,3 г
Цементы силикофосфатные			0,2	0,3 г	0,3 г
Композитные пломбировочные материалы			0,2	0,3 г	0,3 г
Компомеры			0,2	0,3 г	0,3 г
Светополимеры			0,1	0,3 г	0,3 г
Стеклоиономерные цементы			0,3	0,3 г	0,3 г

Таблица 3

Сравнительный анализ содержания и частоты предоставления стоматологических услуг, предписанных федеральным отраслевым стандартом, и фактически предоставляемых по ОМС: осмотр специалиста-стоматолога

Код ОСТ	Наименование	Частота по ОСТ	Код ОМС	Наименование	Частота по ОМС
A0107001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1	101191	Прием врача-стоматолога лечебно-диагн., первичный	1,0
A0107005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1			
A0107002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1			
A0207006	Определение прикуса	0,4			
A0207007	Перкуссия зубов	1			
A0207002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1			
A0207005	Термодиагностика зуба	1			
A0207008	Определение степени подвижности зубов	1			

Таблица 4

Сравнительный анализ содержания и частоты предоставления стоматологических услуг, предписанных федеральным отраслевым стандартом, и фактически предоставляемых по ОМС: диагностика кариеса

Код ОСТ	Наименование	Частота по ОСТ	Код ОМС	Наименование	Частота по ОМС
A0607004	Ортопантомография	0,02	35237	Панорамная R-графия зубов	0,00
A1207001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,3	109041	Определение гигиенического индекса	0,39
A0607003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,1	135280	R-графия зубов детям до 7 лет	0,01
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	0,12	35236	R-графия зубов без клинической интерпретации результата	0,00
			109159	R-графия зубов и чтение рентгенограмм	0,07

теста гигиенической очистки зубов используют окраску губной поверхности шести нижних фронтальных зубов йод-йодисто-калиевым раствором (Kalii jodati pulv. 2,0; Jodi puri. crist. — 1,0; Aquae destill. 40,0). Затем по пятибалльной системе производится количественная оценка и расчет по формуле среднего арифметического, где Кср. — общий гигиенический индекс очистки, k (u) — гигиенический индекс очистки одного зуба, n — количество изучаемых зубов (обычно 6). В норме гигиенический индекс не должен превышать 1.

Описанное выше позволяет признать услугу ОМС (код 109041) и услугу Временного стандарта медицинской помощи больным с кариесом (код A1207001) аналогичными друг другу и проводить сравнительную оценку частоты их предоставления (табл. 4).

Следующая группа услуг из рубрики стандарта медицинской помощи «Лечение» включает сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта (A01 07001) и визуальное исследование при патологии полости рта

(A0107002). Эти услуги фактически соответствуют услуге ОМС «Прием врача-стоматолога лечебно-диагностический, повторный» (код 101191). Частота предоставления названной услуги в системе ОМС (0,54) превосходит аналог, рекомендованный в стандарте медицинской помощи (0,1 и для A0107001, и для A0107002).

Услуга A2507002 «Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта» из отраслевого стандарта вообще не имеет аналогов в системе ОМС.

Услуги по диатермокоагуляции при патологии полости рта (A1707003) и проведению электрофореза лекарственных средств при патологии полости рта (A1707001) в 2011–2013 гг. (до утверждения стандарта медицинской помощи) в системе ОМС при проведении экспертизы качества стоматологической помощи трактовались как не относящиеся к лечению кариеса.

Услуга по инъекционному введению лекарственных средств в челюстно-лицевую область (A 1107012) в федеральном стандарте медицинской помощи имеет реко-

Таблица 5

Сравнительный анализ содержания и частоты стоматологических услуг по лечению кариеса, предписанных федеральным отраслевым стандартом, с фактически предоставляемыми услугами в системе ОМС

Код ОСТ	Наименование	Частота по ОСТ	Код ОМС	Наименование	Частота по ОМС
A01 07 001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	0,1	101192	Прием врача лечебно-диагностический, повторный	0,54
A0107002	Визуальное исследование при патологии полости рта	0,1			
A2507002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта	0,4	Не имеют аналогов в системе ОМС		
A1707003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта	0,1	В 2011-2013 гг. при проведении экспертизы качества стоматологической помощи в системе ОМС трактовались как не относящиеся к лечению кариеса		
A1707001	Электрофорез лекарственных средств при патологии полости рта	0,05			
A1107012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	0,8	109156	Анестезия проводниковая	0,07

Таблица 6

Сравнительный анализ содержания и частоты стоматологических услуг по выбору пломбировочного материала, предписанных федеральным отраслевым стандартом, и фактической частоты предоставления аналоговых услуг в системе ОМС

Код ОСТ	Наименование	Частота по ОСТ	Код ОМС	Наименование	Частота по ОМС
–	Препараты на основе гидроокиси кальция (лечебные прокладки)	0,3	109007	Пломбирование одного канала пастой	0,08
–	Цементы фосфатные	0,2	109200	Пломба из цемента (отечественного)	0,86
–	Цементы силикатные	0,2			
–	Цементы силикофосфатные	0,2	109201	Пломба из цемента (импортного)	0,12
–	Композитные пломбировочные материалы	0,2	109208	Пломба из композита (импортного)	0,60
–	Компомеры	0,2	109207	Пломба из композита (отечественного)	0,06
–	Светополимеры	0,1	–	–	–
–	Стеклоиономерные цементы	0,3	–	–	–

мендованную частоту 0,8. В системе ОМС данная манипуляция проводится при проводниковой анестезии (код по ОМС 109156), а фактическая частота данной услуги при оказании стоматологической помощи детям при кариесе составила лишь 0,07 (табл. 5).

Фармацевтические средства и пломбировочные материалы в федеральном стандарте медицинской помощи представлены в виде нормативов (ОДД – ориентировочная дневная доза; ЭКД – эквивалентная курсовая доза, которая равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ОДД) и кратности использования при оказании стоматологической помощи при кариесе.

В процессе исследования установлено, что Временный стандарт медицинской помощи больным с кариесом предусматривал 7 видов пломбировочного материала: цементы фосфатные, цементы силикатные, цементы силикофосфатные, композитные пломбировочные материалы, компомеры, светополимеры и стеклоиономерные цементы – частота использования которых приблизительно одинаковая. Фактически при оказании стоматологической помощи в системе ОМС используются 4 вида пломбировочных материалов: отечественный и импортный цемент, отечественный и импортный композит – частота выбора которых существенно варьирует. Максимальная частота использования соответствует

отечественному цементу – 0,86 и импортному композиту – 0,60 (табл. 6).

Таким образом, стоматологическая помощь, оказываемая в системе ОМС при кариесе в 2011-2013 гг., частично не соответствовала временной версии федерального стандарта медицинской помощи больным при кариесе: значительно реже оказывались услуги по рентген-диагностике, проводниковой анестезии; ассортимент пломбировочных материалов был менее разнообразен, при этом частота использования отечественного цемента в 4,3 раза превосходила рекомендованную стандартом.

Литература:

1. Временный стандарт медицинской помощи больным с кариесом зубов. URL: <http://gov.cap.ru/home/11/45/l15.doc>
2. Гринин В.М., Лакшин А.М., Антипенко Э.С. К вопросу оценки различных форм управления внебюджетными стоматологическими учреждениями. Вопросы организации, экономики и управления здравоохранением: Сб. научн. трудов НИИ им. Н.А. Семашко. – М., 1993. – С. 22–26.
3. Письмо Федерального фонда ОМС от 30 декабря 2011 г. N 9161/30-1/И «О методических указаниях по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования». – ИА «ГАРАНТ». – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70034006/#ixzz35ugJFskS>
4. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.04.2013 N 13-2/10/2-3113 «О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_146377
5. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1526н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.03.2013 N 27799). URL: www.consultant.ru
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156793
7. Щепин О.П. Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С. 7-10.
8. Щепин О.П., Овчаров В.К. Пути решения проблем здравоохранения / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 4. – С. 3-6.
9. Янушевич О.О., Гринин В.М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи // Организация и экономика. – 2009. – № 1. URL: http://www.mediasphera.ru/uppic/Russian%20journal%20of%20stomatology/2009/1/1/RST_2009_01_01.pdf

Для корреспонденции:

Виравов Карэн Самсонович – аспирант кафедры основ законодательства в здравоохранении факультета управления и экономики здравоохранения (ФУЭЗ) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им И.М. Сеченова» Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, дом 8, стр. 2

Тел.: 8-903-790-87-71

E-mail: virabovkaren@hotmail.com

For correspondence:

Karen S. Virabov – Postgraduate Student of the Chair of Bases of Legislation in Public Health, Faculty of Management and Economy of Public Health, The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Russian Ministry of Public Health, Moscow

Address: Ul. Trubetskaya 8, build. 2, Moscow 119991, Russia

Tel: 8-903-790-87-71

E-mail: virabovkaren@hotmail.com

УДК 614.2

DLP-система как средство защиты информации в структуре органов обязательного медицинского страхования

И.В. Большаков

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области



И.В. Большаков

Резюме

Руководством Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования уделяется большое внимание вопросам защиты персональных данных застрахованных лиц и сведений об оказанной им медицинской помощи, а также других сведений ограниченного доступа при осуществлении хранения и обмена информацией в электронном виде. При организации в сфере ОМС взаимодействия посредством вычислительной техники внедряются инфор-

мационные технологии защиты от утечек информации, которые позволяют выявлять и предотвращать факты несанкционированной передачи информации в электронном виде.

Ключевые слова: сфера обязательного медицинского страхования, защита персональных данных застрахованных лиц и сведений об оказанной им медицинской помощи, информационная безопасность, утечка информации, DLP-система, политики безопасности.

Abstract

DLP-system as a mean of information protection in the structure of OMI organs

I.V. Bolshakov

Deputy Head of the Department for Information Technologies – Head of the Department for Information Security of the TFOMI of the Astrakhan region

The leadership of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance and the territorial foundations of obligatory medical insurance pay great attention for matters of personal data protection of insured persons and information about rendered medical aid for them, as well as other information of limited access in case of realization of information storage and exchange in electronic form. Within the organization of interaction in the OMI sphere by means of computer technique

the information technologies of protection from information leakages are introduced that allows to reveal and to prevent facts of non-sanction transfer of information in the electronic form.

Key words: sphere of obligatory medical insurance, protection of personal data of insured persons and information about rendered medical aid for them, information security, information leakages, DLP-system, security policy.

Введение

За прошедшие годы обязательное медицинское страхование в Астраханской области, как и в целом в Российской Федерации, прошло путь от системы, делающей первые шаги, до социально значимой отрасли, стоящей на страже здоровья населения, гарантирующей право граждан на бесплатную медицинскую помощь.

В период с 2011 по 1 квартал 2013 г.г. Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее – ТФОМС Астраханской области) совместно с Министерством здравоохранения Астраханской области осуществлялась реализация региональной программы модернизации здравоохранения Астраханской области. Целью Программы явилось улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Астраханской области и выполнение следующих задач:

- 1) укрепление материально-технической базы лечебных учреждений;
- 2) внедрение современных информационных систем в здравоохранении;
- 3) внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Один из этапов выполнения второго пункта Программы – внедрение и эксплуатация в ТФОМС Астраханской области DLP-системы, предназначенной для защиты организации от утечек информации.

Оформился и перечень информации, проходящий и обрабатываемый в ТФОМС: персональные данные граждан, их адреса, истории болезней, диагнозы и многое другое. Повсеместный переход от бумажных носителей информации к электронным актуализировал проблему защиты информации. Ниже будет рассмотрено решение проблемы на примере информации пациента.

Целью данного проекта явилось повышение уровня защищенности данных в территориальных органах обязательного медицинского страхования путем внедрения и эксплуатации DLP-системы.

В процессе достижения цели возникла необходимость решения следующих задач:

- проанализировать содержание информации о пациенте, имеющейся в территориальных органах ОМС, и выделить те аспекты, которые не подлежат распространению и нуждаются в защите;
- изучить существующие технологии предотвращения утечек конфиденциальной информации из информационной системы организации;
- обосновать возможность использования DLP-системы для обеспечения контроля документооборота и доступа работников органов ОМС, а также иных лиц к информации о пациентах;
- провести исследование эффективности применения DLP-системы как средства защиты информации в структуре органов ОМС.

В соответствии с целью и задачами **объектом изучения** является информационная система ТФОМС Астраханской области, **предметом** – изменение уровня защищенности данных о пациенте в информационной системе ТФОМС Астраханской области после внедрения и начала эксплуатации DLP-системы.

Полученные результаты продемонстрировали, что внедрение и последующая эксплуатация DLP-системы «Контур информационной безопасности SearchInform» в ТФОМС Астраханской области позволили существенно повысить уровень защищенности информации о пациентах за счет:

- контроля подключения съёмных носителей информации и других устройств аналогичного назначения к компьютерам учреждения;
- выявления фактов нарушений прав доступа к информации со стороны работников ТФОМС Астраханской области;
- обеспечения контроля в автоматическом режиме информационных потоков организации.

Успешное завершение исследования эффективности применения DLP-системы для защиты информации делает возможным внедрение полученного опыта и в практику других ОМС.

Что защищаем и почему?

Основными фрагментами информации о пациенте являются:

- *информация о факте обращения* (Относится текущим законодательством Российской Федерации к врачебной тайне (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», далее – Закон № 323-ФЗ [17]));
- *персональные данные пациента* (выделены законодательством (Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», далее – Закон № 152-ФЗ) [16]) в особую категорию, охраняемую специальным образом. В принципе, конфиденциальность персональных данных пациента для врачей входила до появления Закона № 152-ФЗ в понятие профессиональной (врачебной) тайны. В данный момент требования по защите персональных данных (далее – ПДн) перекрывают требования по защите ПДн в рамках врачебной тайны);
- *демографические данные* (используются с целью внутренней идентификации больного для установления взаимно-однозначного соответствия между пациентом и его идентификатором, с которым связан весь поток медицинской информации. Для данной цели можно использовать любые идентификаторы – номер медкарты, номер страхового полиса, СНИЛС или ИНН пациента, штрих-код и т.д.);
- *принадлежность к группе* (к таким данным относятся пол и возраст пациента, регион его проживания, его принадлежность к некоторым профессиям, категориям льготности и т.п. Эти данные являются

агрегирующими и, при достаточном уровне абстрактности, не представляют собой конфиденциальной информации, так как по ним невозможно идентифицировать субъекта. Такие данные обычно используются в статистике для получения общей картины по тому или иному признаку относительно некоторой группы. Тем не менее, может быть принято решение о необходимости их защиты);

- **диагноз** (этот вид информации является врачебной тайной (Закон № 323-ФЗ). В подавляющем числе случаев на практике пока диагноз и ПДн неотделимы, что накладывает определенные требования на их защиту. Возможно, когда для историй болезней будет применяться единый идентификатор вместо фамилии, имени, отчества (ФИО) больного, его адреса и т.п., это требование может понизиться);
- **анамнез** (данные, входящие в анамнез, также характеризуются тем, что составляют врачебную тайну и одновременно являются персональными данными пациента в соответствии с Законом № 152-ФЗ);
- **назначения и рекомендации** (в сочетании с ПДн пациента составляют врачебную тайну, так как могут повредить о диагнозе пациента и о состоянии его здоровья. В то же время в сочетании с диагнозом, но в обезличенной форме, такие сведения не являются конфиденциальной информацией);
- **состояние, ход лечения** (эти данные составляют врачебную тайну, так как из этой информации можно получить данные о диагнозе пациента и о состоянии его здоровья. Так же, как и информация о назначениях и рекомендациях, такие сведения являются конфиденциальной информацией и составляют ПДн);
- **стоимость и себестоимость услуг;**
- **способы оплаты.**

Последние пункты относятся к коммерческой тайне. Кроме того, при оплате счетов пациента организацией (предприятием), указание того где и кем он работает, может являться коммерческой тайной данной организации [11].

Описанную выше информацию можно представить в более наглядной форме в виде схемы на рис. 1 [9].

Не будем вдаваться в подробности относительно нормативной документации. Вместо этого предлагаем сосредоточиться на практической части. Однако сперва дадим описание инструмента, с которым предстоит работать [14].

Что такое DLP-система?

Главное предназначение и суть DLP-систем кроется в их названии – Data Leak Prevention – защита от утечек информации. Строго говоря, так принято называть технологии

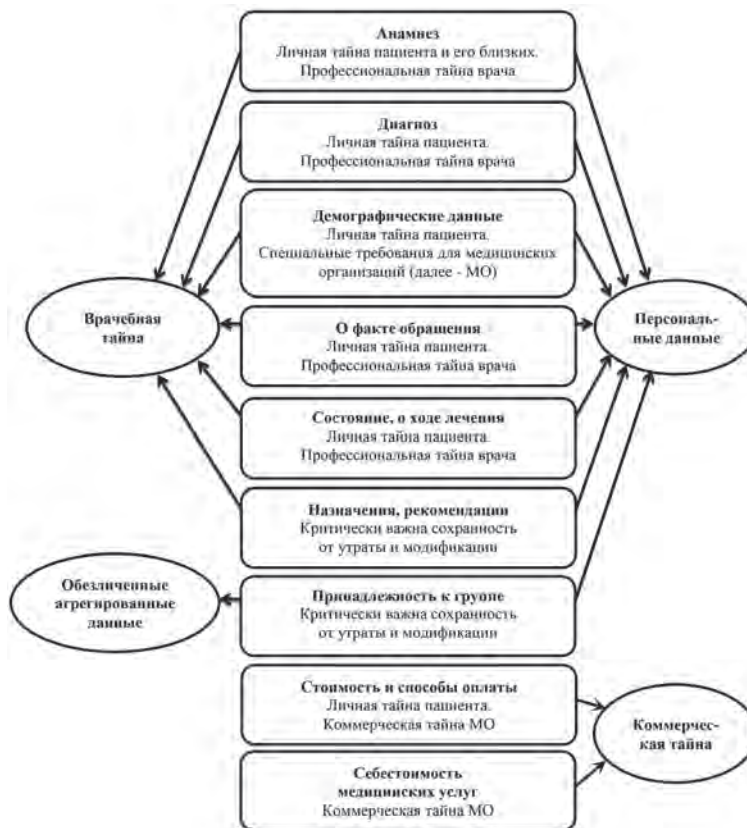


Рис. 1. Информация пациента

предотвращения утечек конфиденциальной информации из информационной системы вовне, а также технические устройства (программные или программно-аппаратные) для такого предотвращения утечек. Основной задачей любой современной DLP-системы является анализ информации, передаваемой по различным коммуникационным каналам, на предмет её конфиденциальности [1].

Фактически DLP-система — своеобразный черный ящик, на вход которого поступает информация, в результате выдается вердикт — является ли она конфиденциальной. В дальнейшем на основе такого анализа система принимает решение: разрешить эту передачу данных, разрешить передачу и создать уведомление или заблокировать ее и создать уведомление [3].

Все DLP-системы можно разделить по ряду признаков на несколько основных классов. По способности блокирования информации, опознанной как конфиденциальная, выделяют системы с активным и пассивным контролем действий пользователя. Первые умеют блокировать передаваемую информацию, вторые, соответственно, такой способностью не обладают. Первые системы, очевидно, лучше борются со случайными утечками данных, но при этом способны допустить случайную остановку бизнес-процессов организации, вторые же безопасны для бизнес-процессов, но подходят только для борьбы с систематическими утечками (рис. 2) [10].



Рис. 2. Классификация DLP-систем по способности блокирования информации



Рис. 3. Классификация DLP-систем по сетевой архитектуре

Ещё одна классификация DLP-систем проводится по их сетевой архитектуре. Шлюзовые DLP работают на промежуточных серверах, в то время как хостовые используют агенты, работающие непосредственно на рабочих станциях сотрудников. Сегодня наиболее распространенным вариантом является совместное использование шлюзовых и хостовых компонентов (рис. 3).

Как правило, комплексные DLP-системы включают в себя три основные подсистемы:

- сетевую подсистему (Network DLP) – для защиты конфиденциальных данных, передаваемых по электронной почте и различным веб-протоколам;
- подсистему для защиты конечных точек сети (Endpoint DLP) – для защиты конфиденциальных данных на рабочих станциях, копируемых на внешние устройства и носители, отправляемых на печать;
- подсистему для защиты статических данных (Content Discovery) – для обнаружения и защиты конфиденциальных данных, хранимых в различных файловых хранилищах, базах данных.

В рабочие задачи DLP-системы входят перехват информации, выделение из «сырых данных» текста и атри-

бутов информации (дата, время, доменное имя пользователя и т.п.), сохранение полученных данных в базы данных, индексация баз данных и последующая работа с индексами [8].

В целом же, современные DLP-системы являются комплексными продуктами с множеством функций для защиты конфиденциальных данных организации от их утечки по различным каналам, включая внешние накопители и портативные устройства [7].

Применение современных DLP систем:

- контроль и защита информации;
- контроль и учет рабочего времени;
- контроль использования ресурсов организации;
- контроль корпоративного климата и настроения сотрудников;
- проведение внутренних расследований;
- предотвращение противоправных действий, инцидентов.

Однако существует проблема выбора. Исходная сложность DLP-систем в сочетании с закрытостью документации значительно усложняет процесс их осознанного выбора для заказчика. Зачастую в открытом доступе можно найти лишь маркетинговую информацию, связь которой с реальным положением дел порой невелика. Часть производителей и вовсе не заинтересованы в том, чтобы доступно и понятно рассказывать о технических тонкостях работы своих продуктов, опасаясь

излишней осведомленности клиентов, партнеров и прямых конкурентов.

В процессе выбора между тем или иным решением, неизбежно возникают вопросы [18]. Чем принципиально отличаются между собой различные решения? На что ориентироваться при выборе DLP-системы? Как выбрать наиболее подходящее решение для компании?

Ответ на эти вопросы кроется в задачах, которые планируется решать с помощью DLP-системы. Универсального решения, подходящего любой компании, сегодня нет. Именно поэтому важно понимать, чем один продукт отличается от другого.

В общем случае, процесс выбора DLP-системы можно разделить на два этапа: теоретический и практический. На первом этапе, на основе доступных в Сети материалов сравнений, осуществляется предварительный отбор систем-кандидатов. К сожалению, подобные сравнения обычно сводятся к «расставлению галочек», при этом не отражая техническую сторону реализации. Важно не только количество выбранных в рамках сравнения критериев, но и развернутые ответы по каждому из них, так как сравниваемые системы могут серьезно различаться даже на этом уровне.

Например, сравнение по критерию «Перехват Skype» требует развёрнутого ответа с указанием конкретных видов перехватываемой информации (переданные файлы, текст, SMS, звонки). В противном случае, ответ вводит в заблуждение.

Таким образом, первый этап позволяет оценить лишь возможности DLP-систем. Говоря математическим языком, условие необходимое, но не достаточное.

Второй этап – практический – позволяет оценить эффективность DLP-систем. Он является более затратным по времени и силам, так как подразумевает тестовое внедрение в сеть организации. Именно второй этап позволяет расставить все точки над «i» и определиться с выбором, ведь только здесь заканчивается теория и начинается практика. Качество и скорость перехвата, отказоустойчивость системы, качество и скорость работы поисковых алгоритмов, незаметность перехвата. Ответы на подобные вопросы вы никогда не увидите на страницах журналов.

Пройдя этот путь, мы остановили свой выбор на отечественной DLP-системе «Контур информационной безопасности SearchInform», как на наиболее подходящей для решения задач ТФОМС.

Аналитические возможности

Ключевым для любой DLP-системы является её аналитический центр – то разнообразие поисковых алгоритмов, на основе которых можно составлять поисковые критерии и политики безопасности [12]. Используемая нами система «Контур информационной безопасности SearchInform» предоставляет следующие возможности [13].

Фразовый поиск

Позволяет производить поиск по отдельным словам или фразам. Чаще всего используется для выявления документов с заранее известным названием (то есть с названием, которое вряд ли кто-либо будет изменять) или содержанием. В первую очередь это характерно для различных отчётных документов: «Амбулаторная карта», «Налоговая декларация по налогу на прибыль», «Отчёт о движении денежных средств» и т.д. В них заранее известно как название, так и содержание (название столбцов).

Фразовый поиск позволяет задавать сразу несколько запросов, при этом в поиске могут учитываться ряд особенностей написания слов:

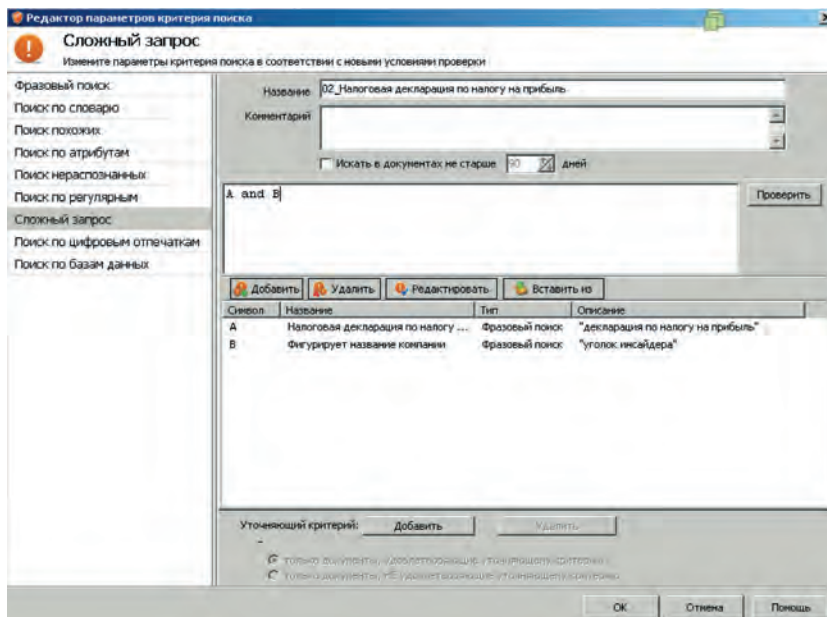


Рис. 4. Аналитические возможности DLP-системы «Контур информационной безопасности SearchInform»

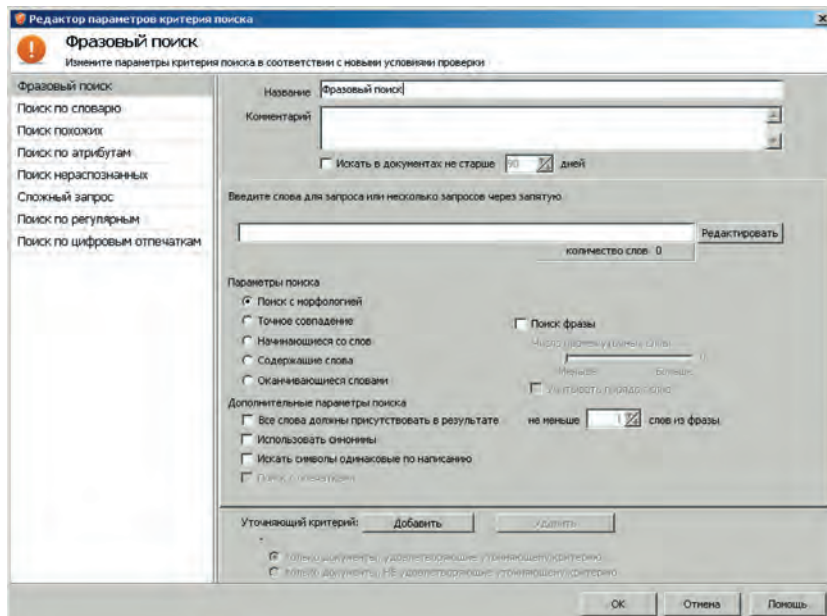


Рис. 5. Настройка фразового поиска в AlertCenter

- морфология;
- место в составе слова;
- число промежуточных слов при поиске;
- Порядок слов при поиске фразы;
- опечатки;
- одинаковые по написанию символы (например, латинская и кириллическая буква «а»);
- синонимы.

Под синонимами в данном случае подразумевается словарь синонимов, создаваемый и редактируемый вручную. Дело в том, что в определённых ситуациях не-

которые слова, изначально совершенно различные по смыслу, могут становиться синонимами. Например, в контексте разговоров о взятке слова «бабки», «еноты», «капуста», «тугрики», «президенты», «гринны» и т.д. являются синонимом к слову «деньги».

Поиск по словарю

Данный вид текстового поиска используется, когда точно неизвестно, что необходимо найти – только общая тематика. Отсюда следует два основных способа применения: поиск документов определённой тематики (бухгалтерские, юридические и т.п.) и поиск разговоров определённой тематики. Словари можно создавать с нуля, а также редактировать существующие.

Для поиска, помимо словаря, необходимо указать несколько условий:

- 1) порог вхождения (сколько слов из словаря должно присутствовать в анализируемой информации). Порог можно указать как в абсолютных (число слов), так и в относительных (занимаемый словами процент в тексте) единицах;
- 2) использовать точное совпадение или поиск с морфологией;
- 3) использовать ли синонимы.

Важно понимать, что при поиске по словарю за поисковый запрос алгоритм принимает одно слово. То есть нельзя искать словосочетания или фразы. К примеру, для запроса «старческий маразм» поиск выдаст все документы, в которых есть слово «старческий» + все документы, в которых есть «маразм».

Поиск «похожих»

Этот вид поиска позволяет искать документы, похожие на оригинал не только технически, но и по смыслу. То есть учитывается, что в тексте некоторые слова могли быть заменены на синонимы, вместо полных форм могли использоваться сокращения и т.д.

Существует два основных способа использования поиска:

- 1) поиск всех вариантов какого-то определённого документа. В качестве поискового запроса используется текст этого документа. В результатах выдачи появятся все документы, похожие на оригинал. При этом для каждого будет отображаться степень релевантности (в процентах от 0 до 100);
- 2) поиск документов, похожих на заданный шаблон.

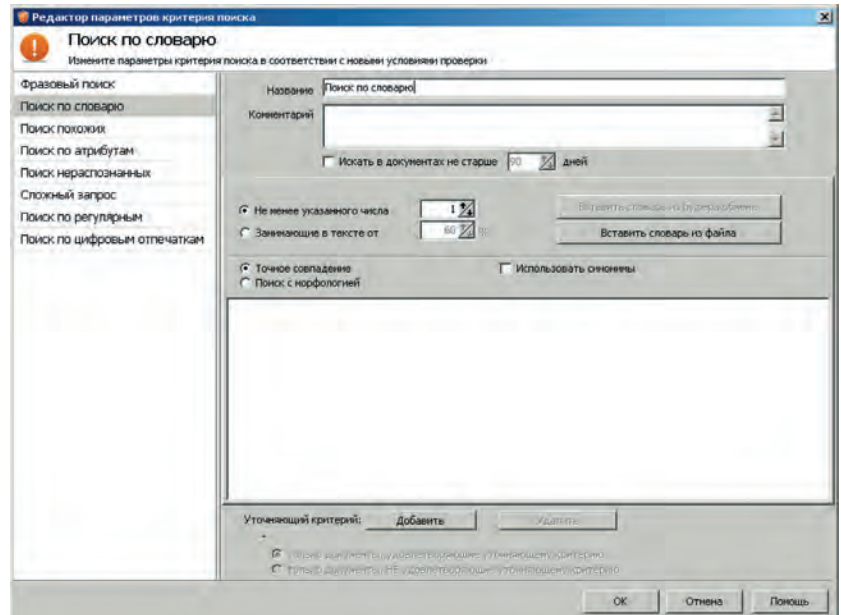


Рис. 6. Настройки поиска по словарю в AlertCenter

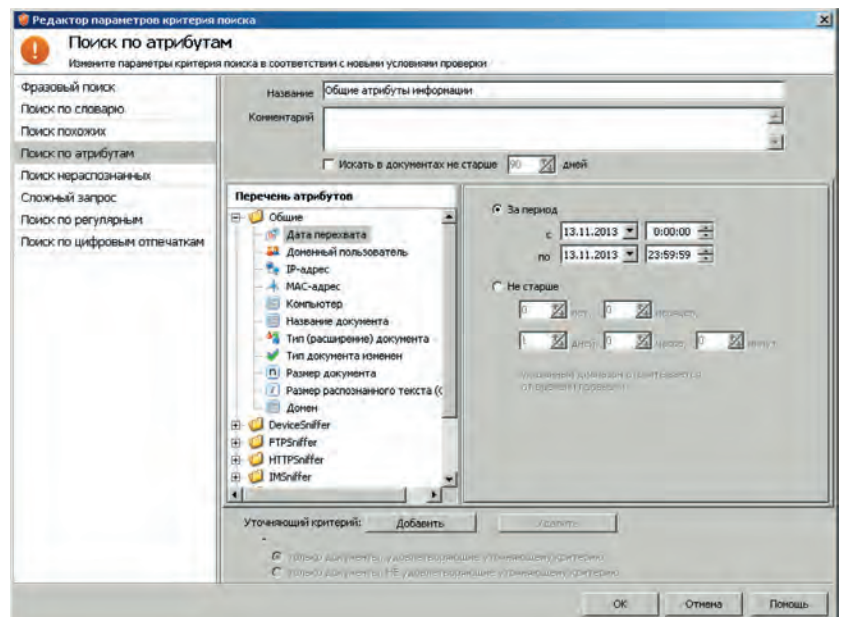


Рис. 7. Общие атрибуты информации в AlertCenter

Поиск по атрибутам

Атрибуты информации можно разделить на две группы: общие (имеются у любой информации вне зависимости от канала передачи) и уникальные (зависят от канала передачи информации).

К общим атрибутам будем относиться:

- дата перехвата
- доменное имя пользователя;
- IP-адрес;
- MAC-адрес;

- доменное имя компьютера;
- название документа;
- тип файла;
- размер документа;
- домен.

Уникальные атрибуты зависят непосредственно от канала, по которому была передана информация. К примеру, для почты это будут: «Протокол передачи», «От», «Кому», «Копия», «Скрытая копия». В то же время в Скуре атрибутов «Копия» и «Скрытая копия» попросту не существует.

Поиск нераспознанных документов

Этот вид поиска позволяет выявить файлы, которые не были распознаны при индексации. Причин немного:

- 1) система не знает, как распознать данный формат файла, либо в этом формате текста нет изначально (файлы графики, к примеру, BMP, PSD, PNG и т.п.);
- 2) файл повреждён;
- 3) файл запаролен или зашифрован.

В этой связи, для снижения количества ложных срабатываний, в поиске нераспознанных предусмотрены фильтры, позволяющие включать или исключать определённые форматы файлов.

Форматы можно выбрать как из «заготовок», так и ввести вручную. Вне зависимости от выбора, система определяет формат перехваченного файла по собственной базе сигнатур, а не по их названию (.pdf, .png и т.д.).

Поиск по регулярным выражениям

Нас с вами окружает множество информации, которая может быть описана какими-нибудь общими правилами и формулами. К примеру, номер телефона, ИНН, номер паспорта и т.д. Этой структурированной информации на самом деле больше, чем кажется на первый взгляд. Описать подобные вещи можно с помощью специальных формул – регулярных выражений. А раз можно описать, можно по ним и искать.

В «КИБ SearchInform», помимо стандартных регулярных выражений, вводится понятие сложных\составных регулярных выражений. Сделано это с целью уменьшения количества ложных срабатываний при анализе перехваченной информации.

Сложное регулярное выражение представляет собой совокупность из нескольких стандартных регулярных выражений, объединённых тремя условиями, необходимыми для сработки:

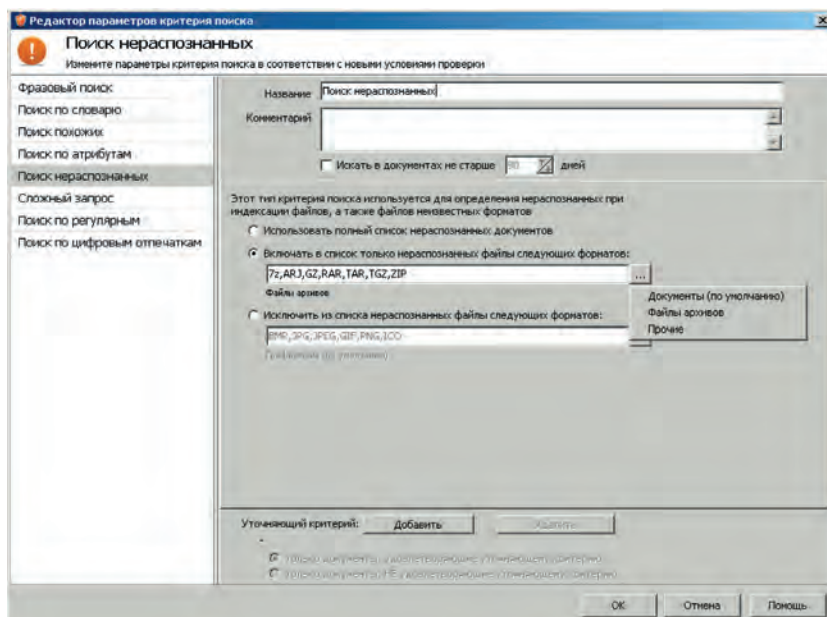


Рис. 8. Настройка фильтров в поиске нераспознанных в AlertCenter

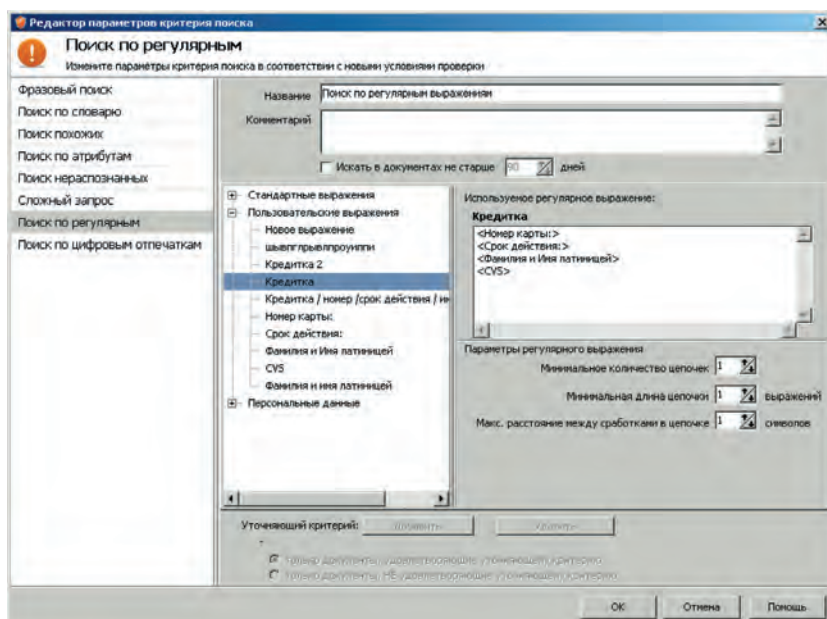


Рис. 9. Настройка сложного регулярного выражения в AlertCenter

- минимальное количество цепочек - число цепочек, которое должно быть найдено в документе;
- минимальная длина цепочки – число регулярных выражений, которое должно сработать в цепочке;
- максимальное расстояние между сработками в цепочке – ограничение по расстоянию между найденными регулярными выражениями;
- поиск по цифровым отпечаткам.

Для разъяснения этого вида поиска прибегнем к аналогии с Диким Западом, когда на всех столбах и тавернах развешивали фотографии преступников, и шерифы ходили и вглядывались в лица прохожих. Объявление с

фотографией в этом случае – цифровой отпечаток, снятый с «оригинала», то есть с преступника. В случае с DLP-системой, перехваченный документ сравнивается с базой цифровых «отпечатков», после чего выносятся решения о степени их схожести.

Поиск по цифровым отпечаткам лучше всего подходит для документов, которые представляют собой ценность в виде «как есть», то есть без изменений. Отсюда вытекает и главный минус поиска – он бесполезен, если документ был сильно изменён.

Поиск по базам данных;

Является частным случаем поиска по атрибутам. Был вынесен в отдельный пункт для удобства. Поиск нацелен на работу, в первую очередь, с информацией, перехваченной с помощью модуля FileSniffer (модуль отвечает за перехват всех действий пользователей с файлами: открытие, копирование, удаление, запуск на выполнение и т.п.). В основном, этот вид поиска используется для контроля посещения определённых директорий файл-серверов.

Сложный запрос

Инструмент, позволяющий объединять различные поисковые критерии в единый запрос с помощью логических операторов AND, OR, NOT и скобок. Рекомендовано все политики безопасности составлять с помощью сложного запроса.

Таким образом, с помощью AlertCenter можно организовать полноценный контроль документооборота в ТФОМС.

Примеры

Рассмотрим некоторые обезличенные примеры. При построении политик безопасности мы учитывали несколько факторов:

- по какому каналу вероятнее всего может произойти утечка;
- какая именно информация может быть интересна злоумышленникам;
- в каком виде вероятнее всего будет выгружаться информация.

Выводы просты: самыми популярными каналами являются съёмные носители, интернет-мессенджеры и веб. Далее, вид информации. Учитывая разрозненность различных информационных систем, злоумышленнику проще всего «красть» информацию, представленную не во «внутреннем» формате, а в одном из «общепотребимых». То есть путём экспорта данных в PDF, XLS(X), DOC(X)

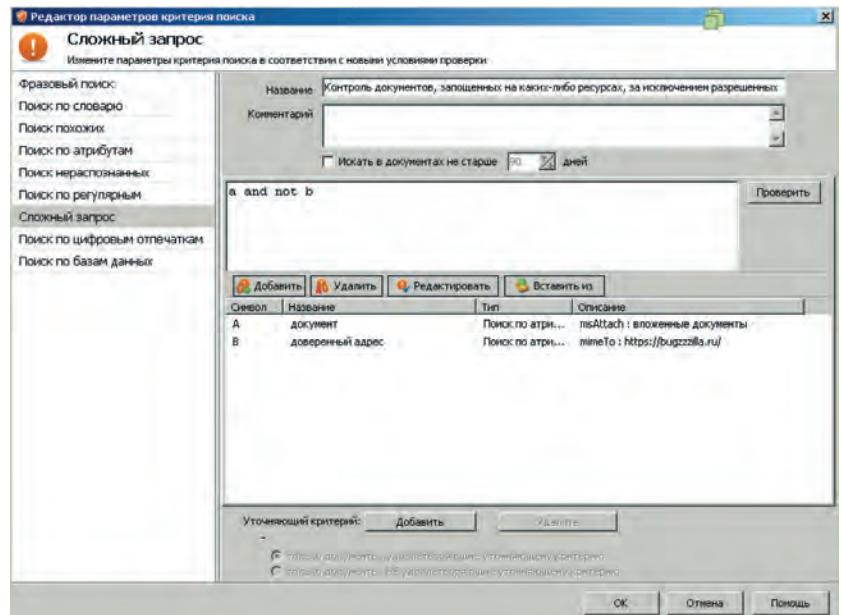


Рис. 10. Пример политики безопасности, реализованной через сложный запрос

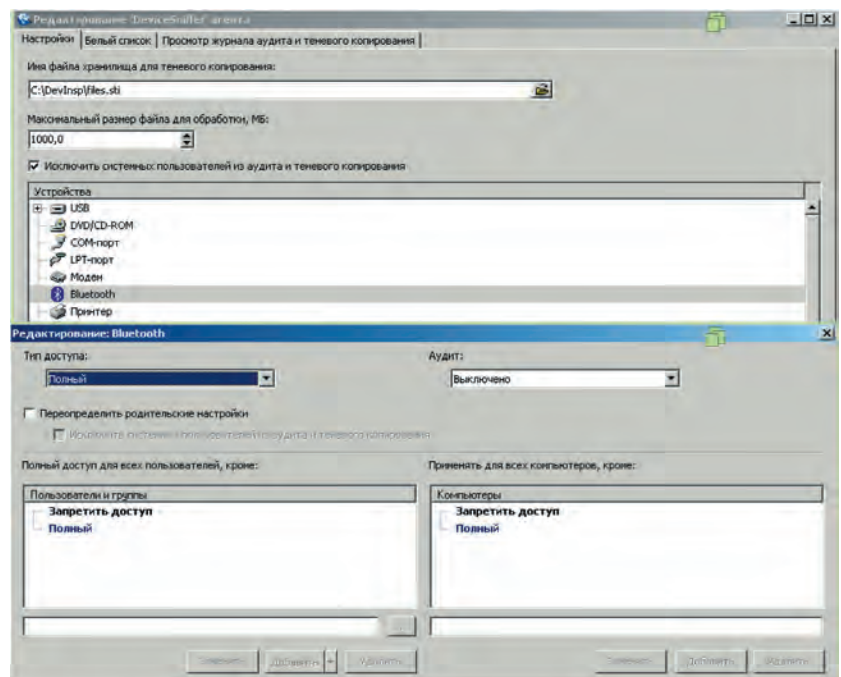


Рис. 11. Редактирование агента DeviceSniffer по каналу Bluetooth

и т.п. Оценить «привлекательность» той или иной информации оказалось сложнее всего, так как потенциально любая информация может представлять интерес [5].

Тем не менее, исходя из полученных данных, были реализованы конкретные шаги.

Во-первых, при помощи компонента DeviceSniffer был взят под контроль канал съёмных носителей. Компонент позволяет ограничить или частично ограничить (выставить режим «Только чтение») доступ к любому подключаемому устройству.

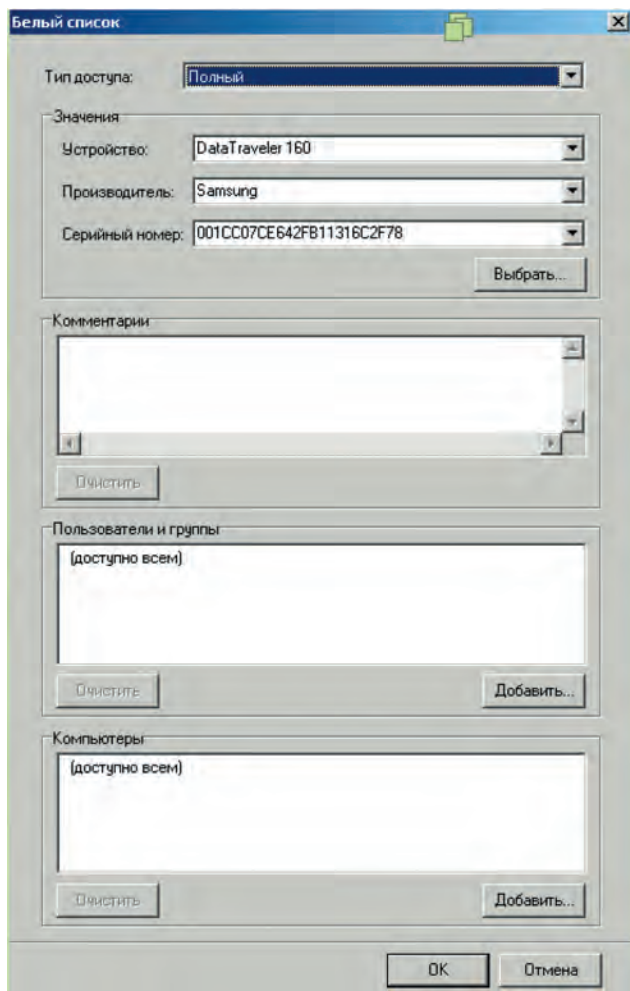


Рис. 12. Настройки «Белого списка» в DeviceSniffer

Чтобы не влиять на непрерывность процессов, отдельные устройства были введены в «Белый список». Устройства можно «привязать» по уникальному признаку, например серийному номеру, а также каждому сопоставить список учётных записей и компьютеров, на которых они будут работать [15].

Вторым шагом стал контроль документооборота. Не секрет, что данные о физическом и финансовом состоянии пациентов представляют интерес для определённых личностей. Первой задачей для нас стала проверка маршрутов движения информации и выявление отклонений. Грубо говоря, если сотрудник отправляет данные по страховым полисам по запросу больницы – это норма. Но если эти же данные отправляются на неизвестный бесплатный почтовый ящик – это нарушение [6].

Построение поискового критерия для такой задачи можно свести к трём условиям:

- 1) с помощью фразового поиска задаём ключевые слова, которые позволят выделить определённые документы из информационного потока;
- 2) с помощью атрибутивного поиска ограничиваем форму данных. Это необходимо, чтобы искать ключевые слова именно в файлах, а не в разговорах;
- 3) с помощью атрибутивного поиска описываем отклонение от маршрута. То есть определяем доверенные адреса.

Далее выстраивается логика. Необходимо выполнение первых двух условий и невыполнение третьего: (A and B) and not C.

Аналогично ставится на контроль и информация, копируемая сотрудниками на переносные устройства.

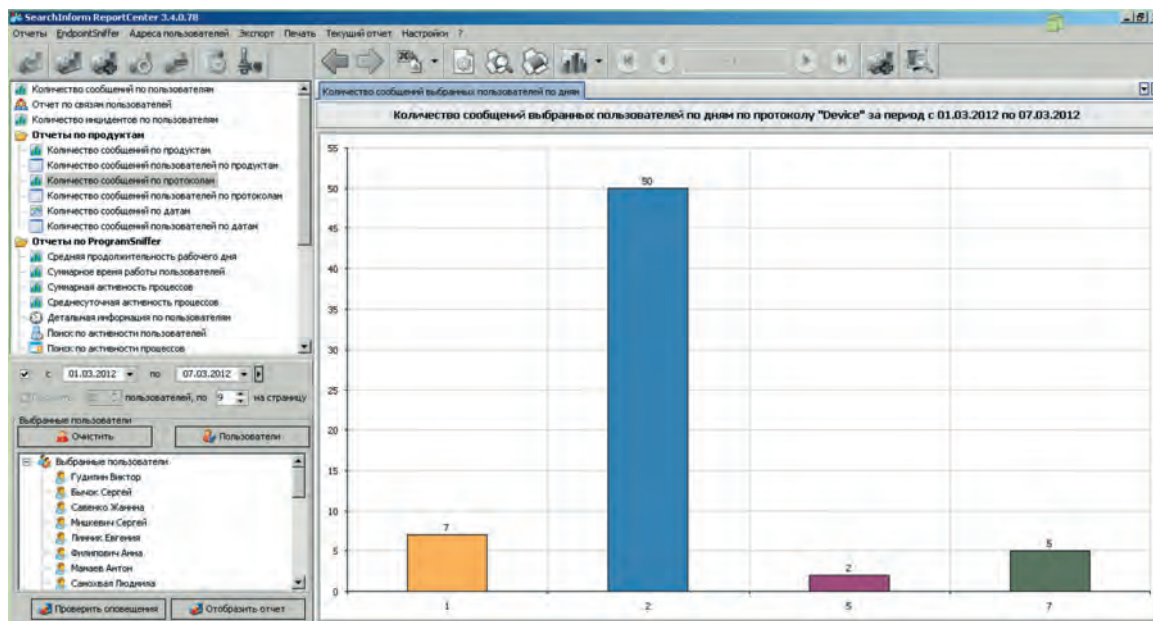


Рис. 13. Пример отчёта по количеству сообщений

Стоит понимать, что универсального поискового алгоритма нет – для разных типов документов нужны разные виды поиска [4]. Так, для контроля большого числа документов, ценных в виде «как есть» эффективнее использовать поиск по цифровым отпечаткам. Пересылку информации из баз данных лучше удастся отследить с помощью поиска по регулярным выражениям. Для контроля за особо ценными документами необходимо использовать поиск «похожих». А выявлять подозрительные разговоры и людей, склонных к нарушениям, лучше всего с помощью фразового поиска и поиска по словарю.

Наконец, не стоит забывать и про другие компоненты «КИБ SearchInform» [2]. С помощью ReportCenter, вне зависимости от настроенных политик безопасности, можно выявлять подозрительные активности сотрудников. Например, с помощью отчёта по количеству сообщений обнаруживать тех, кто копирует на съёмные носители большое количество файлов.

Выводы

Таким образом, на основании изложенной информации можно сделать вывод о целесообразности использования DLP-системы «Контур информационной безопасности SearchInform» в учреждениях, подобных ТФОМС Астраханской области. Многообразие инструментов позволяет:

- контролировать использование съёмных носителей информации и прочей подключаемой электроники к компьютерам учреждения;
- выявлять нарушения в распределении прав доступа к информации среди сотрудников;
- контролировать в автоматическом режиме документооборот организации по всем информационным каналам, в том числе и зашифрованным.

Литература

1. DLP-системы // Leta IT Company. URL: <http://www.leta.ru/library/analytics/inside-015/inside-015.html>.
2. Аналитика SearchInform по теме «Информационная безопасность», 2011-2012 г. г. // РБК. Исследования рынков. URL: <http://marketing.rbc.ru/research/562949984178154.shtml>.
3. Белов, Е.Б., Лось В.П., Мещеряков Р.В., Шелупанов А.А., Основы информационной безопасности: Учебное пособие для вузов/ - М.: Горячая линия - Телеком, 2006. - 544 с.
4. Борьба с внутренними угрозами. Выявляем инсайдера. // Актуальная бухгалтерия. – 2014. – №2. – С. 118–121.
5. Гулиев Я.И., Фохт И.А., Фохт О.А., Белякин А.Ю. Медицинские информационные системы и информационная безопасность. Проблемы и решения // Программные системы: теория и приложения. – Переславль-Залесский, 2009.
6. Дрозд А. Нетипичные способы контроля сотрудников (Ч. 1) // Think Innovative. URL: [http:// thinkinnovative.ru/blogs/all-blogs-author/id/311](http://thinkinnovative.ru/blogs/all-blogs-author/id/311).
7. Завгородний В.И. Комплексная защита информации в компьютерных системах: Учебное пособие. – М.: Логос; ПБОЮЛ Н.А. Егоров, 2001. – 264 с : ил.
8. Защита информации и бизнеса от инсайдеров. Обзор. // Cnews analytics. URL: <http://www.cnews.ru/reviews/free/insiders2006/articles/classification.shtml>.
9. Зыков В.Д., Мещеряков Р.В., Беляков К.О. Защита персональных медицинских данных в автоматизированных медицинских информационных системах лечебно-профилактических учреждений // Доклады Томского государственного университета систем управления и радиоэлектроники. – 2009. – № 1(19). – С. 67–70.
10. Как работают DLP-системы: разбираемся в технологиях предотвращения утечки информации. // Проект «ИТ-Защита». URL: <http://itzashita.ru/>.
11. Методические рекомендации для организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости от 23 декабря 2009 г.
12. Роль поиска // SearchInform. URL: <http://searchinform.ru/main/full-text-search-information-security-product-poisk.html>.
13. Руководство аудитора по безопасности // SearchInform. URL: <http://searchinform.ru/main/full-text-search-company-instructions.html>.
14. Ряхов А. Медицинское учреждение не должно решать компьютерные проблемы // CNews. – 2011. – № 57.
15. Скиба В.Ю. Курбатов В.А. Руководство по защите от внутренних угроз информационной безопасностям – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
16. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (в ред. от 25 июля 2011 г.)
17. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «О основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
18. Шабанов И., Ренселаева К., Анализ рынка систем защиты от утечек конфиденциальных данных (DLP) в России 2009–2011 // Anti-Malware. URL: http://www.anti-malware.ru/russian_dlp_market_2009_2011.

Для корреспонденции:

Большаков Игорь Владимирович – заместитель начальника Управления информационных технологий - начальник отдела информационной безопасности ТФОМС Астраханской области

Адрес: 414040, Астрахань, ул. Победы, д. 41
Тел.: 8 (8512) 243-017. E-mail: igorbig@gmail.com

For correspondence:

Igor V. Bolshakov – Deputy Head of the Department for Information Technologies – Head of the Department for Information Security of the TFOMI of the Astrakhan region

Address: 414040, Astrakhan, Ul. Pobedy, 41
Tel.: 8 (8512) 243-017. E-mail: igorbig@gmail.com

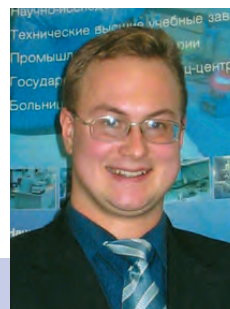
УДК 614.2+330.341

Экономическая эффективность и критерии конкурентоспособности учреждений здравоохранения и предприятий медицинской промышленности РФ

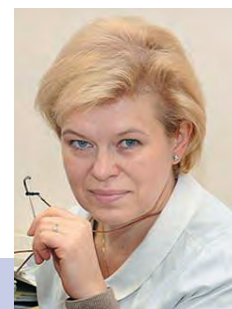
Ю.Г. Герцик¹, Г.Е. Иванова²

¹Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана

²НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России



Ю.Г. Герцик



Г.Е. Иванова

Резюме

Одними из главных задач социально-экономического развития любой страны являются укрепление здоровья и сохранение/увеличение численности населения. Актуальными эти задачи являются и для России. Эффективность решения этих социально-значимых задач зависит во многом от внедрения систем менеджмента качества и стандартов в области разработки и внедрения медико-технических технологий и медицинских изделий (МИ), применяемых в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) здравоохранения и на предприятиях медицинской промышленности (ПМП) России. Нельзя исключать из рассмотрения вопросы повышения эффективности МИ, позволяющих реализовывать современные стандарты и порядки оказания помощи по медицинской реабилитации, неврологии и хирургии [3, 8, 9, 11, 13]. Вместе с тем, для

эффективного решения вышеуказанных задач на современном этапе развития страны требуется и развитие отечественных ПМП [1, 5, 10, 12].

Целью исследований являлась разработка отдельных критериев оценки эффективности мероприятий по реализации задачи сохранения и укрепления здоровья человека.

В качестве материалов и методов исследований использовались опубликованные по данной тематике работы, стандарты качества, правовая и нормативная документация, методы сравнительного анализа и детерминированности.

Ключевые слова: лечебно-профилактические учреждения, стандарты здравоохранения, предприятия медицинской промышленности, менеджмент качества, медицинские изделия, конкурентоспособность.

Abstract

Economic efficiency and criteria of competition ability of public health institutions and enterprises of medical industry of the Russian Federation

Y.G. Gertsik¹, G.E. Ivanova²

¹The N.E. Bauman Moscow State Technical University

²The Research Institute of Cerebral-vascular Pathology and Insult of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Russian Ministry of Public Health, Moscow

One of the main tasks of social economic development of any country is a health strengthening and a maintenance of population quantity increase. These tasks are topical also for Russia. An efficacy in the solution of these socially significant problems depends mainly on an introduction of systems in management of quality and standards in the field of development and introduction of medical technical technologies and medical goods (MG) used in medical preventive institutions (MPI) of the public health and in enterprises of medical industry (EMI) of Russia. It is impossible to exclude from the consideration the matters of MG efficacy which allow to realize modern standards and orders of medical aid rendering in medical rehabilitation, neurology and surgery [3, 8, 9, 11, 13]. At the same time, for an efficient solution of

the above-mentioned tasks a development of domestic EMI is required as well in the modern stage of the country development [1, 5, 10, 12].

***Purpose of the study** was a development of evaluation criteria for measurements in realization of tasks in maintenance and strengthening of human health.*

***As materials and methods of the study** published articles in this topics were used, standards of quality, legal and normative documentation, methods of comparative analysis and determination.*

Key words: medical preventive institutions, standards of public health, enterprises of medical industry, management of quality, medical goods, competition ability.

Как указано в [11-13], для решения демографических и, соответственно, взаимосвязанных с ними проблем социального и технологического развития России необходимо улучшение качества здоровья и увеличение периода активной жизнедеятельности граждан страны. Подчеркнуто, что одними из путей решения указанных проблем являются: улучшение уровня материального обеспечения ЛПУ; принятие мер по повышению эффективности и устойчивости деятельности предприятий отраслей промышленности, реализующих производство высокотехнологичных отечественных медицинских изделий, обеспечение необходимого надзора за качеством и количеством импортируемой медицинской техники; внедрение современных медицинских стандартов, соответствующих мировому уровню в практику отечественного здравоохранения.

Правительство РФ считает необходимым привести в порядок и усовершенствовать существующую инфраструктуру медицинских учреждений и их финансирование. Это предусматривается на федеральном уровне путем реализации государственной программы развития здравоохранения до 2020 года [12], субъекты Федерации также разработали свои региональные программы модернизации здравоохранения. В частности, развитие системы медицинской реабилитации предусмотрено по таким направлениям, как неврология, кардиология, травматология и ортопедия, онкология и реабилитация детей с проблемами перинатального периода. Для решения второй задачи Правительство планирует инвестировать дополнительные средства в деятельность

предприятий как медицинской промышленности, так и предприятий, других отраслей, выпускающих медицинские изделия [2, 3, 5, 12]. Министерство промышленности и торговли РФ реализует государственную программу «Развитие медицинской и фармацевтической промышленности Российской Федерации» на 2013 - 2020 годы, в соответствии с которой доля медицинской промышленности в ВВП должна к 2020 г. увеличиться с 0,05% до 0,16%. Соответственно, объем рынка медицинского оборудования должен увеличиться почти в 4,3 раза – с 101 млрд. руб. до 451 млрд. руб. [12, 13]. Эффективность внедрения данных программ должны обеспечивать как стандарты и порядки оказания медицинской помощи, внедряемые как в ЛПУ [11], так и системы менеджмента качества на ПМП, обслуживания и ремонта медицинской техники [4]. Сегодня необходимо в ближайшее время разработать и внедрить клинические рекомендации по основным нозологиям, утвердить гармонизированный классификатор медицинских изделий, вести работу по охране интеллектуальной собственности [1, 6, 8]. Анализ конкурентоспособности производимого ПМП, внедренного в клиническую практику МИ, должен начинаться с оценки клинической эффективности применения изделия и наличия потенциальных рисков применения изделия. Оценка конкурентоспособности как ЛПУ, так и ПМП целесообразно проводить с помощью критериев, теоретические основы применения которых частично изложены в [7, 9, 11], некоторые из них приведены в данной статье.

1. Критерий профессионально-производственного соответствия – $K_{\text{числ.}} = \frac{Ч_{\text{кв. п.п.}}}{Ч_{\text{п.п.}}}$, где:

$Ч_{\text{кв. п.п.}}$ – характеризует численность персонала, имеющего требуемую квалификацию;

$Ч_{\text{п.п.}}$ – численность всего персонала, работающего в данном структурном подразделении.

Значение критерия $K_{\text{числ.}}$ должно стремиться к 1.

2. Критерий использования производственных ресурсов – $K_p = \frac{M_{\text{факт.}}}{M_{\text{исп.}}}$, определяемый из соотношения: $M_{\text{факт.}} = M - \Delta M$, представляемый для планирования фактический объем производственных ресурсов ЛПУ и ПМП, где:

M – объем производственных ресурсов при их максимальной загрузке;

ΔM – объем производственных ресурсов, который необходимо оставлять при планировании незагруженных мощностей на случай возникновения нестандартных ситуаций, связанных, например, с ремонтом производственных площадей, заменой неисправного или устаревшего оборудования или с непрогнозируемым изменением спроса.

$M_{\text{исп.}}$ – использованный объем производственных ресурсов. K_p должен стремиться к 1, в случае, когда критерий K_p меньше 1, лечебное учреждение или предприятие не смогли эффективно воспользоваться ресурсами, соответственно, уменьшается их и конкурентоспособность. В этом случае ЛПУ необходимо скорректировать свои функциональные (лечебно-диагностические) возможности, а ПМП – пересмотреть номенклатуру выпускаемой продукции.

3. Критерий инновационности – $K_{\text{инн.}}$ – уровень новизны используемых технологий в ЛПУ и на ПМП (для каждого j-го вида технологий). Определяется после ранжирования всех существующих возможных технологий данного производства и расчета коэффициента новизны используемых технологий – $K_{\text{инн.}} = \frac{P_{\text{Кинн. j.}}}{K_{\text{инн. j.}}} = \frac{R_{\text{j макс.}}}{R_j}$, где:

$K_{\text{тех. j}}$ – коэффициент новизны используемой технологии j-го вида производственного процесса (j – среднее арифметическое от 1 до m, m – количество используемых технологий).

$R_{\text{j макс.}}$ – максимальный ранг/уровень (определяется/задается в процессе ранжирования) наиболее современной из существующих технологий для j-го вида технологии, R_j – ранг используемой технологии в j-м в лечебно-диагностическом или производственном процессе.

Заключение

Производство наукоемких конкурентоспособных инновационных высокотехнологичных МИ на территории РФ позволит высококвалифицированным специалистам в области здравоохранения России внедрять новые эффективные стандарты и методики в области клинической и профилактической медицины, оперативно решая как вопросы медицины, так и вопросы освоения и развития новых отечественных МИ, с учетом клинического опыта их применения в условиях ЛПУ России [4, 9, 11, 13].

Литература

1. Астапенко Е.М., Герцик Ю.Г. Обращение медицинских изделий в лечебно-профилактических учреждениях: актуальные вопросы // Управление качеством в медицинской организации. – 2014. – № 3. – С.21-27
2. Анисимов С.Н., Колобов А.Н., Омельченко И.Н. Проектирование интегрированных производственно – корпоративных структур: эффективность, организация, управление / Под ред. А.А. Колобова, А.И. Орлова. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2006. – 728 с.
3. Герцик Ю.Г., Иванова, Г.Е. Принципы разработки и эксплуатации биоадекватных устройств для активно-пассивной механотерапии в медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 6. – С.32-36.
4. Герцик Ю.Г., Афанасьев А.А. Влияние качества технического и метрологического обеспечения в сфере здравоохранения на конкурентоспособность медицинских организаций и предприятий медицинской промышленности // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 3. – С. 28 – 34
5. Герцик Ю.Г., Жукова Т.В., Родионов В.В., Рошин Д.О. Перспективы внедрения инновационных проектов в области ИТ-технологий для медико-технического обеспечения деятельности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения // Итоги и перспективы информатизации здравоохранения в России. – М.:Эдитус, 2014. – С. 9-16.
6. Герцик Ю.Г., Семенов В.И., Герцик Г.Я. Охрана прав на интеллектуальную собственность как фактор экономического и технологического развития фармацевтической и медицинской промышленности // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 3. – С. 64-70.
7. Герцик Ю.Г., Федущак Т.А., Герцик Г.Я., Федущак В.Ф. Пути повышения конкурентоспособности отечественных физиотерапевтических медицинских изделий // Вестник восстановительной медицины. – 2012. – № 5. – С. 64 – 78.
8. Герцик Ю.Г. Влияние внедрения инновационных технологий в сфере медицины и медицинской техники на эффективность реализации социально-значимых медико-технических проектов // Инновации. – 2011. – № 6 (152). – С. 74-81.
9. Герцик Ю.Г. Оценка конкурентоспособности проектов оснащения лечебно-профилактических учреждений высокотехнологичными медицинскими изделиями // Экономические стратегии. – 2014. – № 5. – С. 1-6
10. Герцик Ю.Г., Омельченко И.Н. Состояние рынка медицинских изделий и перспективы международного сотрудничества в сфере производства медицинских изделий и реализации медицинских услуг в России // Topical areas of fundamental and applied research IY. Vol. 2. – sps Academic: Create Space, North Charleston, SC, USA. – P. 235-254.

11. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 5. – С. 2-14.
12. Развитие медицинской и фармацевтической промышленности Российской Федерации на 2013-2020 годы. URL: http://minpromtorg.gov.ru/activities/state_programs/list/.
13. Отчёт о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8056-otchety-o-realizatsii-prioritetnogo-natsionalnogo-proekta-zdorovie>.

Для корреспонденции:

Герцик Юрий Генрихович – канд. биол. наук, доцент, зав. кафедрой «Фундаментальные основы медико-технических технологий» Института современных образовательных технологий, докторант кафедры «Промышленная логистика» Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана

Адрес: 125222, Российская Федерация, г. Москва, ул. Дубравная, д. 35, кв. 305
Тел.: 8-925-005-77-15. E-mail: ygerzik@gmail.com

Иванова Галина Евгеньевна – председатель президиума общероссийской общественной организации содействия развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России», главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсульта НИИ ЦВПИИ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Доктор медицинских наук, профессор кафедры реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, главный редактор журнала «Вестник восстановительной медицины»

Адрес: 119270, Российская Федерация, г. Москва, Лужнецкая набережная, д. 8, строение 1, офис. 384
Тел.: +7(495)725-45-34. E-mail: g.ivanova@rehabrus.ru

For correspondence:

Gertsik Yuri Genrikhovich – Ph.D., Associate Professor, Head. Chair of «Fundamentals of Medical and Technical technologies» of the Institute of Modern Educational Technology doctoral student in «Industrial Logistics», Moscow State Technical University n.a. N.E. Bauman

Address: 125222, Russian Federation, Moscow, Dubravnaja str., 35-305
Tel.: 8-925-005-77-15. E-mail: ygerzik@gmail.com

Ivanova Galina Evgenievna – Chairman of the Presidium of the Russian public organization promoting Medical Rehabilitation «Union of Russian rehabilitators». The Chief specialist of medical rehabilitation at Russian Ministry of Health, The Head of the Department of Medical and social rehabilitation of stroke by Mr. N.I. Pirogov of Russian Ministry of Health. Professor of Rehabilitation and Sports Medicine by Mr. N.I. Pirogov of Russian Ministry of Health, The chief editor of the «Journal of regenerative medicine», MD

Address: 119270, Russian Federation, Moscow, Lugneckaya emb., 8-1-384
Tel.: +7(495)725-45-34. E-mail: g.ivanova@rehabrus.ru

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Чистосердечное призвание. Российские ученые работают над созданием искусственных органов

Сегодня Центру трансплантологии и искусственных органов имени В.И. Шумакова исполняется 45 лет.

Все началось в середине прошлого века, когда Владимир Петрович Демихов провел первые пересадки органов животным. Его знаменитую собаку с двумя головами мне довелось видеть. Об эксперименте писал весь мир. К сожалению, на родине Демихова фактически предали анафеме. Его приютили почти в сарайчике на территории института Склифосовского, и лишь недавно на месте, где проводились уникальные исследования, появилась мемориальная доска, что именно здесь трудами Демихова была заложена новая наука, новое направление в медицине - пересадка органов.

Путь российской трансплантологии всегда был тернистым. И первую в мире пересадку почки провели в Бостоне, печени - в Денвере, сердца - в Кейптауне. Даже когда великий российский хирург, академик, генерал, директор Института хирургии им. Вишневского Александр Александрович Вишневский решил провести пересадку сердца, ему запретили. Почти тайно академик уехал в Ленинград и там в Военно-медицинской академии провел пересадку сердца. К сожалению, больной скончался. И может быть, об этом никто бы и не узнал, если бы не написала «Литературная газета».

150 сердец и 1000 почек каждый год пересаживается в нашей стране

Но прогресс остановить невозможно. Поэтому в стране был наконец создан целый институт трансплантации органов и тканей. Им сперва руководил Глеб Михайлович Соловьев, но по-настоящему пересадка органов началась в 1974 году, когда институт возглавил Валерий Иванович Шумаков.

Помнится, однажды брала у Валерия Ивановича интервью, и он сказал, что идет подготовка к пересадке сердца. Попросила разрешить присутствовать на операции. Валерий Иванович категорически отказал. Очень обиделась, но после того как в 1987 году удачно прошла пересадка сердца Шуре Шальковой, Валерий Иванович пригласил меня в институт, чтобы познакомиться с Шурой.

Ждала Шуру в вестибюле. Увидела бегущую вниз по лестнице в спортивном костюме улыбающуюся девушку, и не поняла, что это и есть Шура.

Шура не говорила об операции, она говорила только о том, что скоро поедет домой, что вся жизнь впереди и все у нее хорошо. Она явно не до конца осознавала, что для нее сделали медики, что в ее груди бьется чужое

сердце. Она воспринимала все это как должное. Я тогда сказала Валерию Ивановичу: «Шура выживет».

Теперь эти операции давно из необычных стали буднями медицинской практики во всем мире, в том числе и в нашей стране. Хотя нигде, по-прежнему, столь не тернист путь пересадки органов, как у нас. Да, во всем мире вокруг трансплантологии и трансплантологов масса небылиц, страшилок. Да, признается, что пересадка органов спасает жизни, что с чужим сердцем или чужой печенью можно долго и качественно жить. Однако порой с телеэкранов можно услышать такую чушь! Что где-то, чуть ли не в подворотне, у кого-то изъяли почку, у кого-то печень, правда, где пересадили, - неизвестно. Возможно, это от того, что трудно себе представить, как сложен, многогранен процесс изъятия органов, подготовка реципиента, сама операция, выхаживание. Но эмоции эмоциями, а трансплантология спасает людей.

Ночной звонок Сергею Готье

В одиннадцатом часу вечера звоню директору Шумаковского Центра Сергею Владимировичу Готье.

Вы где?

Сергей Готье: В институте. Сегодня ночью будет несколько трансплантаций. Все на местах.

Как прошли сутки?

Сергей Готье: Пересажено два сердца. Это сделали профессор Дмитрий Шумаков и Вячеслав Захаревич. Профессор Ян Мойсюк пересадила печень. А сотрудники отделения Мойсюка за эти сутки провели две пересадки почки, одну из них в комплексе с поджелудочной железой. А я пересадила легкие.

Все операции успешны?

Сергей Готье: Все. Кстати, сегодня выписался домой пациент, которому 3 недели назад мы пересадили легкие. Вас удивило, что мы здесь днем и ночуем? Так ведь это обычная практика трансплантационных центров. А наш Шумаковский в 2013 году признан первым в мире по количеству и качеству пересадки сердца: мы провели 102 трансплантации сердца.

А мне казалось, что вы лидер по пересадке печени.

Сергей Готье: Вы правы. И хотел бы уточнить: мы занимаем лидирующие позиции в области педиатрической трансплантации: ни один центр Европы или Америки не делает столько пересадок печени крохотным детям - 60 в год.

А вот девочка из Крыма Чибисова Даша, которую я видела летом после операции, как она себя чувствует?

Сергей Готье: Нормально. Приезжает к нам для контроля. Проблем со здоровьем у нее нет.

Выхаживание ваших пациентов - это особая область. Не каждый, даже опытный реаниматолог, знает

нюансы выхаживания тех, у кого в организме чужой орган.

Сергей Готье: Я бы начал не с выхаживания оперированных больных, а с подготовки тех, кому, например, сердце надо было пересадить еще год назад. Такой больной поступает в клинику в тяжелейшем состоянии, и для того чтобы он дожил до трансплантации, ему нужна механическая поддержка кровообращения. И тут на сцене блистательно солирует профессор Виталий Николаевич Попцов. А потом во время операции и, конечно, после нее.

В названии вашего центра, кроме трансплантологии, обозначены искусственные органы. Это же не ради красного словца?

Сергей Готье: Нет, конечно. Я убежден, что, со временем, такие органы появятся, а пока в нашей лаборатории разработан и успешно применяется в клинике при сердечной недостаточности первый отечественный искусственный левый желудочек сердца. Кроме того, идут работы по созданию биоискусственной печени, на крысах уже получается.

Знаю, что в следующем году войдут в строй новые корпуса вашего Центра. И наверное, было бы справедливо, чтобы большой корпус носил имя великого Демикова?

Сергей Готье: Убежден, что эту идею поддержит коллектив. Чтобы успешно двигаться вперед, следует знать, кто мы и откуда.

*Российская Газета, Москва,
Ирина Краснопольская
(24.10.2014)*

Конституцию хотят изменить ради запрета аборт

В главный закон страны предлагается внести статью, что «человеческая жизнь возникает в момент зачатия»

Конституцию РФ предлагают изменить, прописав в отдельной статье, что человеческая жизнь возникает в момент зачатия, а следом законодательно запретить аборт. Инициативу с изменением Основного закона единодушно поддержали больше 400 участников собора, который прошел в храме Христа Спасителя. На нем присутствовали представители Госдумы, областных и городских законодательных собраний, члены Общественной палаты, эксперты, ученые и врачи, представители государственных и общественных организаций и РПЦ из 40 регионов страны. Чтобы реализовать эту идею, нужно будет провести общероссийский референдум, считают участники собора.

Как следует из резолюции собора, с которой ознакомились «Известия», «право на жизнь с момента зачатия должно быть гарантировано Конституцией РФ, процесс изменения которой может быть инициирован путем референдума». Жизнь детей необходимо защищать еще

до рождения, а значит, нужно запретить искусственные аборт, всё это, по мнению участников собора, потребует внесения ряда изменений не только в Конституцию, но и в другие федеральные законы: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об обращении лекарственных средств», «Об обязательном медицинском страховании», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и в Уголовный кодекс РФ.

Среди основных прав человека, которые, согласно ст. 17 Конституции, неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения, самым важным является право на жизнь. Это гарантирует ст. 2 Конституции, признавая человека, его права и свободы высшей ценностью нашего общества. Во Всеобщей декларации прав человека это же право закреплено в ст. 3, которая провозглашает право каждого человека на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность. В Конвенции прав ребенка ООН, которую наша страна ратифицировала еще в 1990 году, написано, что «ребенок ввиду его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту как до, так и после рождения».

— Этот международный документ уже давно нами подписан, но никакой защиты ребенка до рождения у нас по-прежнему нет, в России ежегодно делается около миллиона абортов и лишь 10% из них были необходимы по медицинским показаниям, ради спасения жизни женщины, — говорит один из участников собора, лидер движения «За жизнь» Сергей Чесноков. — Чтобы не было грубого нарушения прав ребенка на жизнь до его рождения, надо ввести эту норму в наше законодательство. К тому же приоритет международных норм права и сейчас гарантируется нашей Конституцией (ст. 15), а значит, мы должны гарантировать жизнь ребенку в утробе матери.

Искусственный аборт является убийством, то есть причинением смерти ребенку в период от зачатия до рождения, следует из резолюции. Следовательно, «необходимо запретить производство, оборот и применение средств контрацепции с абортивным действием».

— Некоммерческие организации — противники абортов уже по всей стране собирают подписи за запрет абортов, которые противоречат христианской морали, сейчас их уже больше 100 тыс., когда их будет больше миллиона, то мы выйдем с предложением о проведении референдума, — отмечает другой участник собора Владимир Потиха. — По данным Росстата, больше 9 млн женщин в нашей стране применяют внутриматочные и гормональные средства контрацепции, которые имеют абортивное действие. То есть они прекращают жизнь ребенка в первые дни, еще до образования плацентарной связи, которая должна обеспечивать жизнь ребенка до рождения. Искусственный аборт мы определяем с точки зрения права ребенка на жизнь — и тогда это умышленное причинение смерти ребенку, за которое должно быть уголовное наказание.

Совершение искусственного аборта должно также влечь уголовную ответственность «для врачей, матери и лиц, склоняющих или принуждающих женщин к искусственному аборту, врачи под угрозой уголовного наказания обязаны рассматривать ребенка как второго пациента, прилагать усилия и использовать все имеющиеся возможности для сохранения его жизни», следует из документа.

Сейчас аборт оплачивается из средств ОМС, в комитете Госдумы по вопросам семьи, женщин и детей считают эту практику неправильной, поскольку беременность — это естественное состояние женщины, а не патология, которую нужно лечить за счет налогоплательщиков. По данным эксперта Госдумы Ольги Пономаревой, в год на аборт тратится около 6 млрд рублей, которые могли бы пойти на материнский капитал или другие формы поддержки детства и материнства. В итоге в законопроекте Госдумы предлагается оставить оплату из бюджета только в случае угрозы здоровью матери, при этом аборт делать можно, но уже за счет самой женщины.

— Оплата аборт из средств ОМС должна быть прекращена, — единодушно участники собрания.

Год назад аналогичный документ уже вносился в Госдуму, но получил отрицательное заключение правительства и Минздрава, поскольку это может привести к росту криминальных аборт и увеличению брошенных детей.

Павел Шапкин, один из организаторов собрания, не согласен с доводами правительства о возможном росте брошенных детей, потому что «маленьких и здоровых детей разбирают как горячие пирожки, поскольку очень много бесплодных мужчин и женщин, мечтающих о ребенке».

— Не надо бояться, что из-за запрета на аборт будет дикое количество сирот, которых никто не захочет взять, это неправда: у нас и так на усыновление очередь, — убежден он. — Надо упростить процедуру усыновления, убрав из нее бюрократические препоны, это предложение тоже единодушно поддержали эксперты, которые присутствовали на собрании.

По статистике сейчас в России почти 6 тыс. отказов от новорожденных, при этом в сиротских учреждениях находится около 200 тыс. детей. В основном это дети-инвалиды и дети старше 7 лет, как правило, это братья-сестры, которых по закону нельзя разлучать, а брать их вместе не хотят, замечает президент БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» Елена Альшанская. Очередь на усыновление она считает мифом — очередь есть только на малышей.

— Процедура усыновления у нас и так одна из самых простых и краткосрочных в мире, в среднем по стране оформить ребенка в семью можно за 2 месяца — и документы необходимые получить, и медицинские справки, и школу приемных родителей пройти, которая теперь обязательна, — говорит Альшанская. — Упрощать уже некуда, если только разрешить сдавать медицинские анализы не только в государственных поликлиниках, но и в других местах. Ведь если у потенциального родителя нет времени на

сбор документов, то откуда он его возьмет на воспитание чужого ребенка, которого надо долго реабилитировать? У нас и так 3–5% возврата детей из семей в детдома.

Адвокат Александр Островский не верит в то, что ради запрета аборт перепишут Конституцию. А вот урезать медицинские расходы на искусственное прерывание беременности и вывести из ОМС 6 млрд рублей, по его словам, действительно могут.

*Известия, Москва,
(18.11.2014)*

Сироты по здоровью

Ольга Алленова — о том, почему в России все больше отказов от новорожденных

20 ноября планета отмечает Всемирный день ребенка. В России дети по-прежнему нуждаются в защите: часто против малышей с ограниченными возможностями здоровья единым фронтом выступают врачи, системы социальной помощи и даже родители — ведь им с самого рождения «неблагополучного» ребенка объясняют, что от такого человечка надо избавляться. Итог: 6 тысяч новорожденных сирот каждый год. А запрет на «иностранные усыновление», которому в этом декабре исполняется два года, отнял возможность найти свою семью за рубежом у многих тяжело больных детей. «Ребенок с диагнозом» сам становится диагнозом — только уже обществу, которое не может (или не хочет) ему помочь.

Сиротская система России ежегодно прирастает примерно на 6 тысяч новорожденных, от которых родители отказываются уже в родильных домах.

«Когда мой малыш появился на свет, я услышала: «Смотри, что ты родила». Это были первые слова, сказанные мне врачом. Врач говорил, что я родила овощ, что он никогда не будет ходить, говорить и тратить на него деньги бессмысленно. Врач сказал, что это «котенок, которого надо только мыть и кормить». Нам не дали направление на обследование в Москву. А чтобы получить положенные мне бесплатные лекарства, мне пришлось написать две статьи в газету». Рассказ Светланы Дорониной из города Камышин Волгоградской области был записан на видео и продемонстрирован в Белом доме на заседании попечительского совета при вице-премьере РФ Ольге Голодец. Автор видеообращения родила в камышинском роддоме не в далекие 90-е, а в 2013 году. У сына Светланы гидроцефалия (водянка головного мозга) и некоторые сопутствующие заболевания, но у ребенка есть шансы, потому что мать не отказалась от него в роддоме.

Отказы и ошибки

По информации Минздрава, в Волгоградской области ситуация хуже, чем в среднем по России. В регионе также зафиксирована высокая младенческая смертность и инвалидность. Минздрав РФ уже отправил туда своего

специалиста разбираться с причинами таких показателей. Но рассказ Светланы Дорониной многое объясняет.

Регионов с такими показателями, как в Волгоградской области, чуть больше десяти — именно в них распорядилась провести проверку вице-премьер Ольга Голодец. Но от детей отказываются почти во всех регионах России, за исключением нескольких республик Северного Кавказа. В 2013 году мамы оставили в российских детских домах 5757 детей. В 2012-м отказов было больше — 6230.

Специалисты в области предотвращения отказов от новорожденных в один голос утверждают, что в родильных домах женщины не только не получают необходимой психологической и информационной поддержки, но часто слышат от врачей страшные прогнозы в отношении своих новорожденных детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Это одна из главных причин отказов. Часто врачи родильного дома по собственной инициативе, а не по запросу матери, начинают разговор об оформлении отказа от ребенка с ОВЗ. Как правило, эти врачи незнакомы с современными методами и результатами реабилитации и развития детей с отклонениями в развитии, не имеют представления о перспективах интеграции таких детей в общество. Ребенок с серьезным пороком развития или генетической патологией, по их мнению, необучаем и бесперспективен, хотя во многих европейских странах уже давно доказано обратное. «В медицинской среде доминирует представление о том, что отказ от проблемного ребенка открывает для матери возможность возвращения к полноценной жизни, — говорит член Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при правительстве РФ Елена Ключко. — Однако эта точка зрения ошибочна. Согласно данным НИИ профилактической психиатрии НЦПЗ РАМН, в 80 процентах случаев у матерей, отказавшихся от своих новорожденных детей, наблюдаются различные психические и психологические проблемы, среди которых на первое место выступают аффективные расстройства преимущественно тревожного и депрессивного круга».

В России в 2013 году родилось 1 млн 900 тысяч детей. Из них 623 тысячи — с различными диагнозами. Специалисты утверждают, что во многих случаях диагнозы, поставленные новорожденному, снимаются в первые годы его жизни, однако точных статистических данных нет. То есть врач в родильном доме, сообщая маме, что ее ребенок не будет ходить и говорить, может ошибаться. Соучредитель благотворительного фонда «Я есть» Ксения Алферова считает, что медицина вообще ошибается часто. Прогнозы, которые делают врачи в результате перинатальных скринингов, выявляющих генетические нарушения плода у женщин, часто не подтверждаются: «Мы ведем свою статистику и знаем случаи, когда скрининг ничего не показал, а родился ребенок с особенностями развития, или случаи, когда скрининг дал высокую вероятность рождения ребенка с синдромом Дауна, а ребенок родился обычным, без особенностей. В 2013 году количество аборт в России увеличилось на 130 процентов по сравнению с 2012-м именно за счет перинатальной

диагностики. Родители верят врачам как истине в последней инстанции».

Всегда можно отказаться

В большинстве случаев женщина принимает решение об отказе, не видя своего ребенка, а медики часто полагают, что ей это и не нужно. Эксперты, участвующие в обсуждении проблемы отказов от новорожденных, полагают, что специалисты в родильном доме обязаны обеспечить матери контакт с новорожденным — чаще всего женщина растеряна и не будет категорически против знакомства с ребенком.

Ксения Алферова считает, что новые стандарты этики для врачей родильных домов могли бы во многом решить проблему. «Переучить врачей состоявшихся мы уже не сможем, они считают, что «спасают» маму от такого ребенка, и убеждены в своей правоте. Необходимо обучать молодых специалистов, чтобы они приходили в роддом уже с другой установкой. Много зависит даже от того, как именно врач сообщил женщине о том, что у нее родился ребенок, например, с синдромом Дауна. Почему врач сообщает эту новость как горькую? Родился человек, он принесет своим родителям много радости. Дети с синдромом Дауна могут ходить, говорить, обучаться — в чем состоит «горькая новость»? В том, что они отличаются от большинства? Но мы все чем-то отличаемся от других, а если бы все были одинаковые, было бы грустно и бессмысленно жить».

Помимо незтичного поведения врачей в роддомах, отсутствия профессиональной психологической и социальной поддержки мам новорожденных детей с ОВЗ появлению отказников способствует и много других причин. Елена Ключко отмечает недостаток информированности и негативное отношение общества к детям с генетической патологией или тяжелыми нарушениями развития. «Ложные стереотипы и сегодня продолжают отрицательно влиять на отношение к людям с ограниченными возможностями, — говорит специалист. — Есть довольно устойчивое мнение, что, дескать, только у маргинальных родителей может родиться физически или психически неблагополучный ребенок. Это абсолютно не так, но стереотипы разрушить очень трудно. Появление такого ребенка в социально благополучной семье воспринимается ею и окружающими как угроза ее статусу, репутации. Поэтому и решение отказаться от больного ребенка не встречается в обществе морального осуждения и даже в какой-то степени поддерживается. А значит, отказ не является для семьи непреодолимым шагом. Способствует этому и простота процедуры оформления юридического отказа от новорожденного в роддоме, в то время как процедура оформления опеки или усыновления требует от человека титанических усилий».

По мнению Елены Ключко, в России рождение ребенка с ограниченными возможностями автоматически осложняет перспективы семьи, снижает ее социальный статус, создает риск превращения семьи в неполную или

обрекает ее на изоляцию. В 40 процентах случаев матери перестают работать и посвящают себя уходу за ребенком. В семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, велик уровень разводов. Если верить данным, приведенным на втором российском конгрессе «Мир семьи», почти треть детей-инвалидов воспитывается в неполных семьях, состоящих из мамы и ребенка.

Синдром без сопровождения

В российских детских сиротских учреждениях живет большое количество детей с синдромом Дауна. Это одна из самых больших категорий сирот, которых до сих пор довольно часто оставляют в роддомах и почти не берут в приемные семьи. Эти дети обречены на жизнь в казенных учреждениях, где не получают необходимой педагогической и социальной помощи и по этой причине не развиваются так, как могли бы. Достигнув совершеннолетия, они попадают в психоневрологические интернаты, где часто под влиянием агрессивной чужой среды умирают. Между тем большинство людей с синдромом Дауна могут учиться в обычных школах, получить профессию и жить в обществе.

По данным российского благотворительного фонда «Даунсайд ап», ежегодно в России рождается около 2500 детей с синдромом Дауна. Примерно половина из них оказывается в детских домах. В Москве сегодня около 40 процентов женщин отказывается от новорожденных детей с синдромом Дауна. В регионах эта цифра колеблется от 20 до 80 процентов. Специалисты фонда считают, что это не самые плохие показатели: еще 15 лет назад в России в 95 процентах случаев мамы отказывались от детей с синдромом Дауна. Цифра снижается за счет работы благотворительных фондов и родительских организаций, повышения информированности населения. Однако до европейских показателей России еще далеко.

Специалист фонда «Даунсайд ап» Юлия Колесниченко, в свою очередь, полагает, что решить проблему отказов от детей с синдромом Дауна могло бы создание служб ранней помощи детям с синдромом Дауна и их семьям во всех регионах. Сегодня от фонда «Даунсайд ап» получают профессиональную поддержку более 4 тысяч российских семей, и это предел возможностей маленького фонда, работающего в Москве.

«Родители часто отказываются от детей с особенностями здоровья, потому что врачи не знают, как нужно вести себя в таких случаях. К тому же в нашей стране практически не существует системы государственной ранней помощи для детей с синдромом Дауна и их семей», — говорит Юлия Колесниченко. — Если бы родители знали о том, каким может быть жизненный маршрут их ребенка, ситуация с отказами стала бы совершенно иной».

Службы ранней психолого-педагогической помощи детям с особенностями здоровья существуют лишь в некоторых регионах, как правило, в крупных городах, что создает серьезные проблемы для воспитания таких детей в периферийных городах или сельской местности.

Кроме этого, у нас по-прежнему не развиты услуги по сопровождению семьи представителями учреждений социального обслуживания. Семьи, имеющие детей с ОВЗ, и сегодня сталкиваются с трудностями, когда речь идет об образовании детей. Россия ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов, но сегодня даже в Москве многие семьи, имеющие детей-инвалидов, не могут добиться инклюзивных образовательных услуг.

Решение сохранить в семье ребенка с ОВЗ в России становится настоящим подвигом. Часто родители, которые решают, вопреки всему, воспитывать такого ребенка, остаются один на один со своими трудностями. Другими словами, решение проблемы отказов от новорожденных зависит и от расширения сферы социальных и образовательных услуг для детей с особенностями развития. Но в условиях сокращения государственных расходов на образование, здравоохранение и социальное обслуживание это в скором времени вряд ли получится.

У отказов от новорожденных есть и более тривиальные причины — бедность или нищета. Руководитель фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам» Елена Алышанская называет именно эти причины в качестве основных. «Вопреки расхожему мнению о том, что в Москве от детей отказываются в основном мигранты, в 2014 году таких случаев было только 47. Общая же цифра отказов в Москве от новорожденных в 2013 году — 228. Так что миграция — это не главная проблема. Диагнозы — тоже не ключевая причина. Статистика, которую ведет наш фонд, показывает, что отказов от детей с ОВЗ — примерно 14-15 процентов. Главная проблема — социальное неблагополучие, отсутствие жилья, работы, средств к существованию».

Специалисты считают, что проблему отказов от новорожденных необходимо решать только комплексно: в роддомах обеспечить контакт матери с ребенком; врачам — не пугать и не унижать мать, а с максимальным уважением предоставить ей информацию о здоровье ребенка и его возможностях; социальным работникам — рассказать, на какие льготы и пособия имеет право женщина; представителям родительских организаций и фондов — объяснить, где ребенок с ОВЗ может получить образовательную и социальную поддержку.

Директор благотворительного Фонда профилактики социального сиротства Александра Марова говорит, что решение проблемы отказов от детей в родильных домах сложное, но выполнимое: «За последние два года наши специалисты проработали 1700 случаев отказов, когда мамы уже написали заявления. Из этих 1700 детей почти половина — 834 ребенка — вернулись в кровные семьи в результате работы наших специалистов с женщинами. Это подтверждает, что при правильном сопровождении женщин в родильных домах количество сирот будет уменьшаться».

*Огонек, Москва,
Ольга Алленова
(18.11.2014)*

Россияне поддерживают общее направление развития здравоохранения – опрос

Россияне в целом позитивно относятся к системе здравоохранения, сообщили «Интерфаксу» во вторник в пресс-службе Минздрава, ссылаясь на опрос, проведенный ВЦИОМ.

В рамках исследования проведен опрос более 5 тыс. респондентов из числа городского и сельского населения в семи федеральных округах, погрешность – менее 1,5%.

«Исследование, проведенное ВЦИОМ, показало, что население России в целом позитивно относится к системе здравоохранения, понимает существующие сложности и поддерживает общее направление развития здравоохранения», – отметили в пресс-службе.

По данным исследования, 44% респондентов положительно оценили состояние российской системы здравоохранения в целом, причем более оптимистично настроены молодые участники опроса.

«Примерно треть опрошенных – 32% – выразили уверенность, что ситуация в здравоохранении улучшается. Еще год назад, по данным Левада-Центра, свою удовлетворенность системой здравоохранения выразили лишь 20% населения. В текущем году Левада-Центр также фиксировал увеличение удовлетворенности системой здравоохранения до 31%», – сказали в пресс-службе.

В министерстве сообщили, что, как показало исследование ВЦИОМ, при оценке отдельных критериев оказания услуг в медучреждениях практически все параметры – 12 из 13 – получили положительные оценки, доля оценок 4 и 5 баллов колеблется в пределах 48-67%.

В пресс-службе Минздрава отметили, что наименьшую удовлетворенность респонденты высказали по поводу времени ожидания медицинской помощи – данным параметром довольны только 36%. Этот показатель варьируется: в федеральных центрах он составляет около 60%.

«При оценке медицинских учреждений разного типа федеральные медицинские в 67% случаев получали положительные отзывы, региональные медицинские организации – почти в 50% случаев. Одними из наиболее важных показателей оценки работы медучреждения с точки зрения населения являются наличие врачей-специалистов, доброжелательное отношение к пациентам, современное оборудование и простота записи на прием», – сообщили в Минздраве, ссылаясь на исследование.

Опрос ВЦИОМ показал, что основными проблемами медицины являются очереди, сложность с записью на прием, а также нехватка специалистов, что ведет к чрезмерной нагрузке на врачей и снижает качество помощи.

«Наиболее заметными позитивными сдвигами респонденты считают появление нового оборудования, повышение доступности высокотехнологичной помощи, развитие дистанционных методов записи на прием к врачу, а также повышение заработной платы медиков», – сказали в Минздраве.

Исследование также показало положительное отношение россиян к программе диспансеризации.

«Большинство респондентов выражают согласие с необходимостью для всех категорий граждан проходить диспансеризацию или регулярные профилактические осмотры (71%) в ежегодном режиме (56%). При этом 58% отмечают, что лично проходят диспансеризацию или регулярные профилактические осмотры не реже одного раза в четыре года, из них 34% – ежегодно. Декларируемый уровень готовности проходить ежегодно диспансеризацию на бесплатной основе достаточно высокий – 69%», – говорится в исследовании.

«Приведенные результаты исследования позволяют утверждать, что в результате принимаемых государством усилий удовлетворенность населения системой здравоохранения увеличивается», – заявили в Минздраве.

*ИнтерФакс, Москва,
(18.11.2014)*

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском и английском языках) представляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;

- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристайный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристайном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до 4-х авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серёгина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131 с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007 г.: Сборник информационно-аналитических материалов/ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220 с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2009. – № 7. – С. 38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21. – № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100%-ных размерах.

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстанный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
000 «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru