

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5 – 2015

Федеральный закон
«Об исполнении бюджета Федерального фонда
обязательного медицинского страхования за 2014 год»



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 5, 2015**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 5, 2015

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

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 – первый заместитель директора ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

А.В. Решетников – директор НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, д.м.н., академик РАН

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

В.И. Стародубов – директор ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, д.м.н., и.о. академика-секретаря отделения медицинских наук РАН, академик РАН

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 06.11.2015 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 72 полосы

Адрес редакции: ООО «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», 2015

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»

№ 5, 2015

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

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 – First Deputy Director of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health

A.V. Reshetnikov – Director of the Research Institute of Sociology in Medicine, Economics of Public Health and Medical Insurance, Academician of the Russian Academy of Sciences

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

V.I. Starodubov – Director of the Central Research Institute of Health Service Organization and Information, Acting Academician-Secretary of the Medical Sciences Section of the Russian Academy of Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences

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. Economical 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 06.11.2015, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 72 type pages

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

59A, Beskudnikovskiy 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», 2015

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

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в работе Евразийского женского форума в Санкт-Петербурге.	4
Второй международный форум «Виртуальная медицина - 2015»	6
Новые кадровые назначения	12
Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены награды.	14

БЮДЖЕТ ФОМС

<i>И.В. Соколова</i> Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год.	16
Федеральный закон Российской Федерации от 5 октября 2015 года № 281-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год»	21

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>С.В. Шишкин, С.В. Сажина, Е.В. Селезнева</i> Изменения в деятельности страховых медицинских организаций в новой системе ОМС <i>S. Shishkin, S. Sazhina, E. Selezneva</i> Changes in the activities of health insurance companies in the reformed mandatory health insurance system.	32
<i>А.А. Низов, И.В. Успенская, Е.В. Манухина</i> Формирование рейтинга медицинских организаций в Рязанской области <i>A.A. Nizov, I.V. Uspenskaya, E.V. Manukhina</i> Forming the rating of medical institutions in the Ryazan region.	38

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

<i>О.Ю. Александрова, Я.А. Байн, Г.Г. Савзян</i> Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования – роль стандартов медицинской помощи <i>O.Y. Alexandrova, Y.A. Bayn, G.G. Savzyan</i> Expert medical examination for medical care quality in the system of Obligatory Medical Insurance – a role of medical service standards.	42
--	----

МЕТОДОЛОГИЯ ТАРИФОВ В ОМС

<i>А.В. Данилов, К.Б. Московченко</i> Некоторые аспекты внедрения общероссийской методологии определения тарифов на основе клинико-статистических групп на территории субъекта РФ, имеющего опыт оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, по групповым тарифам и за законченный случай лечения <i>A.V. Danilov, K.B. Moskovchenko</i> Several aspects of introduction of the All-Russian Methodology for Rates Determination based on clinical statistical groups in the RF Subject Territories experienced in the payment of medical care rendered in a 24-hour hospital into practice on group rates and for a completed case of treatment	48
--	----

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ	56
--	----

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Комментарий к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №536н от 06.08.2015 г.	66
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2015 г. № 536н «О внесении изменений в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н».	67

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в работе Евразийского женского форума в Санкт-Петербурге

24-25 сентября 2015 г., Санкт-Петербург



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в работе Евразийского женского форума в Санкт-Петербурге.

Форум особенно актуален в связи с углублением интеграционных процессов в рамках Евразийского экономического союза, СНГ и Шанхайской организации сотрудничества, а также ввиду все возрастающей роли женщин в решении как внутригосударственных, так и международных вопросов на Евразийском пространстве.

В рамках форума состоялась дискуссионная площадка «Женщины в формировании глобальной стратегии здоровья людей», в ходе которой эксперты здравоохранения из 13 стран мира обсудили вопросы международного сотрудничества в сфере охраны здоровья женщин и детей, в том числе были высказаны предложения помощи детям-беженцам. Также была затронута роль женщин в

формировании здорового образа жизни и тему сокращения распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний.

По итогам мероприятия состоялся брифинг для СМИ с участием председателя ФОМС, которая отметила уникальность формата Евразийского женского форума, на который «съехались красивые, умные, деятельные, энергичные женщины, которые любят свою страну и хотят, чтобы их страна была лучшей страной в мире».

Н.Н. Стадченко сделала акцент на том, что за последние годы в сфере обязательного медицинского страхования доступность медицинской помощи очень возросла вне зависимости от места проживания, и где у человека возникла необходимость обратиться в медицинскую организацию. Что касается иностранных граждан, то в рамках закона об обязательном медицинском страховании в РФ и об основах охраны здоровья граждан иностранцы

или граждане, временно проживающие в Российской Федерации, имеют такие же права на получение бесплатной медицинской помощи при условии получения полиса обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации: «Они могут бесплатно оформить полис ОМС, и при этом российское законодательство позволяет обратиться в страховую компанию, расположенную на территории этого города, где они находятся, в которую желают прийти и застраховаться. Из документов необходим только паспорт гражданина и документ, подтверждающий, что есть временная регистрация на территории Российской Федерации. На период этого времени проживания ему будет выдан полис ОМС единого образца, который действует на всей территории Российской Федерации».

Наталья Стадченко отметила, что впервые с 2013 года были изменены механизмы финансирования и в рамках программы государственных гарантий в части базовой программы обязательного медицинского страхования финансирование и стоимость медицинской помощи стала одинаковой на всей территории Российской Федерации, независимо от того, далекая ли это участковая больница или крупное учреждение города Москвы или Санкт-Петербурга, что обеспечивает равные права граждан на доступность медицинских услуг: «У нас очень большая страна, очень красивая, протянутая на десятки тысяч километров, поэтому у нас разная плотность в разных субъектах Российской Федерации, разная транспортная доступность, разные дороги, которые не учитывать тоже нельзя. Впервые с 2013 года финансирование в рамках системы ОМС учитывает эти особенности субъектов Российской Федерации, я приведу пример: на территории Краснодарского края, Ставропольского края, Ростовской области при определении объемов финансирования для региона коэффициент дифференциации - единица, а в субъектах Дальневосточного федерального округа

коэффициент дифференциации – 2,5-3, потому что там уже другая плотность населения, другие дороги, другая транспортная доступность, и это все учитывается».

На полях форума прошла встреча с представителями Республики Казахстан с участием заместителя Председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец. Итогом диалога стал совместный проект с Казахстаном в области обязательного медицинского страхования. Для этого будет сформирована рабочая группа, и по прогнозам экспертов, к 2017 году система ОМС будет реализована на территории Казахстана: «Мы уже начали сотрудничество с Республикой Казахстан в рамках методической помощи им. Нам есть что рассказать, потому что система обязательного медицинского страхования у нас в стране функционирует с 1993 года. Это стабильная система, в которой человек имеет право на оказание медицинской помощи вне зависимости от того, где он прописан, находится в командировке или на отдыхе в другом городе. Единственное, что нужно сделать обязательно – прикрепиться к поликлинике, которая выбирается гражданином для получения медицинской помощи на постоянной основе. Для этого нужно просто обратиться в эту поликлинику и написать на имя главного врача соответствующее заявление. Потому что у нас в стране существует замечательный участковый принцип, мы этим гордимся и это обсуждали на круглых столах, это завоевание нашей страны, и многие страны, в том числе США, уже переходят на участковый принцип по педиатрии, потому что в этом много положительных моментов, формирующих здоровое будущее поколение».

Второй международный форум «Виртуальная медицина - 2015»

29 сентября 2015 г., Москва



Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России

В Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России состоялся Второй международный форум «Виртуальная медицина - 2015». В работе форума приняли участие представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, специалисты ассоциаций медицинской информатики (ИМИА, ЕМИА, ВОЗ, НАМИ, АРМИТ и др.), ведущие IT-специалисты федеральных клинических центров, российских фирм и международных корпораций.

В приветствии участникам форума министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова подчеркнула, что использование информационных систем и технологий стало неотъемлемой частью современной жизни и сохраняет свою актуальность в повышении

доступности и качества оказания медицинской помощи, а также эффективности расходования финансовых средств в здравоохранении. Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, поставлена задача обеспечения эффективной информационной поддержки процесса управления системой оказания медицинской помощи, включая организацию персонализированной работы медицинских организаций с различными группами пациентов, с использованием мобильной связи, интернета, облачных технологий, повышение доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования в том числе телемедицинских консультаций и другое.

В.И. Скворцова также отметила, что в настоящее время особое внимание уделяется созданию ЕГИСЗ, электронной медицинской карты, дистанционному обучению врачей и управленцев в системе здравоохранения, подготовке менеджеров качества медицинской помощи и обеспечению лекарствами и медицинскими изделиями, развитию системы искусственного интел-

туальная медицина и mHealth». Были представлены презентации, отражающие современный уровень развития виртуальной и мобильной медицины в целях мониторинга показателей здоровья. Обсуждался опыт и конкретные примеры применения устройств mHealth для решения задач наблюдения за персональным и групповым здоровьем, вопросы эффективного менеджмента и финансового обеспечения дистанционной медицинской деятельности, повышение эффективности методов и инструментов индустрии здоровья путём ускоренного развития персонифицированной модели организации и финансирования медицинской помощи на основе актуальных информационно-коммуникационных технологий.

Это инструментарий интернета вещей (IoT), мобильной медицины (mHealth), телемедицины, дистанционного оказания медицинских консультативных услуг, виртуальной и дополненной реальности (в дополнение к ЕГИСЗ, ЕМИАС), финансово-экономические технологии (электронные платежи, различные формы медицинского и других видов личного страхования, персональные счета в медико-социальной системе РФ), расширение относительного и абсолютного объёма дистанционных профилактических, амбулаторных, стационарозамещающих видов помощи.



На фото: на трибуне Е.П. Какорина, директор департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России; в президиуме: Д.Д. Венедиктов, член корреспондент РАН; Ю.А. Нечепоренко, заместитель председателя ФОМС; П.П. Кузнецов, вице-президент Национальной ассоциации медицинской информатики, директор «Портала РАМН», председатель совета директоров Компании «Медстрах», профессор кафедры экономики и управления здравоохранения ГНИУ «Высшая школа экономики»

лекта и поддержки принятия клинических решений, виртуального непрерывного образования, виртуального отображения органов и тканей и 3D - печати органов и систем, виртуальной хирургии.

В рамках форума состоялось 60-е расширенное заседание Рабочей группы IT - с пециалистов РАМН «Вир-

Резолюция 60-го расширенного заседания рабочей группы IT-специалистов «Виртуальная медицина и mHealth»

На рабочей группе с участием сотрудников Минздрава России и Федерального фонда ОМС обсуждался опыт отечественных и зарубежных специалистов, присутствующих на IT-форумах 2014-2015 годов в Бразилии, Южной Корее, Японии, США, Китае, Индии, Норвегии, Дании, Швеции, Финляндии, Эстонии, Франции. Приветствие участникам направила министр здравоохранения России В.И. Скворцова.

Директор Национального медицинского портала Дании, представитель Samsung'a, маркетолог Британского дома сетевого дизайна выступили с презентациями дистанционных медицинских услуг, врачебных видеоконференций с применением смартфонов, планшетов.

Практические врачи в разных странах в настоящее время активно применяют данные, полученные с инструментов mHealth, из интернета вещей (IoT). Процесс лавинообразно развивается во всём мире, как правило, без участия менеджеров и органов управления здравоохранением.

Организаторами здравоохранения пока еще не востребованы более миллиона инструментов мобильной медицины (mHealth), интернета вещей (IoT), телемедицины, дистанционного оказания медицинских консультативных и информационных услуг, виртуальной и дополненной реальности. На рынке индустрии здоровья расширяется относительный и абсолютный объём дистанционных профилактических, амбулаторных, стационарозамещающих видов помощи. Особого внимания медицинских менеджеров ждут новейшие финансово-экономические технологии: электронные платежи, различные формы сочетания медицинского и прочих видов личного страхования, диверсификация рисков, перестрахование, персональные счета граждан.

Для становления российского сегмента глобальной системы индустрии здоровья, для организации полномасштабной дистанционной клиентоориентированной (персонализированной) медицинской помощи с применением средств mHealth, для сочетания различных групп (государственных и негосударственных) источников финансирования медицинских услуг необходимо задействовать три основных компонента:

- «электронный офис здоровья» (Health eOffice) - совокупность данных из медицинских и финансовых «личных кабинетов» пациента, застрахованного в сочетании с инструментами персонального менеджмента медицинских услуг и вариантами (каналами) их оплаты;
- медицинские контакт-центры – подразделения (основная часть фронт-офиса), управляющие навигацией дистанционных консультаций и натуральных объёмов помощи;
- программные и аппаратные платформы («шины») – сложные компьютерные программы, позволяющие сочетать данные, полученные с разнообразных внешних устройств, в том числе мобильной медицины и интернета вещей.

■ «Электронный офис здоровья» - многофункциональная, защищенная, гибкая среда (компьютерная программа) для интеграции персональной информации о здоровье физического лица. За основу берется базовая антропометрическая и морфофункциональная информация, дополняемая пожизненно накапливаемыми биомедицинскими данными, в том числе и в интегрированной электронной медицинской карте в рамках ЕГИСЗ и личном медицинском кабинете ЕМИАС г. Москвы.

Интеграция с удаленными источниками информации (в том числе базами данных) через инструменты мобильной медицины и интернета вещей обеспечивает поступление в «электронный офис здоровья» блоков данных биомедицинского, правового, финансового, социального и прочего характера. Гибкость функционала «электронного офиса здоровья» обеспечивается возможностью индивидуальных настроек и организацией авторизованного доступа к определенным блокам информации для третьих лиц, прежде всего, для медицинского контакт-центра «Виртуального госпиталя».

В Московском городском фонде ОМС разработана прозрачная (понятная застрахованному) система мониторинга персонального здоровья индивида в рамках ОМС г. Москвы. Обновлённый сайт фонда (mgfoms.ru) с

повышенным уровнем безопасности предназначен для пользования «Личным кабинетом застрахованного». Каждый застрахованный по ОМС может регулярно получать информацию об объеме полученной помощи, стоимости оказанных услуг во всех медицинских организациях, работающих в системе ОМС г. Москвы, данные о прикреплении к поликлинике. Предусмотрены возможности оценки качества и доступности медицинских услуг на территории г. Москвы, ввода контактных и жизненно важных данных, например, наличие хронических заболеваний. Предполагается, что онлайн-доступ к этой информации могут получать сотрудники бригад скорой помощи. Кроме основных функций, сайт Московского городского фонда ОМС предполагает возможность ведения застрахованным «Личного календаря» и «Дневника здоровья» с возможностью введения показателей для персонального контроля уровня здоровья.

■ Медицинский контакт-центр представляет собой основную часть фронт-офиса одной или группы организаций, оказывающих дистанционные и очные информационные и медицинские услуги, в том числе, возможно, с использованием средств mHealth. Это частично автоматизированная система обработки входящих и исходящих сообщений (посредством всех актуальных средств коммуникаций), а также – централизованного доступа к информационным ресурсам личного кабинета. Поступающие различными способами сообщения обрабатываются по заранее подготовленным алгоритмам лицами без медицинского образования. Операторы со средним и высшим медицинским образованием привлекаются по мере необходимости.

Специалистами клиник используются различные варианты личных кабинетов здоровья пациента. Сведения о состоянии здоровья физического лица содержат разрозненные базы данных. Врачу необходимо собрать в одном месте различные данные и показатели здоровья, в том числе от устройств мобильной медицины, от предметов интернета вещей и данные от традиционного медицинского диагностического оборудования. В эту систему важно интегрировать механизм поддержки принятия медицинских решений.

Центром «объединения» медицинских данных для пациента и его доверенного врача может стать интегрированная электронная медицинская карта ЕГИСЗ Российской Федерации в сочетании с электронным офисом здоровья «Виртуального госпиталя». Вовлечение индивида в процесс осознанного укрепления здоровья, наличие нужных данных в электронном офисе здоровья – качественно иной уровень организации и биллинга медицинской помощи. «Виртуальный госпиталь» – новая для России организационная и техническая модель взаимодействия врача и пациента. Её основа – техническая инфраструктура, позволяющая реализовать дистанционные услуги с учётом специфики работы семейных практик, организаций по управлению объёмами помощи и биллингом по разным группам источников финансирования (государственным и негосударственным).

■ Программная платформа («шина») – инструмент, предназначенный для обеспечения поступления информации от различных устройств mHealth в личный кабинет, для обработки информационных потоков, интеграции с базами данных государственных и частных структур (ЕГИСЗ, ЕМИАС, фондов ОМС, страховых компаний, частных клиник и проч.). Такие «шины» представляют собой классическое техническое средство для индивидуальной (домашней) телемедицины. Однако в условиях взрывного развития инструментов mHealth, интернета вещей, больших баз данных, ускоренного трафика (5G) требуется их быстрое и интенсивное развитие на национальном уровне и обеспечение функциональных характеристик:

- интегрированность – функция создания единой точки сбора информации об индивидууме, обеспечение процессов обмена, обработки и накопления информации;
- мобильность – функция доступа к информации «в нужном месте и в нужное время», взаимодействие с носимыми устройствами (прежде всего – биомедицинского характера), общая ориентированность на портативные компьютерно-коммуникационные средства;
- интероперабельность – функция «бесшовной» интеграции с любыми источниками информации и иными платформами.

Развитие сектора мобильного здравоохранения ставит вопрос о применении инструментов серьезной защиты безопасности данных пациентов при их передаче, обработке и хранении. В данном случае актуальны следующие свойства информационной безопасности: конфиденциальность, целостность и доступность.

Концепция мобильных технологий медицины (mHealth) и их использование в системе общественного здравоохранения значительно шире, чем простое применение малогабаритных медицинских приборов, «прикрепляемых» к человеческому телу. В действительности мобильные технологии постепенно приводят к изменению всей парадигмы системы общественного здравоохранения. Мобильные решения не только

трансформируют привычные финансовые схемы в медицине, в частности, оплату труда и знаний специалистов-медиков (с учётом систем поддержки принятия клинических решений типа IBM Watson), но и вынуждают пересмотреть набор существующих терапевтических подходов. Кроме того, мобильное здравоохранение имеет выраженный междисциплинарный характер, стимулируя развитие технологий, вроде бы напрямую не связанных с медициной. Отчасти благодаря мобильной медицине сейчас бурно разрабатываются неинвазивные сенсорные методы многоканального снятия медицинской информации, квантовые и нанодатчики, а также мобильная передача и обработка сигналов, основанная на новых программных решениях. Таким образом, измеряется распределенное состояние организма человека, в частности, контролируются параметры его нормального функционирования.

Однако в практике отечественного здравоохранения всё ещё мало используются мобильные технологии, позволяющие оперативно принимать правильные (оптимальные) врачебные решения и минимизировать возможность врачебных ошибок. Хотя потребность пациентов со смартфонами в мобильных решениях приводит к быстрому расширению числа разработчиков из других областей, не связанных с медициной. Возрастает число стартапов и технических специалистов, разрабатывающих без профессионалов «объективные» методы диагностики, инструменты планирования операций и терапии. Подготовленные ими продукты вызывают вопросы и нуждаются в экспертизе постановки задачи и её технической реализации.

На основе результатов дискуссии зарубежных и отечественных IT-специалистов и маркетологов с участием специалистов Национальной ассоциации медицинской информатики, Портала РАМН, страховых организаций, научно-исследовательских организаций, Федерального фонда ОМС, Минздрава России, Российской академии наук сформулированы и обобщены следующие предложения для органов исполнительной и законодательной власти в сфере здравоохранения по развитию услуг мобильной медицины:

1. Адаптировать инфраструктуру и бизнес-процессы к быстрым изменениям. Мобильная медицина (mHealth) и интернет вещей (IoT) изменяют каналы сбора и структуру базы медицинских и финансовых данных в глобальной системе общественного здравоохранения, в её быстро растущем российском сегменте. Изменения особенно выражены на уровне персонализированного учёта услуг и финансов. Индустрия здоровья становится всё более значимым сегментом глобальной и национальной экономики, выходя далеко за пределы общественной системы здравоохранения и социальной защиты населения.
2. Пользоваться «точками компетенции»: информационными ресурсами национальных и международных ассоциаций медицинской информатики – общественных организаций, координирующих действия участников рынка средств и услуг мобильной медицины.
3. Обеспечить унификацию требований к базовому функционалу, подготовить нормативно-справочную информацию для ведения «электронного офиса здоровья», «виртуального госпиталя» и медицинского контакт-центра. Национальной ассоциации медицинской информатики целесообразно предложить совместно с провайдером медицинских, банковских, страховых, информационно-коммуникационных услуг подготовить структуру, технические требования и прочую нормативно-справочную информацию для эффективной деятельности типовых бизнес-процессов «виртуального госпиталя», медицинского контакт-центра, «электронного офиса здоровья». Нормативные документы должны предусматривать унификацию требований к базовому функционалу, личным кабинетам, программно-аппаратной инфраструктуре, рекомендации по кадровому и ресурсному обеспечению, защите персональных данных.
4. Рекомендовать к распространению опыт Московского городского фонда ОМС по персональному мониторингу здоровья через личный кабинет застрахованного на сетевом ресурсе.
5. Создать условия для формирования библиотеки по применению устройств и программ мобильной медицины. Используя методологию доказательной медицины, разработать рекомендации по применению инструментов мобильной медицины (mHealth) и интернета вещей (IoT) в практическом здравоохранении с учетом опыта Великобритании и Германии.
6. Способствовать внедрению в практику российского здравоохранения дистанционных технологий, позволяющих оперативно принимать оптимальные врачебные решения и минимизировать возможность врачебных ошибок.
7. Интенсифицировать подготовку медицинских сестёр и врачей по специально разработанным учебным программам (информационные и дистанционные технологии, мобильные решения в медицине) для коррекции сложившегося «перекоса» среди постановщиков задач при разработке инструментов мобильной медицины.

8. Разработать типовые требования к программной платформе («шине») для сбора, анализа, хранения и обмена персональными биомедицинскими данными как к инструменту персонифицированного подхода в организации системы общественного здравоохранения.
9. В рамках экспертного совета IT-специалистов Минздрава России создать рабочую группу для координации и согласования материалов информационной безопасности использования мобильной медицины.
10. Систематизировать подходы и модели оплаты услуг мобильной медицины в системе социальной защиты и страхования (прежде всего ОМС), подготовить предложения Федеральному фонду ОМС, Минздраву России для внесения изменений в нормативно-правовую базу. Организаторам здравоохранения совместно со страховщиками, финансистами, другими заинтересованными специалистами подготовить пакет нормативно-справочной информации по использованию всех возможных источников оплаты медицинских услуг в рамках одного страхового случая или одного эпизода оказания медицинской помощи.
11. Разработать предложения и дополнения в текст описания «Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» Российской Федерации в виде медико-технических требований-заданий на сбор, обработку, передачу, организацию, представление, использование данных, изображений и текстов, полученных от устройств мобильной медицины, для решения задач медицинских организаций всех хозяйственно-правовых форм и видов собственности, региональных и федеральных законодательных и исполнительных органов власти в сфере здравоохранения.

29 сентября 2015 г.

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Устюгов Антон Владимирович, назначен на должность начальника Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании приказа ФОМС от 14.10.2015 г. № 279-л.

Устюгов А.В. родился 9 апреля 1980 года в Свердловске. В 2003 году окончил Уральскую государственную медицинскую академию по специальности «Лечебное дело», в 2004 году - интернатуру по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Регулярно повышал квалификацию по специальности в Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России и Государственном университете управления. Проходил стажировку по вопросам организации и финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в Германии, Швеции, Нидерландах.

С 2002 по 2009 гг. - врач-интерн, врач-методист в ГУЗ Свердловской области детской клинической больнице восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум».

С 2009 по 2015 гг. – главный специалист-эксперт отдела научно-исследовательских работ, начальник отдела анализа системы ОМС и сопровождения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В 2011 году награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2014 году награжден памятным знаком «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым



Карпеев Андрей Юрьевич, 1980 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым на основании Распоряжения Совета министров Республики Крым от 29.09.2015 г. №902-р.

Карпеев А.Ю. в 2002 г. окончил Рязанский филиал Военного университета связи.

В 2008 г. окончил Федеральное образовательное учреждение профессионального образования «Финансовая академия при Правительстве Российской Федерации».

В 2009 г. окончил Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский финансово-правовой институт».

В 2009 г. прошел обучение в Швеции, Дании на базе образовательного учреждения «Консалтинговый центр» по программе «Ознакомление с правовыми основами защиты прав пациентов и застрахованных в системе здравоохранения и медицинского страхования в Швеции и Дании».

С 2005 по 2015 гг. работал в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования в отделе контрольно-ревизионного управления (главный специалист, ведущий специалист, ведущий специалист 2 разряда, заместитель начальника отдела, начальник отдела, заместитель начальника КРУ ФОМС).

Награжден Почетной грамотой Федерального фонда ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики



Джанкезов Айдемир Сеитбиевич, 1971 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на основании Постановления Правительства Карачаево-Черкесской Республики от 28.09.2015г. №96.

Джанкезов А.С. в 1997 г. окончил Ростовский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело». С 1997 г. по 1999 г. – целевая клиническая ординатура по хирургии. С 1999 г. по 2002 г. – целевая очная аспирантура по хирургии, к.м.н. . С 2002 г. по 2003 г. – хирург Республиканского диагностического центра. С 2003 г. по 2004 г. – преподаватель хирургии в Карачаево-Черкесском медицинском колледже. С 2004 г. по 2006 г.– врач-хирург, заведующий операционным отделением Усть-Джегутинской центральной районной больницы. С 2006 г. по 2011 г. – заместитель главного врача по хирургии общепольничного медицинского персонала. С 2011 г. по 2015 г. – главный врач РГБЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан



Сулейманов Магомед Валибагандович, 1959 г.р , назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан на основании Распоряжения Правительства Республики Дагестан от 28.10.2015 г. № 437-р.

Сулейманов М.В. в 1989 г. окончил Московский кооперативный институт по специальности «Экономика торговли». Имеет высшее юридическое образование по специальности «Юриспруденция». С 1977 по 1993 г. работал на руководящих должностях в потребкооперации. С 1994 по 1997 гг. - председатель Правления КБ «Избербаш», управляющий отделением Махачкалапромстройбанка. С 1997 по 2007 гг. - глава администрации, глава муниципального образования г. Избербаша. Депутат Народного Собрания Республики Дагестан 2, 4 и 5 созывов. С апреля 2007 по март 2010 гг. - председатель Народного Собрания Республики Дагестан. С 18 марта 2010 г. - директор Республиканского фонда обязательного медицинского страхования «Дагестан». С апреля 2014 г. по 9 июля 2015 г. - и.о. главы администрации г. Махачкалы.

Заслуженный экономист Республики Дагестан. Председатель Попечительского совета Дома детства № 8 г. Избербаша, попечитель Детского центра восстановительной медицины и реабилитации г. Махачкалы.

Награжден орденами Дружбы, «За заслуги перед Отечеством» IV степени , «За заслуги перед Республикой Дагестан».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области



Мочалов Дмитрий Владимирович, 1964 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области на основании распоряжения Администрации Липецкой области от 10.04.2015 г. №122-рл.

В 1987 году окончил Воронежский государственный медицинский институт имени Н.Н. Бурденко по специальности «Врач», в 1996 году окончил Воронежский государственный аграрный университет по специальности «Экономист финансовых и налоговых структур».

1987-1988 гг. – врач-интерн медико-санитарной части «Свободный Сокол»; 1988-1990 гг. – врач-травматолог МСЧ завода «Свободный Сокол»; 1990-1991 гг. – секретарь комсомольской организации медицинских учреждений; 1991-1992 гг.- заместитель главного врача по лечебной части Липецкой центральной районной больницы; 1992-1993 гг. – врач-травматолог медсанчасти НЛМК; 1993-1995 гг. – заместитель директора по общим вопросам и экономике ТОО фирмы «Здоровье»; 1995-1996 гг. –

главный врач областного бронхо-легочного санатория «Лесная сказка»; 1996-1999 гг.- заместитель генерального директора ОАО «Липецк Лада»; 1999-2000 гг. – доверенный врач ОАО «Липецк Лада»; 2000-2003 гг. – директор Липецкого филиала некоммерческой организации «Российский Фонд Культуры»; В 2003 году директор МСК филиал ОАО «Липецкэнерго»; 2003-2010 гг. – директор некоммерческого учреждения «Учебно-производственный и медико-профилактический центр «Липецкэнерго»; 2010-2015 гг. – заместитель главы администрации Липецкой области.

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены награды

За активную и безупречную работу в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования, проявленные при этом высокий профессионализм, новаторство и инициативу награждены Памятным знаком «За заслуги в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации»:



Козлов Виктор Георгиевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области



Краснопёрова Юлия Станиславовна - заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области

За добросовестный труд в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации награждены Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования:



Луговой Валерий Васильевич – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области



Федяинов Владимир Ильич – главный специалист-эксперт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Москва



И.В. Соколова

Федеральный закон от 5 октября 2015 года утвердил исполнение бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год.

Бюджет исполнен в соответствии с целями, поставленными Федеральным законом от 2 декабря 2013 года № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

За 2014 год доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования составили 1 250,5 млрд. рублей, или 100,8 % от утвержденного годового объема (1 240,1 млрд. рублей) и увеличились по сравнению с 2013 годом на 149,2 млрд. рублей, или на 13,5%.

Расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год исполнены в сумме 1 268,7 млрд. рублей, или 102,3% к утвержденному объему (1 240,1 млрд. рублей).

Объем межбюджетных трансфертов, полученных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году из федерального бюджета, составил 28,6 млрд. рублей (100% от запланированного объема).

Объем межбюджетных трансфертов, переданных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в соответствии с представленными заявками составил 17,98 млрд. рублей (94,5%).

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год сбалансирован за счет переходящих остатков по состоянию на 1 января 2014 года в размере 18,1 млрд. рублей.

Основные показатели исполнения бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год характеризуются следующими данными (табл. 1).

Таблица 1

Основные показатели исполнения бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год

(млрд. рублей)

Основные показатели	Утверждено на 2014 год Федеральным законом от 2 декабря 2013 г. № 321-ФЗ	Кассовое исполнение за 2014 год	Кассовое исполнение в % к Федеральному закону от 2 декабря 2013 г. № 321-ФЗ
Доходы - всего	1 240,1	1 250,5	100,8
Расходы - всего	1 240,1	1 268,7	102,3

Доходы бюджета Федерального фонда ОМС в 2014 году

Млрд. рублей

Наименование	Утверждено Федеральным законом от 02.12.2013 № 321-ФЗ	Исполнено за 2014 год	% выполнения
ДОХОДЫ	1 240,1	1 250,5	100,8
из них:			
Страховые взносы на ОМС:			
работающего населения	733,2	740,2	100,9
неработающего населения	478,3	478,3	99,97
Трансферты из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов	28,6	28,6	100,0

Уплата страхователями (органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации) страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2014 году осуществлялась по нормам Федеральных законов от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения уплачивались исходя из тарифа 18 864,6 рублей с применением

понижающего коэффициента в размере 0,9000, коэффициента дифференциации, установленного в приложении 1 к Федеральному закону от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ для каждого субъекта Российской Федерации и города Байконур, и с соблюдением требований, установленных пунктом 3 части 7 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения за 2014 год поступили в сумме 478,3 млрд. рублей с ростом на 92,5 млрд. рублей, или на 24% по сравнению с 2013 годом.

В целом страховых взносов на обязательное медицинское страхование за 2014 год поступило 1 218,4 млрд. рублей, или 100,6% от годового планируемого объема, и увеличились по сравнению с 2013 годом на 145,3 млрд. рублей, или на 13,5%.

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета

Средства федерального бюджета, переданные Федеральному фонду обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование для отдельных категорий страхователей составили 28,6 млрд. рублей. В общих доходах бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования их доля незначительна и составляет 2,3%.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование

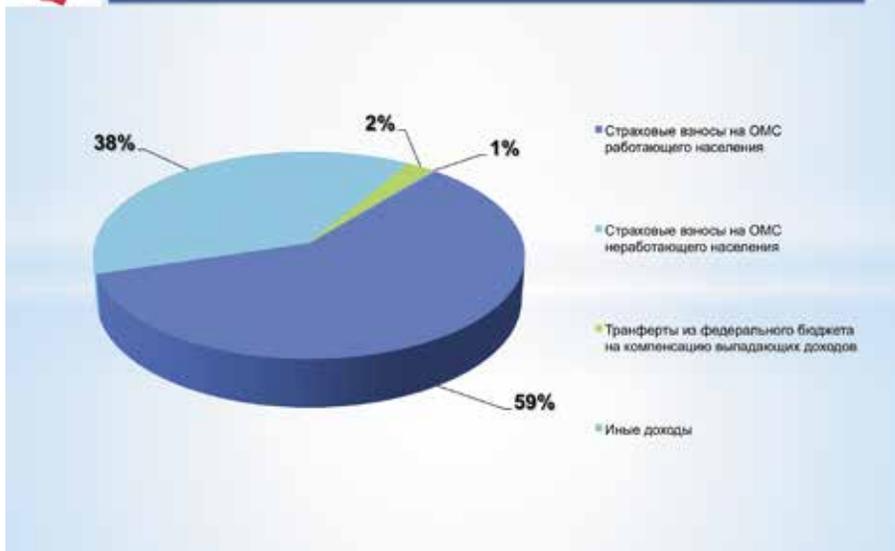
Уплата страхователями (работодателями) страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в 2014 году осуществлялась по нормам Федерального закона от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения уплачивались страхователями по тарифу 5,1% с предельной величины базы для начисления страховых взносов в отношении каждого физического лица в сумме 624 тыс. рублей.

Отдельные категории плательщиков уплачивали страховые взносы по пониженным тарифам, установленным статьями 58 и 58.1 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ. В этих случаях выпадающие доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации компенсировались за счет ассигнований федерального бюджета.

Общий объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения за 2014 год составил 740,2 млрд. рублей, что на 0,9% превысило запланированный объем, и увеличился по сравнению с 2013 годом на 52,8 млрд. рублей или на 7,7%. Коэффициент сбора указанных страховых взносов с учетом погашения задолженности по страховым взносам за расчетные периоды, истекшие до 2014 года, составил 0,984.

Структура доходов бюджета Федерального фонда ОМС в 2014 году



Расходы бюджета Федерального фонда ОМС в 2014 году

Млрд. рублей

Наименование	Утверждено Федеральным законом от 02.12.2013 № 321-ФЗ	Уточненная бюджетная роспись на 2014 год	Исполнено за 2014 год	% выполнения	
				Федерального закона от 02.12.2013 № 321-ФЗ	уточненной бюджетной росписи
РАСХОДЫ	1 240,1	1 366,8	1 268,7	102,3	92,8
из них:					
Субвенция на выполнение базовой программы ОМС	1 174,3	1 174,3	1 173,9	99,97	99,97
Родовой сертификат	19,0	19,0	17,98	94,5	94,5
Мероприятия по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров		52,7	47,2		89,6
Оплата медицинской помощи, оказанной федеральными государственными учреждениями		24,4	24,4		100,0
Единовременные компенсационные выплаты		2,9	1,7		56,8

На осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полномочий по организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в 2014 году бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставлены субвенции в размере 1 173, 9 млрд. рублей, что составляет 99,97% от утвержденного годового объема, с ростом на 148,5 млрд. рублей, или 14,5% по сравнению с уровнем 2013 года. Субвенции не перечислены в полном объеме в связи с неисполнением условия, предусмотренного частью 2 статьи 4 Федераль-

ного закона, в декабре 2014 года Республикой Северная Осетия – Алания.

Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году был сформирован в размере 119,7 млрд. рублей. За счет средств нормированного страхового запаса планировалось осуществить:

- финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральному агентству научных организаций, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации и Управлению делами Президента Российской Федерации, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в размере 24,4 млрд. рублей;
- изготовление и доставку полисов обязательного медицинского страхования единого образца в размере 2,9 млрд. рублей;
- единовременные компенсационные выплаты в размере 2,9 млрд. рублей.

Кассовые расходы на изготовление и доставку полисов обязательного медицинского страхования единого образца со-

ставили 2,7 млрд. рублей. В 2014 году было изготовлено и доставлено в территориальные фонды обязательного медицинского страхования более 34 млн. штук полисов, из них электронных около 8 млн. штук, бумажных более 26 млн. штук.

Финансирование единовременных компенсационных выплат осуществлялось в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 года № 2542-р «О распределении в 2014 году иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях

осуществления в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в порядке и на условиях, установленных статьей 51 названного Федерального закона и на основании заявок уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Кассовые расходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на указанные цели составили 1,7 млрд. рублей (56,8 % от бюджетных ассигнований, утвержденных уточненной сводной бюджетной росписью). На работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки в 2014 году были привлечены 3,4 тыс. медицинских работников.

Кассовые расходы на предоставление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральному агентству научных организаций, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации и Управлению делами Президента Российской Федерации, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования составили 24,4 млрд. рублей (100% от утвержденных уточненной сводной бюджетной росписью объемов).

Финансовое обеспечение расходов на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также на проведение профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни осуществлялось в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни».

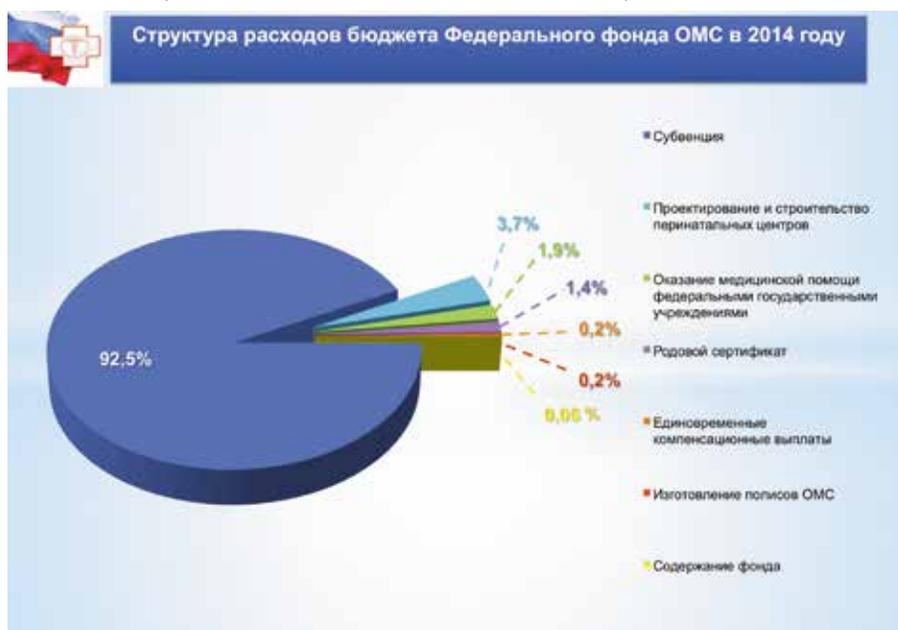
На указанные цели бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации перечислено в 2014 году согласно заявкам 17,98 млрд. рублей (94,5%

от утвержденного объема). Общее количество родовых сертификатов, предъявленных к оплате по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни составило свыше 5,8 млн. штук.

Средства использовались медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, и медицинскими организациями, оказывающими стационарную помощь женщинам и новорожденным в период родов и послеродовой период, на оплату труда, а также на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

Вышеуказанные мероприятия позволили укрепить материально-техническую базу женских консультаций и родильных домов в целях улучшения качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Финансовое обеспечение реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров, предусмотренных частью 2 статьи 6 Федерального закона от 2 декабря 2013 года № 321-ФЗ, в 2014 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования осуществлялось в соответствии с соглашениями, заключенными высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в порядке и на условиях, установленных постановлением Правительства Российской



Федерации от 15 февраля 2011 года № 85. На указанные цели уточненной сводной бюджетной росписью были предусмотрены бюджетные ассигнования в размере 52,7 млрд. рублей.

Кассовые расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на указанные цели составили 47,2 млрд. рублей, или 89,6% от объема, предусмотренного уточненной сводной бюджетной росписью. Субсидии не перечислены в полном объеме пяти субъектам Российской Федерации – это Архангельская область, Сахалинская область, Челябинская область, Красноярский край и Республика Саха (Якутия), так

как указанные субъекты Российской Федерации не выполнили в полном объеме условия, установленные правилами финансового обеспечения в 2011-2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 года № 85.

Для корреспонденции:

Соколова Ирина Васильевна – 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, (495) 987-08-80 доб. 1003. 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) 987-03-86, (495) 987-08-80 add. 1003. E-mail: isokolova@ffoms.ru



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 5 октября 2015 года № 281-ФЗ

МОСКВА

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2014 ГОД

*Принят Государственной Думой 18 сентября 2015 года
Одобен Советом Федерации 30 сентября 2015 года*

Статья 1

1. Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2014 год со следующими основными показателями:

- 1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 250 545 092,4 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 28 550 000,0 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 268 657 774,1 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 981 835,7 тыс. рублей;
- 3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 18 112 681,7 тыс. рублей.

2. Утвердить источник финансирования дефицита бюджета Фонда за счет остатков средств бюджета Фонда в сумме 18 112 681,7 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2014 год:

- 1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2014 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;
- 2) структура расходов бюджета Фонда за 2014 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;
- 3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2014 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;
- 4) распределение субвенций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, за 2014 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Москва, Кремль
5 октября 2015 года
№ 281-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Приложение 1
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2014 год»

**ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2014 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы, всего			1 250 545 092,4
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	1 219 975 848,4
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	1 218 440 563,2
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 160	1 218 440 563,2
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	1 02 02100 08 0000 160	1 218 440 563,2
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02101 08 0000 160	740 156 882,6
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	395	1 02 02102 08 0000 160	478 283 680,6
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	4 008,6
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	-2 123,0
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 01 0000 110	-2 590,0
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01012 01 0000 110	-2 590,0
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 01 0000 110	225,7
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 01022 01 0000 110	225,7
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01030 01 0000 110	241,3
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 02 0000 110	6 100,9
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 02020 02 0000 110	6 100,9
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 01 0000 110	30,7

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	30,7
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	183 069,6
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	68 974,8
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	68 974,8
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	114 079,0
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	114 079,0
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 09 11000 02 0000 110	15,8
Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 09 11020 02 0000 110	15,8
Доходы от использования имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности	000	1 11 00000 00 0000 000	1 340 474,5
Доходы от размещения средств бюджетов	000	1 11 02000 00 0000 120	1 340 474,5
Доходы от размещения временно свободных средств фондов обязательного медицинского страхования	000	1 11 02070 00 0000 120	1 340 474,5
Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 11 02071 08 0000 120	1 340 474,5
Доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	12,0
Доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02000 00 0000 130	12,0
Прочие доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02990 00 0000 130	12,0
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 02998 08 0000 130	12,0
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	7 720,5
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджетов государственных внебюджетных фондов)	000	1 16 20000 00 0000 140	4 090,0
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)	151	1 16 20030 08 0000 140	88,2
Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»	392	1 16 20050 01 0000 140	4 001,8
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба	000	1 16 90000 00 0000 140	3 630,5

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 90080 08 0000 140	3 630,5
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	30 569 244,0
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	28 550 000,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 05000 00 0000 151	28 550 000,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	2 02 05600 08 0000 151	28 550 000,0
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 05608 08 0000 151	28 550 000,0
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации и организациями остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 000	2 026 428,6
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 151	2 026 428,6
Доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 06000 00 0000 151	2 026 428,6
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 06030 08 0000 151	2 026 428,6
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 19 00000 00 0000 000	-7 184,6
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов	000	2 19 06000 00 0000 151	-7 184,6
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов в федеральный бюджет	000	2 19 06010 00 0000 151	-7 184,6
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 19 06013 08 0000 151	-7 184,6

Приложение 2
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2014 год»

**СТРУКТУРА РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ЗА 2014 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации				Кассовое исполнение
	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 268 657 774,1
Общегосударственные вопросы	01	00			618 195,8
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			18 100,7
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	01	08	73 0 0000		18 100,7
Международное сотрудничество	01	08	73 5 0000		18 100,7
Софинансирование, связанное с реализацией соглашений с международными финансовыми организациями, в рамках международного сотрудничества по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	73 5 2796	800	12 800,0
Реализация направления расходов в рамках международного сотрудничества по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	08	73 5 9999	200	1 373,3
Реализация направления расходов в рамках международного сотрудничества по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	73 5 9999	800	3 927,4
Другие общегосударственные вопросы	01	13			600 095,1
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	01	13	73 0 0000		600 095,1
Выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	01	13	73 2 0000		600 095,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках выполнения функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	73 2 0059	100	214 060,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках выполнения функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	13	73 2 0059	200	376 296,0

Наименование	Код бюджетной классификации				Кассовое исполнение
	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках выполнения функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	73 2 0059	800	9 739,1
Образование	07	00			8 977,6
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			8 977,6
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	07	05	73 0 0000		8 977,6
Выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	07	05	73 2 0000		8 977,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках выполнения функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	07	05	73 2 0059	200	8 977,6
Здравоохранение	09	00			1 267 970 145,0
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 267 970 145,0
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	09	09	73 0 0000		1 267 970 145,0
Реализация государственных функций в области социальной политики	09	09	73 1 0000		1 194 647 103,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках реализации государственных функций в области социальной политики по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	09	09	73 1 0059	200	2 737 337,0
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 реализации государственных функций в области социальной политики по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 1 3964	500	17 981 835,7
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в рамках реализации государственных функций в области социальной политики по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 1 5093	500	1 173 927 930,9
Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования	09	09	73 3 0000		24 484 153,8

Наименование	Код бюджетной классификации				Кассовое исполнение
	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями медицинской помощи в рамках нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 3 5138	500	24 409 519,4
Финансовое обеспечение мероприятий по организации обязательного медицинского страхования, в том числе, мероприятий по информатизации медицинских организаций в рамках нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 3 6855	500	74 634,4
Реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения	09	09	73 4 0000		47 174 391,8
Реализация программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений в рамках реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 4 5230	500	47 174 391,8
Социальные выплаты	09	09	73 7 0000		1 664 495,8
Иные межбюджетные трансферты на осуществление единовременных выплат медицинским работникам в рамках социальных выплат по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 7 5136	500	1 664 495,8
Социальная политика	10	00			60 455,7
Социальное обеспечение населения	10	03			60 455,7
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	10	03	73 0 0000		60 455,7
Социальные выплаты	10	03	73 7 0000		60 455,7
Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения в рамках социальных выплат по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	10	03	73 7 3594	300	60 455,7

ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2014 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			18 112 681,7
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	18 112 681,7
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	18 112 754,3
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-1 320 751 829,0
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-1 320 751 829,0
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-1 320 751 829,0
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-1 320 751 829,0
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	1 338 864 583,3
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	1 338 864 583,3
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	1 338 864 583,3
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	1 338 864 583,3
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	-72,6
Курсовая разница	000	01 06 03 00 00 0000 000	-72,6
Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 03 00 08 0000 171	-72,6
Прочие источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 06 00 00 0000 000	0,0
Увеличение прочих источников финансирования дефицитов бюджетов за счет иных финансовых активов	000	01 06 06 00 00 0000 500	-68 392 498,0
Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	01 06 06 00 08 0000 500	-68 392 498,0
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 510	-68 392 498,0

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного ад- министрато- ра источника финансиро- вания	источника финансирования	
Уменьшение прочих источников финансирования дефицитов бюджетов за счет иных финансовых активов	000	01 06 06 00 00 0000 600	68 392 498,0
Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	01 06 06 00 08 0000 600	68 392 498,0
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	394	01 06 06 01 08 0000 610	68 392 498,0

Приложение 4
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2014 год»

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗА 2014 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование получателя субвенции	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	1 173 927 930,9
Республика Адыгея (Адыгея)	2 793 946,8
Республика Алтай	2 517 830,4
Республика Башкортостан	30 858 318,8
Республика Бурятия	9 785 945,1
Республика Дагестан	18 794 680,8
Республика Ингушетия	2 900 849,0
Кабардино-Балкарская Республика	5 325 734,6
Республика Калмыкия	2 094 504,1
Карачаево-Черкесская Республика	2 871 432,5
Республика Карелия	7 568 493,8
Республика Коми	11 481 860,3
Республика Марий Эл	4 824 072,6
Республика Мордовия	5 570 424,7
Республика Саха (Якутия)	17 379 317,7
Республика Северная Осетия - Алания	4 442 784,5
Республика Татарстан (Татарстан)	25 624 248,9

Наименование получателя субвенции	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Республика Тыва	4 056 471,1
Удмуртская Республика	11 793 424,4
Республика Хакасия	5 370 287,7
Чеченская Республика	8 494 995,0
Чувашская Республика - Чувашия	8 640 379,0
Алтайский край	18 865 091,2
Забайкальский край	11 197 385,2
Камчатский край	5 915 888,0
Краснодарский край	35 322 524,0
Красноярский край	31 115 463,0
Пермский край	21 383 904,3
Приморский край	18 460 216,6
Ставропольский край	18 890 613,7
Хабаровский край	15 719 828,8
Амурская область	8 487 068,6
Архангельская область	14 377 502,6
Астраханская область	7 032 389,6
Белгородская область	10 596 653,5
Брянская область	8 621 761,2
Владимирская область	9 611 912,3
Волгоградская область	17 609 172,1
Вологодская область	9 359 140,1
Воронежская область	16 228 167,2
Ивановская область	7 313 688,5
Иркутская область	25 241 396,6
Калининградская область	6 556 098,9
Калужская область	6 979 586,0
Кемеровская область	21 906 410,1
Кировская область	9 918 695,0
Костромская область	4 693 184,5
Курганская область	6 921 266,8
Курская область	7 831 823,8
Ленинградская область	9 922 871,5
Липецкая область	8 196 763,3
Магаданская область	3 155 841,1
Московская область	57 904 814,2
Мурманская область	10 770 926,5
Нижегородская область	22 787 217,6
Новгородская область	4 351 903,7
Новосибирская область	21 392 690,1
Омская область	15 168 740,8
Оренбургская область	15 378 261,4
Орловская область	5 612 318,1
Пензенская область	9 409 951,6
Псковская область	4 627 653,5

Наименование получателя субвенции	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Ростовская область	28 147 049,2
Рязанская область	8 081 826,3
Самарская область	22 289 991,2
Саратовская область	17 426 050,0
Сахалинская область	7 725 510,9
Свердловская область	34 564 328,1
Смоленская область	6 736 420,7
Тамбовская область	7 110 258,2
Тверская область	9 306 237,6
Томская область	10 608 253,5
Тульская область	10 542 979,6
Тюменская область	12 362 538,0
Ульяновская область	8 890 270,0
Челябинская область	26 754 033,4
Ярославская область	9 142 486,6
Город Москва	123 377 405,8
Город Санкт-Петербург	41 333 674,4
Еврейская автономная область	1 796 741,5
Ненецкий автономный округ	693 906,5
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	19 865 997,0
Чукотский автономный округ	1 063 048,4
Ямало-Ненецкий автономный округ	7 729 570,4
Город Байконур	352 566,2

УДК 614.2

Изменения в деятельности страховых медицинских организаций в новой системе ОМС

С.В. Шишкин, С.В. Сажина, Е.В. Селезнева

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва



С.В. Шишкин



С.В. Сажина



Е.В. Селезнева

Резюме

Данные опросов руководителей страховых медицинских организаций, проведенных в 2012 г. и 2014 г., свидетельствуют, что значительную часть этих организаций уже неправомерно считать пассивными посредниками в движении финансовых потоков. Но их влияние на планирование объемов медицинской помо-

щи в системе ОМС и на улучшение ее качества остается небольшим.

Ключевые слова: страховые медицинские организации, планирование объемов медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи.

Abstract

Changes in the activities of health insurance companies in the reformed mandatory health insurance system

S. Shishkin, S. Sazhina, E. Selezneva

The National Research University – Higher School of Economics

The paper introduces to results of sociological surveys of heads of insurance companies working under mandatory health insurance system. The surveys were carried out by the National Research University «Higher School of Economics» in 2012 (joint with the Federal Obligatory Medical Insurance Fund) and in 2014. Data analysis shows that a considerable part of these organizations hasn't

already serves only passive middlemen in the allocation of funds. But their impact on planning of medical care volume in the mandatory health insurance system and on improvement of quality of medical care is very modest.

Key words: health insurance company, planning of medical care volume, management of quality of medical care.

Роль страховых медицинских организаций (СМО) в российской системе обязательного медицинского страхования (ОМС) с момента ее создания выступает предметом большого общественного внимания и горячих дискуссий [1-4]. В системе ОМС, действовавшей до 2011 г., эта роль справедливо квалифицировалась как роль пассивного финансового посредника в движении финансовых средств от территориального фонда ОМС к медицинским организациям. У СМО практически не было возможностей влиять на распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в ОМС, на эффективность использования ресурсов в системе ОМС [5, 6].

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ внес ряд существенных изменений в условия деятельности страховых медицинских организаций, направленных на повышение их роли в системе ОМС. Речь идет о расширении их возможностей участвовать в планировании объемов медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС, возможностей влиять на совершенствование качества медицинской помощи.

В какой мере эти возможности используются? Что реально изменилось в деятельности СМО после принятия закона? Первая попытка дать развернутый ответ на этот вопрос была предпринята в исследовании деятельности СМО, проведенном в 2012 г. НИУ «Высшая школа экономики» в сотрудничестве с Федеральным фондом ОМС [3]. В 2014 г. НИУ ВШЭ вновь провел исследование деятельности СМО с аналогичной целью получения ответов на

сформулированные выше вопросы.

В 2012 г. общее число респондентов (ими выступали также филиалы СМО в субъектах РФ) составило 289. В 2014 г. заполненные анкеты были получены от 95 страховых медицинских организаций и филиалов СМО. При сравнении полученных данных в 2014 и 2012 гг. далее будут использоваться ответы тех СМО, которые приняли участие в обоих обследованиях. Всего эта выборка включает 78 страховых медицинских организаций и филиалов СМО, работающих в 50 субъектах РФ.

Участие СМО в планировании объемов медицинской помощи

Закон № 326-ФЗ предусматривает право СМО принимать участие в планировании объемов медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальных программ ОМС, посредством участия в работе комиссий по разработке территориальной программы ОМС. Результаты опросов 2012 и 2014 гг. показывают рост вовлеченности СМО в работу этих комиссий. Если в первом опросе об этом сообщили половина респондентов (51%), то по данным второго опроса, эта доля достигла 93% (рис. 1).

В чем состояло это участие? В опросе 2014 г. выяснялось, какова была роль СМО в 2013 и 2014 гг.:

а) в определении плановых объемов медицинской помощи застрахованным в территориальной программе ОМС;

б) в определении объемов медицинской помощи, оплачиваемых из средств ОМС, для конкретных медицинских организаций.

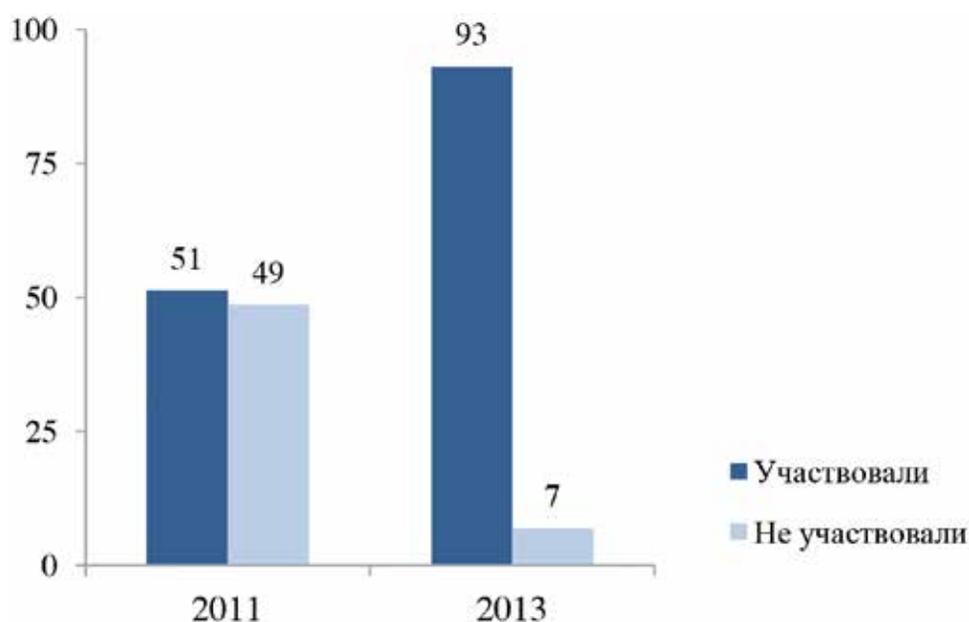


Рис. 1. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Участвовала ли Ваша организация (филиал) в 2011 г. (2013 г.) в работе Комиссии по разработке территориальной программы ОМС?» Источник: опросы СМО в 2012 г. и в 2014 г.



Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Принимала ли Ваша организация (филиал) участие в определении объемов медицинской помощи, которые устанавливаются в территориальной программе ОМС?» Источник: опрос СМО в 2014 г.

Полученные ответы показали, что более чем две трети СМО участвовали в определении плановых объемов медицинской помощи застрахованным (рис. 2). Половина СМО участвовали в этом непосредственно и около пятой части – через представителей Ассоциации страховых медицинских организаций. Стоит отметить, что в 2014 г. доля непосредственных участников этого процесса планирования несколько выросла по сравнению с 2013 г.

Несколько более результативным является участие СМО в определении плановых объемов медицинской помощи для конкретных медицинских организаций. Доля СМО, которые непосредственно участвовали в этом процессе, выросла с 53% в 2013 г. до 62% в 2014 г. (рис. 3). О

своем неучастии в такой деятельности в 2013 г. заявили 27% ответивших, в 2014 г. – 24%. Остальные СМО участвовали через представителей Ассоциации страховых медицинских организаций. Почти две трети респондентов считают, что их участие повлияло на устанавливаемые объемы (рис. 4).

Данные проведенного опроса показывают, что представление о пассивности СМО в улучшении организации ОМС и оказания медицинской помощи застрахованным далеки от действительности. От четверти до половины СМО направляют различные предложения по этим вопросам в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС (рис. 5).



Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Принимала ли Ваша организация (филиал) участие в определении плановых объемов медицинской помощи для конкретных медицинских организаций?» Источник: Опрос СМО в 2014 г.

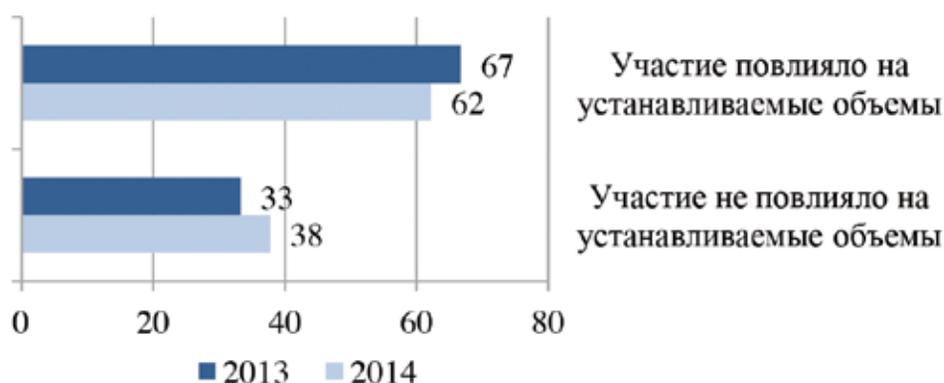


Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете результаты Вашего участия в определении плановых объемов медицинской помощи для конкретных медицинских организаций?» Источник: опрос СМО в 2014 г.

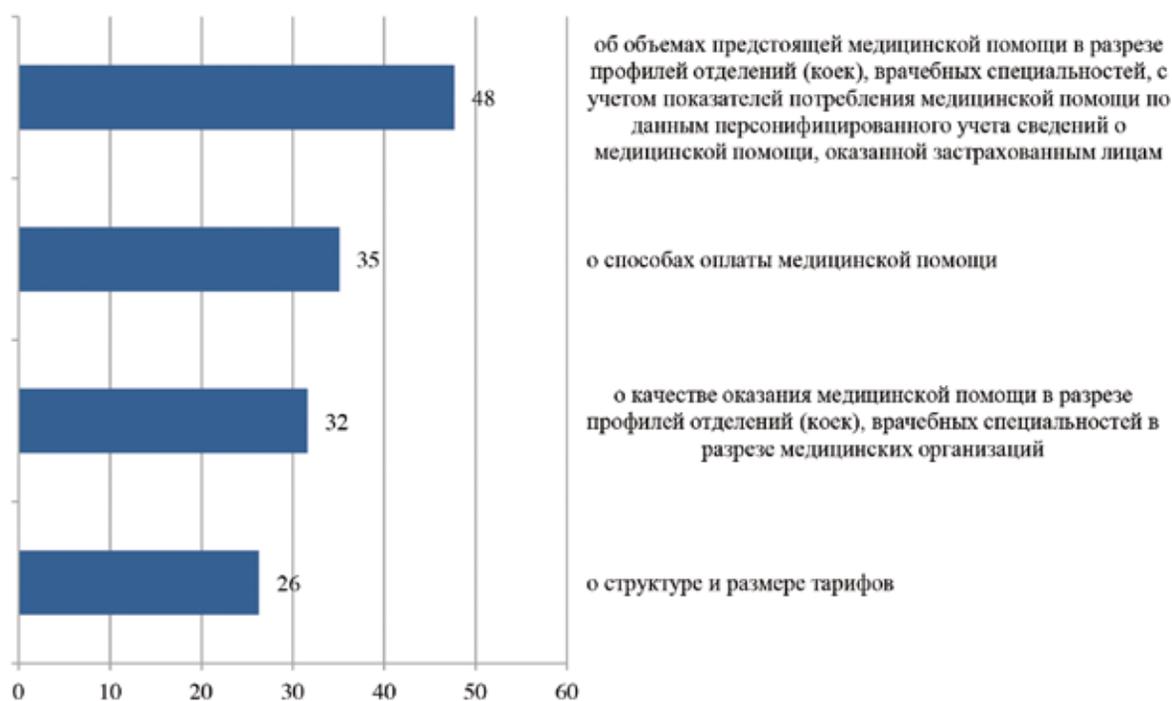


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Направляла ли Ваша организация (филиал) в 2013 г. в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС предложения следующего характера». Источник: Опрос СМО в 2014 г.

Участие СМО в контроле качества медицинской помощи

Одной из основных функций СМО, которая была возложена на них при создании системы ОМС, является контроль объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Среди доступных для СМО в российской системе ОМС инструментов контроля качества медицинской по-

мощи потенциально наиболее результативной по возможностям влияния на качество является тематическая экспертиза, которая решает следующие задачи:

- выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

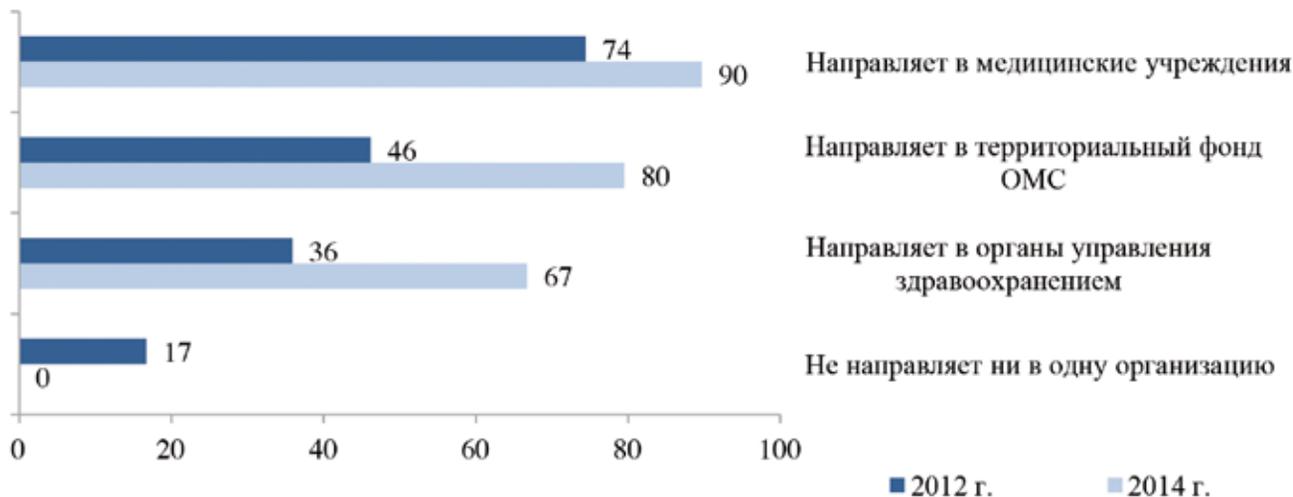


Рис. 6. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Направляет ли Ваша организация (филиал) и кому именно предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений медицинских организаций, которые были выявлены в ходе тематических экспертиз?» Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

- сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

В рамках проведенного исследования была предпринята попытка оценить результативность проводимых тематических экспертиз, задавая вопросы респондентам о том, кому направляются предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений медицинских организаций, выявленных в ходе тематических экспертиз, и о результативности этих предложений.

Сравнение ответов респондентов в 2014 г. и 2012 г. показывает, что СМО стали активнее взаимодействовать с медицинскими организациями, органами управления здравоохранением и территориальными фондами ОМС по вопросам оценки и повышения качества медицинской помощи (рис. 6). Если в 2012 г. 17% респондентов не направляли результаты проведенных тематических экспертиз ни в одну из указанных организаций, то в 2014 г. таких СМО уже не было.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что после принятия нового законодательства об ОМС значительную часть СМО уже неправомерно считать пассив-

ными посредниками в движении финансовых потоков. Но влияние СМО на планирование объемов медицинской помощи, на улучшение ее качества остается небольшим. Поэтому вопрос об определении рациональной роли СМО в системе ОМС продолжает оставаться открытым.

Литература

1. Власов В.В., Воробьев П.А., Гонтмахер Е.Ш. и др. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2030 гг. <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=12658>
2. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. М., Наука, 1997.
3. Карчевская С.А., Кравчук С.Г., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Влияние нового законодательства об обязательном медицинском страховании на деятельность страховых медицинских организаций // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2013. № 4. С. 58–63.
4. Межрегиональный союз медицинских страховщиков. Разработка целевой модели медицинского страхования. М., 2013.
5. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2007.
6. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М: Теис, 2000.

Для корреспонденции:

Шишкин Сергей Владимирович – д-р экон. наук, директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»

Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20 (к. 221); тел.: 8 (495) 772-95-90; e-mail: shishkin@hse.ru

Сажина Светлана Владимировна – аналитик Центра политики в сфере здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»

Адрес: 115054, Москва, ул. Малая Пионерская, д. 12 (к. 465); тел.: 8 (495) 772-95-90; e-mail: ssazhina@hse.ru

Селезнева Елена Владимировна – канд. экон. наук, старший научный сотрудник Центра анализа доходов и уровня жизни Института управления социальными процессами НИУ «Высшая школа экономики»

Адрес: 109028, Москва, Покровский бульвар, д. 8, стр. 1 (к. 110); тел.: 8 (495) 725-30-70; e-mail: evselezneva@hse.ru

For correspondence:

Sergey V. Shishkin – Doctor of Science, Head of the Center for Health Policy NRU HSE.

Address: National Research University Higher School of Economics, 20 Myasnitskaya St., Moscow 101000, Russian Federation. Tel. off.: 8 (495) 772-95-90. E-mail: shishkin@hse.ru

Svetlana V. Sazhina – MPA, Analyst of Center for Health Policy NRU HSE.

Address: National Research University Higher School of Economics, 12 Malaya Pionerskaya St., Moscow 115054, Russian Federation. Tel. off.: 8 (495) 772-95-90. E-mail: ssazhina@hse.ru

Elena V. Selezneva – PhD in Economics, Senior Research Fellow of Center for Studies of Income and Living Standards of Institute for Social Development Studies NRU HSE.

Address: National Research University, 8 bldg. 1, Pokrovsky Boulevard, Moscow, 109028. Tel. off.: 8 (495) 725-30-70. E-mail: evselezneva@hse.ru

УДК 614.21(470.313)

Формирование рейтинга медицинских организаций в Рязанской области

А.А. Низов, И.В. Успенская, Е.В. Манухина

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, Рязань



А.А. Низов



И.В. Успенская



Е.В. Манухина

Резюме

С 2013 года в Рязанской области внедрена методика определения рейтинга медицинских организаций, что особенно актуально для организаций, оказывающих дорогостоящую стационарную специализированную медицинскую помощь. В целом, ожидаемый эффект формирования рейтинга заключается в стимулировании конкурентоспособности медицинских организаций

и повышении качества медицинской помощи. По результатам рейтинга ежегодно устанавливается финансовое вознаграждение для медицинских организаций-лидеров.

Ключевые слова: критерии оценки качества медицинской помощи, рейтинг медицинских организаций, специализированная медицинская помощь, оказываемая стационарно.

Abstract

Forming the rating of medical institutions in the Ryazan region

A.A. Nizov, I.V. Uspenskaya, E.V. Manukhina

The Territorial Fund of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region

Since 2013, in the Ryazan region implemented method of determining the ranking of medical organizations, which is particularly important for organizations that have a costly inpatient specialized medical care. In general, the expected effect of the formation of the rating is to promote the competitiveness of health care organizations

and improve the quality of medical care. According to the rating set annually by the financial rewards for health care organizations - leaders.

Key words: criteria for assessing the quality of care, rating of health organizations, specialized medical care provided permanently.

Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации по развитию здравоохранения, изложенные в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, ориентированы на обеспечение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и совершенствование страховых принципов. Программа государственных гарантий должна стать инструментом обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Особенно актуальным и действенным способом совершенствования страховых принципов и повышения качества ресурсоемкой специализированной медицинской помощи является определяемый на региональном уровне рейтинг соответствующих медицинских организаций, с финансовым вознаграждением, по результатам оценки, медицинских организаций-лидеров [4].

Целью нашего исследования явилось установление критериев оценки качества специализированной медицинской помощи, оказываемой стационарно, для формирования рейтинга медицинских организаций.

Материалы и методы

Действительно, важным методом мотивирования учреждений здравоохранения к эффективности деятельности и повышению качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (далее – СМПсу), является их дополнительное

материальное стимулирование, которое зависит от рейтинговых мест медицинских организаций [1]. Для ранжирования медицинских организаций наиболее объективны индикаторы качества и доступности медицинской помощи, рекомендованные Федеральным фондом ОМС, многие из которых были использованы нами в т.ч. для формирования рейтинга.

Технология определения рейтинга, утверждалась нормативными актами Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области (далее – ТФОМС РО) – приказами по формированию рейтинга медорганизаций (от 12.12.2012 № 437, от 12.02.2014 № 49) для осуществления вознаграждения из средств нормированного страхового запаса ТФОМС РО [2, 3].

Медицинские организации для отбора разбивались на 3 группы по уровню и условиям оказания медицинской помощи, в т.ч. специализированной медицинской помощи: 1-я группа – клинического, 2-я группа – городского, 3-я группа – сельского уровня. Формирование рейтинга медицинских организаций на основании интегрированного показателя результативности их деятельности осуществлялось специально утвержденной комиссией по каждой группе отдельно. Были утверждены критерии оценки качества медицинской помощи (далее – КМП) для медицинских организаций, оказывающих СМПсу (табл. 1).

Таблица 1

Критерии оценки КМП в медицинских организациях, оказывающих СМПсу

Наименование показателя	Вес (%)	Данные
1. Показатели качества и доступности медицинской помощи		
1.1. Количество обоснованных жалоб, в т.ч. на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках ТП ОМС: допущение количества обоснованных жалоб при средней списочной численности в медорганизации: до 200 человек – не более 1; от 201 до 400 человек – не более 2; от 401 до 600 человек – не более 3; от 601 до 800 человек – не более 4; от 801 до 1000 человек – не более 5; от 1001 и выше – не более 6.	35	ТФОМС РО
1.2. Уровень удовлетворенности населения КМП, % от числа опрошенных	35	ТФОМС РО
1.3. Уровень укомплектованности медицинскими кадрами (врачами, средним медперсоналом), %	10	Форма №30
1.4. Удельный вес дефектов и нарушений к общему объему проведенных экспертиз (МЭЭ и ЭКМП), %	20	СМО и ТФОМС РО
2. Показатели дефектов		
Величина понижающего коэффициента		
2.1. Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная)	0,85	СМО и ТФОМС РО
2.2. Повторная обоснованная госпитализация по поводу того же заболевания в течение месяца со дня завершения стационарного лечения	0,85	
2.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медпомощи в соответствии с ТП ОМС	0,5	

В каждой группе устанавливалось одно первое место. Сумма вознаграждения определялась для каждой медицинской организации отдельно, исходя из планового годового объема финансирования.

По каждому из целевых показателей, использованных на региональном уровне, рассчитывался показатель результативности.

Оценка достигнутого уровня результативности деятельности медицинской организации осуществлялась по формуле 1.

$$R = \sum R_i \times W_i \quad (1)$$

где: R – интегрированная оценка уровня результативности;

R_i – частный показатель уровня результативности;

W_i – удельный вес частного показателя результативности.

Частный показатель уровня результативности деятельности медицинской организации определялся:

а) в отношении показателя, большее значение которого отражало большую эффективность, по формуле 2.

$$R_i = \frac{P_{MO} - P_{мин}}{P_{макс} - P_{мин}} \quad (2)$$

где: P_{MO} – значение показателя в медорганизации за отчетный год;

$P_{мин}$ – минимальное значение показателя по всем медорганизациям в текущем году;

$P_{макс}$ – максимальное значение показателя по всем медорганизациям в текущем году;

б) в отношении показателя, большее значение которого отражало меньшую эффективность, по формуле 3.

$$R_i = \frac{P_{макс} - P_{MO}}{P_{макс} - P_{мин}} \quad (3)$$

Для определения уровня результативности по количеству жалоб использовались коэффициенты стимулирования: 1,3; 0,9 или 0,8 и вес показателя в следующем порядке: 1,3 – в случае отсутствия обоснованных жалоб; 0,9 – с допущением определенного количества обоснованных жалоб в зависимости от среднесписочной численности медицинских работников на конец оцениваемого периода: до 200 человек – не более 1 жалобы,

от 201 до 400 – не более 2, от 401 до 600 – не более 3, от 601 до 800 – не более 4, от 801 до 1000 – не более 5, от 1001 и больше – не более 6 жалоб. В остальных случаях использовался коэффициент стимулирования = 0,8. Уровень результативности по жалобам определялся по формуле 4.

$$R_i = K_{стим.} \times W, \quad (4)$$

где: $K_{стим.}$ – коэффициент стимулирования;

W – вес показателя.

По результатам экспертной работы рассчитывалось среднее арифметическое двух показателей: удельного веса нарушений, выявленных при медико-экономической экспертизе и экспертизе КМП в общем объеме проведенных экспертиз.

Для медицинских организаций клинического уровня дополнительно был введен актуальный критерий выполнения утвержденных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, с удельным весом 20,0%.

Определение итоговой оценки деятельности каждой медицинской организации рассчитывалось как среднее арифметическое показателей результативности. Корректировка полученной оценки результативности осуществлялась с использованием понижающих коэффициентов, с учетом «дефектных» показателей, к которым отнесены:

- необоснованная госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний;
- повторная обоснованная госпитализация по поводу того же заболевания в течение месяца со дня завершения стационарного лечения;
- необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

Результаты и обсуждение

На основании оценки результативности на региональном уровне нами определялся рейтинг медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, с последующим вознаграждением лидеров: в 2013 г. на общую сумму 5,12 млн. руб. (Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Городская клиническая больница № 11 и Скопинская ЦРБ), в 2014 г. – на 1,14 млн. руб. (Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Сасовская ЦРБ, Сапожковская ЦРБ).

Согласно требованиям федеральных нормативных правовых актов, рейтинг медицинских организаций размещался на сайте ТФОМС РО в целях информирования застрахованных граждан, которым оказывалась специализированная медицинская помощь в стационарных условиях.

Выводы

Ожидаемый эффект от формирования рейтинга заключается в стимулировании конкурентоспособности медицинских организаций и повышении качества медицинской помощи.

Литература.

1. Письмо ФФОМС от 27.05.2013 № 4269/21-и «О направлении рекомендаций по внедрению в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций». – М., 2013.
2. Приказ Территориального фонда ОМС Рязанской области от 12.12.2012 № 437 «О стимулировании медицинских организаций из средств НСЗ ТФОМС Рязанской области». – Электрон. дан. – Режим доступа: tfoms-rzn.ru.
3. Приказ Территориального фонда ОМС Рязанской области от 12.02.2014 № 49 «О стимулировании медицинских организаций из средств НСЗ ТФОМС Рязанской области». – Электрон. дан. – Режим доступа: tfoms-rzn.ru.
4. Успенская И.В. Организация контроля качества специализированной медицинской помощи при оплате по КСГ / И.В. Успенская, Е.В. Манухина, Н.В. Борисова // Вестник Росздравнадзора. 2015. – № 2. – С. 65-66.

Для корреспонденции:

Низов Андрей Алексеевич – канд. мед. наук, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области.

Тел.: (4912)75-56-79. Сот.: 8-910-630-00-01. Факс: (4912)98-58-73. E-mail: nizov.aa@tfoms-rzn.ru

Успенская Ирина Владимировна – д-р мед. наук, 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

Манухина Елена Васильевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области.

Тел.: (4912)75-38-12. Сот.: 8-906-547-56-24. Факс: (4912)98-58-73. E-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru

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

For correspondence:

Nizov A.A. – MD, PhD., Director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region.

Tel.: (4912)75-56-79. Mobile: 8-910-630-00-01. Fax: (4912)98-58-73. E-mail: nizov.aa@tfoms-rzn.ru

Uspenskaya I. V. – MD, PhD., 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

Manukhina E. V. – Deputy director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region.

Tel.: (4912)75-38-12. Mobile: 8-906-547-56-24. Fax: (4912)98-58-73. E-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru

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

УДК 614.2

Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования – роль стандартов медицинской помощи

О.Ю. Александрова, Я.А. Байн, Г.Г. Савзян
ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова, Москва



О.Ю. Александрова



Я.А. Байн



Г.Г. Савзян

Резюме

В статье речь идет о правовой природе стандартов медицинской помощи, роли стандартов медицинской помощи в экспертизе качества медицинской помощи. Проводится анализ возможностей применения стандартов медицинской помощи при проведении экс-

пертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: стандарт медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи, обязательное медицинское страхование.

Abstract

Expert medical examination for medical care quality in the system of Obligatory Medical Insurance – a role of medical service standards

O.Y. Alexandrova, Ya.A. Bayn, G.G. Savzyan

The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The article describes a legal nature правовой природе for standards of medical care, a role of medical service standards in expert medical examination of medical care quality. The article analyzes possibilities in application of medical care standards within the expert medical

examination for quality of medical care in the system obligatory medical insurance.

Key words: medical service standards, expert medical examination of medical care quality, obligatory medical insurance.

Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья») [1] вводит в законодательство понятия – стандарт медицинской помощи (СМП), порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения).

Статья 37. «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» гласит:

«1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти...

...4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния)...

В НПА, регулирующих медицинскую деятельность, СМП, упоминаются неоднократно в целях регулирования организации, финансирования медицинской помощи, а также контроля за деятельностью медицинских организаций.

В той же вышеупомянутой статье 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья», не изменена ч.5, в которой сказано: «5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

В части 7 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

«7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики».

В статье 81 «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

4. При формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

1) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи...

В статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

В подзаконных НПА также неоднократно используется понятие стандарта медицинской помощи.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 и плановый период 2015 и 2016 годов (утв. Постановлением Правительства от 28.11.2014 N 1273) [2] в части 1 «Общие положения» сказано:

«Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики».

В части 8 «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи» Программы сказано:

«Территориальная программа, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, импланти-

руемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания по желанию пациента».

И далее в этой же части документа:

«При формировании территориальной программы учитываются:

...порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи...

В Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности (утв. Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 № 1152) [3] сказано:

«3. Государственный контроль осуществляется путем:

в) проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

...12. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом «в» пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

д) оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе в части:

...обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1...».

В приказе Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н (в ред. приказа МЗ РФ от 2 декабря 2013 г. N 886н) [4] прописано:

«При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и выписывание лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, по торговым наименованиям».

Таким образом, в нормативно-правовых актах, регулирующих правоотношения в здравоохранении, неоднократно используется понятие стандарта медицинской помощи (СМП) как документа, регулирующего различные аспекты организации и финансирования медицинской помощи.

Идея введения в законодательство требования обязательности исполнения стандартов медицинской помощи (в период принятия ФЗ «Об основах охраны здоровья», в 2011 году) объясняется тем, что на основе стандартов медицинской помощи (т.е. по объемам медицинской помощи, заложенным в стандарт) пред-

полагалось формировать Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), и, соответственно, способом оплаты медицинской помощи должен был стать законченный случай лечения при выполнении СМП. Поэтому для тех медицинских организаций, которые участвуют в реализации ПГГ (неважно, медицинские ли это организации государственной, или муниципальной, или частной системы здравоохранения), возникало требование обязательности исполнения СМП.

Средства ОМС формируются из страховых взносов, и система ОМС может покрывать расходы медицинских организаций только из имеющихся финансовых ресурсов. На сегодняшний день система ОМС не рассчитана на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, в неограниченном объеме. Ограничение ресурсов приводит к необходимости формирования границ объемов оказываемой медицинской помощи. Данные границы принято называть конкретизацией государственных гарантий бесплатности медицинской помощи.

Определить границу бесплатности сложно, но решению данной проблемы может помочь конкретизация государственных гарантий медицинской помощи по гарантируемым объемам медицинской помощи, но не на основе общих объемных показателей, а на основе объемов медицинской помощи, заложенных в стандарты медицинской помощи. Стандарт медицинской помощи должен содержать оптимальный для лечения конкретного заболевания набор диагностических и лечебных мероприятий с точки зрения оптимального использования ресурсов, возможно минимального, но гарантированного со стороны государства. СМП не должен выполнять функцию «идеально правильного» лечения пациента. Тем более, что СМП не содержит алгоритмической составляющей лечебно-диагностического процесса, он содержит только перечни медицинских услуг и лекарственных препаратов. Алгоритмы «правильного лечения» должны содержаться в клинических рекомендациях (протоколах лечения), о чем мы скажем далее.

В таком случае программы государственных гарантий должны формироваться на основе единых стандартов медицинской помощи. Оплата оказанной медицинской помощи также должна происходить на основе тех же стандартов медицинской помощи (законченный случай лечения в объеме СМП). В рамках утвержденного и оплачиваемого в рамках ПГГ стандарта медицинской помощи медицинская помощь оказывается пациенту бесплатно.

Медицинская организация должна оказать медицинскую помощь в соответствии со стандартом.

Пациент может сопоставить оказанную ему медицинскую помощь со стандартом медицинской помощи.

Проверяющие инстанции (как финансовые, так и проверяющие реализацию права гражданина на бесплатную медицинскую помощь) могут также сопоста-

вить оказанную пациенту медицинскую помощь со стандартом медицинской помощи.

В целях реализации права пациента (застрахованного гражданина) на бесплатную медицинскую помощь в объемах стандарта медицинской помощи для проведения лечебно-диагностических мероприятий (медицинских услуг), которые входят в стандарт, но невозможно выполнить в конкретной медицинской организации, необходимо разработать договоры с другими медицинскими организациями по реализации тех видов деятельности, которые входят в программу государственных гарантий, но не могут быть выполнены в данной медицинской организации. Данные правоотношения могут быть также урегулированы и в административном порядке приказом органа управления здравоохранения о закреплении за определенными медицинскими организациями, участвующими в реализации ПГГ, обязанностей по реализации диагностических, лечебных и иных мероприятий с соответствующей оплатой в рамках ПГГ.

В вышеуказанную идеологию вписывается закрепленное в ФЗ «Об основах охраны здоровья» требование обязательности исполнения Порядков оказания медицинской помощи и аккредитация медицинских организаций на соответствие данным Порядкам.

Порядки оказания медицинской помощи содержат алгоритм осуществления лечебно-диагностического процесса и требования по обеспечению условий, необходимых для реализации лечебно-диагностического процесса, и не содержат перечней услуг и препаратов, рекомендуемых для лечения конкретных заболеваний (что содержат в себе стандарты медицинской помощи). Порядки могут служить не конкретизации медицинской помощи по объемам в целом, а определению требований к конкретным медицинским организациям, осуществляющим медицинскую деятельность в соответствии со стандартами медицинской помощи на конкретных этапах оказания медицинской помощи. В этом и есть суть аккредитации медицинских организаций.

Обязательность исполнения порядков оказания медицинской помощи - это, по сути, руководство к действию не только руководителям медицинских организаций, но и собственникам медицинских организаций (для медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения – органам исполнительной власти субъектов РФ). Медицинские организации на всей территории страны должны соответствовать требованиям порядков оказания медицинской помощи, чтобы обеспечить достаточный уровень материально-технической базы и единообразие организационных подходов при оказании медицинской помощи.

Таким образом, стандартизация в здравоохранении позволяет реализовать принцип единообразия при оказании медицинской помощи, реализовать права гражданина на бесплатную медицинскую помощь в равном объеме и на любой территории.

В законодательстве речь идет исключительно о стандартах медицинской помощи, разработанных и утвержденных на федеральном уровне. Никакие региональные стандарты (медико-экономические и пр.) в федеральных законах «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не упоминаются.

Исходя из особенностей врачебной деятельности, необходимо отметить, что любой стандарт, каким бы он качественным ни был, не может гарантированно и неукоснительно точно рекомендовать врачу, как поступать в той или иной ситуации. Врач, исходя из фактических проявлений заболевания, особенностей состояния здоровья больного, а также своего профессионального опыта должен принимать самостоятельное решение. Прежде чем выбрать стандарт медицинской помощи больному с конкретным заболеванием, надо сначала предположить именно ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ. Например, жалобы пациента на боль в грудной клетке могут быть причиной множества заболеваний, а значит основой выбора множества стандартов медицинской помощи. Однако врач, осуществляя осмотр и опрос пациента, исходя из своих профессиональных знаний, ставит предварительный диагноз и выбирает необходимый СМП. Если врач поставит неправильный диагноз, то он выберет и неправильный СМП. И никакой самый лучший СМП в таком случае не поможет вылечить пациента.

Таким образом, в принципе, более жесткие требования в СМП могут распространяться на лечебный процесс с ясным однозначным диагнозом, но в разделе «Диагностика» в СМП врачу должна быть обеспечена возможность поиска в целях правильной диагностики заболевания с помощью различных диагностических методов.

Исходя из вышесказанного, решение вопроса о качественно или некачественно оказанной медицинской помощи не ограничивается оценкой соответствия действий медицинского работника одним лишь стандартом медицинской помощи, закрепленным в нормативно-правовом акте (приказе Министерства здравоохранения РФ). Соответствие стандартам является основой оценки медицинской помощи, но не окончательной оценкой. Некачественной медицинской помощью является также нарушение сложившихся правил поведения, обычаев медицинской практики при проведении всего комплекса профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Эти нормы и правила могут существовать как в письменной форме (в протоколах лечения, различных источниках профессиональной медицинской информации – учебниках, журнальных статьях и т.д.), так и в традициях медицинской деятельности. Как известно, данные правила (алгоритмы лечения различных заболеваний, методики проведения лечебных и диагностических процедур, схемы назначения лекарственных препаратов, частота контрольных мероприятий за состоянием здоровья пациента и т.д.)

применяются врачом индивидуально по отношению к каждому пациенту. Даже при одном и том же диагнозе, сходности состояния больного индивидуальные протоколы лечения могут быть совершенно различными (в зависимости от возраста пациента, сопутствующих заболеваний, наличия аллергических реакций на медикаменты и т.д.).

Регистрация отклонений в действиях врача от стандартной модели является лишь констатацией нарушения СМП в виде необходимого объема медицинской помощи, которые могут иметь различные последствия – от самых негативных (летальный исход) до весьма положительных (выздоровление без применения всего набора лекарственных препаратов, входящих в СМП). В то же время, даже при дословном соблюдении СМП, вопросы качества медицинской помощи, наличия недостатков в медицинской услуге и ответственности медицинского персонала остаются открытыми.

Единственный вывод, который не вызывает сомнения, заключается в том, что причинение вреда в результате отклонения от стандарта является четким критерием дефекта медицинской помощи и основанием для наступления той или иной ответственности медицинского персонала. Таким образом, несмотря на указанные выше особенности медицинской деятельности, введение стандартов медицинской помощи считается существенной основой для юридической оценки качества медицинской помощи и выявления дефектов при ее оказании.

Что же касается качества медицинской помощи, оказанной пациенту в целом (суммарное качество представленных потребителю медицинских услуг), то его оценка является прерогативой экспертов. Только индивидуальное рассмотрение специалистами конкретных лечебно-диагностических мероприятий с учетом особенностей состояния больного, течения его заболевания, реальных возможностей и условий оказания медицинской помощи и других имевших место факторов может быть основанием для оценки оказанной медицинской помощи как «соответствующей канонам медицинской науки и позволяющей достичь максимального положительного результата, исходя из реальных возможностей врачей и медицинской организации», «соответствующей требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода», т.е. соответствующей профессиональным медицинским обычаям.

С точки зрения гражданского законодательства оценка медицинской помощи экспертом является оценкой на «соответствие услуги требованиям, предъявляемым к подобным услугам или целям их обычного использования» («соответствие требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода» – в законе РФ «О защите прав потребителей») и является важнейшим критерием оценки качества медицинской услуги. Указанный подход не относится к особенностям рынка медицинских услуг, а является характерным для гражданско-правовых отношений.

В самом широком смысле речь идет о правовых обычаях или деловых обычаях, которые не только учитываются участниками гражданского оборота, но и являются источниками права, то есть используются судами в гражданском процессе наряду с правовыми нормами.

Так, в п. 4 Постановления Пленума Верховного Суда РФ и Высшего Арбитражного Суда РФ № 6/8 от 1.06.1996 г. в качестве примера обычая названы «традиции исполнения тех или иных обязательств» [5]. В медицинской деятельности подобные традиции связаны с лечебно-диагностическими технологиями, которые признаны медицинским сообществом, широко применяются, соответствуют канонам медицинской науки и позволяют достичь максимального положительного результата, исходя из реальных возможностей врачей и медицинских организаций. Медицинские работники должны сделать все возможное в реальных условиях, использовать все свои знания и умения для спасения жизни больного или оказания ему медицинской помощи – таковы исторически сложившиеся профессиональные медицинские обычаи.

Поэтому окончательная оценка медицинской помощи как надлежащего качества или ненадлежащего качества является прерогативой экспертов.

Поэтому, на наш взгляд, правильно, в статью 73 «Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников» ФЗ «Об основах охраны здоровья» для медицинских работников НЕ введено требование обязательности исполнения СМП.

В соответствии со статьей 73 ФЗ «Об охране здоровья граждан»:

«2. Медицинские работники обязаны:

1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями...».

Обязанности исполнять медицинскими работниками стандарты медицинской помощи в тексте закона нет.

Создается впечатление несоответствия статьи 73, не вводящей требования обязательности исполнения СМП для медицинских работников, и статьи 79, вводящей в обязанности медицинской организации требование соблюдения СМП и порядков оказания медицинской помощи.

Действительно, медицинская организация должна соблюдать СМП, поскольку это соответствует идеологии единообразия оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях на всей территории РФ пациенту с определенным заболеванием, и оплату такой медицинской помощи со стороны государства. Это правило игры, которое устанавливает государство, поскольку невозможно оплачивать медицинскую помощь из государственных средств, не определяя подобных правил. Ни у одной страны в мире нет возможности оплачивать ЛЮБУЮ медицинскую помощь, оказанную в ЛЮБОМ объеме, ЛЮБЫМ врачом.

Поэтому подразумевается, что если медицинская помощь будет оплачена со стороны государства (средств ОМС), то она будет оплачена в объеме стоимости СМП.

Врач же не обязан лечить исключительно по СМП, он должен лечить больного наиболее эффективными способами и средства, но это не значит, что все наиболее эффективные с точки зрения врача лечебно-диагностические мероприятия могут быть оплачены государством.

Литература

1. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ.
2. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
3. Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности (утв. Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 № 1152).
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н (в ред. приказа МЗ РФ от 2 декабря 2013 г. N 886н).
5. О некоторых вопросах, связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации: Постановление Пленума Верховного Суда РФ и Пленума Высшего Арбитражного Суда РФ № 6/8 от 1.06.1996 г. // Российская газета

Для корреспонденции:

Александрова Оксана Юрьевна – д-р мед.наук, профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова;

Байн Яна Александровна – аспирант кафедры основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова

Савзян Григорий Гайкович – аспирант кафедры основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова

Адрес: г.Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел. 8 (499) 766 83 46; aou18@mail.ru

For correspondence:

Oxana Y. Alexandrova, MD, PhD – Professor of the Chair for Bases in Legislation in Public Health of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University;

Yana A. Bain – Postgraduate Student (Fellow) of the Chair for Bases in Legislation in Public Health of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University;

Gregory G. Sabzyan – Post-graduate Student (Fellow) of the Chair for Bases in Legislation in Public Health of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Address: Trubetskaya ul. 8-2, Moscow; Tel. 8 (499) 766 83 46; aou18@mail.ru

УДК 614.2

Некоторые аспекты внедрения общероссийской методологии определения тарифов на основе клинко-статистических групп на территории субъекта РФ, имеющего опыт оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, по групповым тарифам и за законченный случай лечения

А.В. Данилов, К.Б. Московченко

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области



А.В. Данилов



К.Б. Московченко

Резюме

Наиболее перспективным способом оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, является оплата законченного случая госпитализации по тарифам, дифференцированным в зависимости от клинко-статистических групп.

Клинко-статистические группы и особенности их применения должны регулярно уточняться и совершенствоваться в соответствии с внедрением в

лечебно-диагностический процесс новых, современных медицинских и организационных технологий, в связи с уточнением кодификатора МКБ, при других изменениях внешних условий, оказывающих существенное влияние на тарифную политику

Ключевые слова: тарифная политика, клинко-статистические группы, совершенствование оплаты медицинских услуг.

Abstract

Several aspects of introduction of the All-Russian Methodology for Rates Determination based on clinical statistical groups in the RF Subject Territories experienced in the payment of medical care rendered in a 24-hour hospital into practice on group rates and for a completed case of treatment

A.V. Danilov, K.B. Moskovchenko

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region

The most prospective method of the payment for medical care rendered in a 24-hour stationary clinic is a payment for a completed case of hospitalization on rates differentiated depending on clinical statistical groups. Clinical statistical groups and features of their application should be regular determined in details and improved in accordance with an introduction of new, modern current up-to-dated medical and organizational technologies into the therapeutic diagnostic

process in connection with a determination in details of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems decoder, in case of other changes of external conditions which have a considerable effect on the rate policy.

Key words: rate policy тарифная политика, clinical statistical groups, improvement of payment methods for medical services.

Цель исследования

Анализ сходства и различий действовавшей до 2015 года тарифной политики и внедренных на территории области в 2015 году общероссийских методических рекомендаций определения тарифов на медицинские услуги, выявление особенностей перехода от одной методологии к другой, внесение предложений по дальнейшему совершенствованию оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара.

Введение

Одной из наиболее актуальных задач обязательного медицинского страхования был и остается выбор такого способа оплаты медицинских услуг, который бы позволил каждому медицинскому учреждению, функционирующему в системе обязательного медицинского страхования, получать финансовые средства в соответствии с его вкладом в оказание медицинской помощи населению области. При этом должны учитываться объективные особенности медицинских учреждений, соответствующие качеству и объемам оказываемой медицинской помощи. В то же время имеется необходимость рационального использования ограниченных финансовых ресурсов здравоохранения, что приводит к поискам ресурсосберегающих моделей оказания медицинской помощи. Это достигается как путем совершенствования организационной структуры здравоохранения через усиление акцента на амбулаторную помощь и использование дневных стационаров, так и путем интенсификации процесса лечения больных. Воздействие на последнее реализуется, в том числе, через систему оплаты, стимулирующую оптимизацию необходимых затрат на лечение конкретного больного в условиях стационара с учетом его состояния (особенностью течения заболевания).

Решение данной задачи во многом зависит от проводимой тарифной политики, под которой понимается определение общих целей, которых собирается достичь территория с помощью цен (тарифов) на медицинские услуги. Разумная тарифная политика является необходимой составной частью успешной деятельности здравоохранения, так как она определяет величину финансовых средств, поступающих в медицинские организации в рамках обязательного медицинского страхования.

В рамках действовавшей до 2011 года парадигмы основным требованием к проводимой субъектами РФ тарифной политике было ее единство для данной конкретной территории, что привело к тому, что практически на каждой территории действовала своя методология расчета тарифов и оплаты медицинской помощи.

На территории Воронежской области накоплен значительный опыт как использования групповых тарифов, так и клинико-статистических групп, правда, значительно отличающихся от рекомендуемых, дающий возможность проведения анализа процесса внедрения общероссийской методологии расчета тарифов на медицинские услуги, оказываемые в условиях круглосуточных стационаров и ее сравнения с ранее действующими.

Материалы исследования

Опыт области:

- накопленный при применении в 1999-2007 годах групповых тарифов на медицинские услуги, оказанные в условиях круглосуточных стационаров;
- при использовании с 2007 года во всех медицинских организациях, вне зависимости от формы собственности, единых тарифов, дифференцируемых в зависимости от клинико-статистических групп;
- при подготовке к внедрению и внедрению в 2015 году общероссийской методологии расчета и применения тарифов на медицинские услуги, оказываемые в условиях круглосуточных стационаров.

Главная часть

До 1999 года в Воронежской области действовали индивидуальные тарифы, что было связано с тем, что финансовые средства от районов поступали в непоставимых объемах из-за различий в возможности муниципальных образований по уплате платежей на ОМС неработающего населения. Для каждого района был установлен индивидуальный платеж в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. Это приводило к тому, что сумма бюджетных средств, поступающих от муниципального образования, приходящаяся на территориальную программу обязательного медицинского страхования в части платежей на ОМС неработающего населения, распределялась между медицинскими организациями, расположенными в этом муниципальном образовании. Отметим, что это в определенной степени стимулировало рост платежей на неработающее население, но в весьма ограниченной степени отражало этапность и преемственность медицинской помощи.

Переход к централизованному получению платежа на обязательное медицинское страхование неработающего населения из областного бюджета создал предпосылки к введению оплаты медицинских услуг по групповым тарифам, что, как известно, является шагом вперед в тарифной политике территории [7].

В 1999 году было принято решение о вводе в действие групповых тарифов. При формировании уровней стационаров максимально учитывались существенные особенности каждого лечебного учреждения, постоянно корректировался состав групп в связи с изменениями в условиях функционирования медицинских организаций.

Медицинские организации, имевшие в своем составе круглосуточные стационары, были разделены на следующие группы: областные клинические, городские клинические, городские, ЦРБ (с межрайонными отделениями), ЦРБ, участковые свыше 50 коек, участковые до 50 коек.

В основу отнесения медицинских организаций к конкретной группе по прямым расходам (оплата труда с начислениями, медикаменты и перевязочные средства, расходы на приобретение продуктов питания) принималось следующее.

В силу объективных причин - демографических, социальных, кадровых и т.д. - на любой территории создается определенная, конечно же, нуждающаяся в постоянном

совершенствовании, система расположения медицинских организаций, способных оказать медицинскую помощь больным с разной степенью тяжести заболеваний, ориентированной на межрайонные, единые для города, области центры оказания отдельных видов и профилей медицинской помощи. Финансирование лечебно-профилактических учреждений должно осуществляться с учетом этих факторов, т.е. учитывая объективные особенности структуры затрат различных медицинских организаций, что может отличаться от финансирования по подушевому нормативу.

Известно, что фактические размеры затрат на лечение больного значительно колеблются по конкретным медицинским организациям. Это связано с влиянием целого ряда факторов, имеющих как объективный, так и субъективный характер. Сочетание этих факторов обуславливает существенные различия в уровне затрат на лечение больного внутри области.

Во многом рациональное распределение финансирования на медицинскую помощь гражданам территории связано с этапностью ее оказания. В процессе действия саморегулирующегося механизма, создающего предпосылки для совершенствования организационной структуры здравоохранения территории, оптимизации соотношения объемов медицинской помощи, оказываемой круглосуточными, дневными стационарами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, не должны быть разрушены элементы этапности медицинской помощи, существующие в сети здравоохранения области.

Этапность оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара должна быть связана с мероприятиями, направленными на сокращение пребывания госпитализированного в стационарах интенсивного лечения и переноса этапа долечивания в круглосуточные стационары реабилитационного типа, дневные стационары, перераспределении возможных объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический. Большое значение при этом приобретает распределение функций между участниками лечебного процесса, преемственность в процессе оказания медицинской помощи. Такая преемственность может достигаться соглашениями между лечебно-профилактическими учреждениями [2].

Величина фактических затрат медицинской организации прежде всего определяется объективными факторами: уровнем медицинской организации - чем выше уровень, тем более тяжелые заболевания должны лечиться, в какой-то степени связанным с этим квалификационным составом медицинского персонала, уровнем используемого оборудования и т.п. Во многом величина затрат зависит от перечня профилей медицинской помощи, оказываемых лечебно-профилактическим учреждением. В первую очередь от этих факторов должна зависеть дифференциация финансирования на этапе планирования.

Действительно, лечение больного в тяжелом состоянии при сложной диагностике и процессе лечения с длительным интенсивным этапом, требующим значительных затрат медикаментов и постоянного наблюдения специалистов высокой категории, с высоким процентом реанимационных по-

собий, конечно же, требует проведения лечения на уровне областных клинических медицинских организаций.

Экстренная медицинская помощь, оказываемая на госпитальном этапе в больнице скорой медицинской помощи, требует ускоренной срочной диагностики, круглосуточной работы параклинических отделений, а также в большинстве случаев связана с интенсивным лечением и реанимационными услугами, то есть более ресурсоемка.

Отличными от прочих характеристиками обладает плановая помощь, требующая преимущественно интенсивного лечения со значительными расходами на медикаменты и высокой квалификации персонала.

Отдельно стоит плановая помощь с тривиальным процессом оказания интенсивного этапа.

Свои особенности имеют межрайонные отделения и судистые центры.

Заметим, что медицинских организаций федерального уровня оказания медицинской помощи в настоящее время на территории Воронежской области нет, хотя ряд медицинских организаций, имеющих тесные научно-практические связи с Воронежским государственным медицинским университетом имени Н.Н. Бурденко и физическим факультетом Воронежского государственного университета (специальность «медицинская физика»), обладает достаточной квалификацией сотрудников и необходимой (на данный момент) материально-технической базой для оказания высокотехнологичной и высококвалифицированной медицинской помощи.

Количество групп менялось в связи с изменениями в организационной структуре здравоохранения области. Так, в связи с репрофилированием во врачебные амбулатории были ликвидированы участковые больницы с коечным фондом до 50 коек и многие другие участковые больницы. Зато в отдельную группу была выделена больница скорой медицинской помощи.

Интересен полученный в течение ряда лет опыт Воронежской области по повышенной оплате оказания медицинской помощи при применении в процессе лечения новых современных медицинских технологий.

В ряде публикаций по оплате медицинской помощи прописано, что внедрение в лечебную практику новых методов диагностики и лечения заболеваний, имеющих большую клиническую результативность, должно приводить к сокращению сроков интенсивного лечения либо к более точному и полному выявлению патологии, что также должно сказаться на длительности госпитализации [8]. Результатом должно быть сокращение сроков госпитализации больных, т.е. затрат на лечение конкретного больного в условиях стационара. При этом качество лечения больного не должно, по меньшей мере, снижаться. Оба эти результата достижимы за счет использования новых или современных медицинских технологий. Новой медицинской технологией (НМТ) считается ранее не использовавшаяся в медицинских организациях территории технология, сертифицированная и допущенная к применению в здравоохранении РФ – внесенная в государственный реестр медицинских

технологий и включенная в единый перечень современных медицинских технологий, используемых в медицинских организациях территории, включающая в себя комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий, способствующих сокращению сроков лечения и реабилитации пациентов, ведущая к более быстрому восстановлению нормальных функций организма. Современная медицинская технология (СМТ) – самостоятельно разработанный или заимствованный, применяемый в медицинских организациях территории комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий, способствующих сокращению сроков лечения и реабилитации пациентов, ведущий к более быстрому восстановлению нормальных функций организма [2].

Современная медицинская технология может применяться в деятельности медицинской организации, имеющей лицензию на избранный вид медицинской деятельности, аккредитованной и получившей документ от органа лицензирования и аккредитации, подтверждающий наличие необходимых условий для использования избранной современной медицинской технологии. В медицинской организации клинического уровня могут применяться технологии, проходящие апробацию. Применение оригинальных научных разработок в медицинских организациях клинического уровня должно быть в установленном порядке одобрено научно-методическим советом медицинского, или специализирующегося на проблемах медицины ВУЗа или НИИ (в Воронежской области к таким относятся – Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, физический факультет Воронежского госуниверситета (специальность «медицинская физика»), ряд кафедр Воронежской технической академии) и рекомендовано к применению документально оформленным заключением.

Практика использования групповых тарифов в сочетании с оплатой медицинских услуг по койко-дням позволила выявить их достоинства и недостатки по сравнению с индивидуальными.

Достоинства:

1. Представляют из себя первое приближение цен, как готовности общества платить за медицинские услуги определенные денежные средства.
2. Относительная простота расчетов планируемого финансирования общих объемов медицинской помощи.
3. Относительная простота перехода от одного способа оплаты к другому, например, при переходе оплаты медицинской помощи по койко-дням к оплате за лечение нозологии (по КСГ) нет необходимости проводить расчеты для каждой медицинской организации, входящей в группу, достаточно расчета для группы в целом.
4. Медицинские организации ставятся в одинаковые условия по нормативной базе.
5. Возможность для централизации расчетов тарифов.
6. Открытость финансовой наполняемости тарифов и их равновыгодность для медицинских организаций.

Недостатки:

1. Не совсем точно отражают затраты медицинских организаций: некоторые в группе имеют реальные затраты ниже среднегрупповых, некоторые – выше. Если во втором случае стимулируется снижение затрат до среднегрупповых, то в первом – нет.
2. Так же, как и для индивидуальных тарифов, имеется возможность превышения плановых показателей финансирования как по отдельным медицинским организациям, так и по территории в целом.
3. При неоднократной индексации увеличивается абсолютная разность (при сохранении относительной) между средними по группе тарифами и реальной «себестоимостью» для отдельных членов группы медицинских организаций.
4. При расчетах тарифов не учитываются индивидуальные особенности функционирования и качественные показатели деятельности каждой медицинской организации.
5. В условиях реального финансирования здравоохранения возникают предпосылки к применению корректирующих коэффициентов.

Некоторые недостатки, например, номер первый и номер третий снимаются при внедрении оплаты медицинской помощи по КСГ.

Первые разработки по оплате медицинских услуг, оказанных в системе обязательного медицинского страхования, на базе тарифов, дифференцированных в зависимости от клинко-статистических групп, проводились в области на базе областной клинической больницы и трех районных больниц, начиная с 1994 года [3]. Однако этот опыт не получил дальнейшего распространения в связи с переходом от МКБ-9 к МКБ-10, что потребовало значительных усилий Департамента здравоохранения, его главных специалистов по медицинским профилям и сотрудников Территориального фонда ОМС по пересмотру классификаторов КСГ и их уточнению в процессе апробации в некоторых областных и городских больницах.

В рамках совершенствования тарифной политики на территории Воронежской области с марта 2007 года принят для всех стационаров окончательный вариант способа оплаты за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в зависимости от групп нозологий (клинко-статистических групп).

КСГ рассчитывались исходя из средней (базовой) стоимости единицы медицинской стационарной помощи, которая определялась на основании прогнозируемых объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях стационаров в системе обязательного медицинского страхования, определяемых территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Воронежской области и утвержденного финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС.

В качестве стоимостных коэффициентов использовались коэффициенты относительной стоимости единицы медицинской помощи, приводимые в инструктивном письме Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Была разработана оригинальная система группировки нозологий и в соответствии с этим проведено единое кодирование групп нозологий.

Доведенный до всех медицинских учреждений Воронежской области «Классификатор клинико-статистических групп» имел следующую структуру кодирования медицинских услуг:

- шифр основного заболевания в соответствии с МКБ-10;
- код профиля медицинской помощи (код профиля не подлежал изменению, в каком бы отделении стационара фактически не лечилась данная нозология);
- номер КСГ данного профиля, который определялся в том числе сроком лечения заболевания с данным диагнозом по МКБ-10 с расширением;
- показатель сложности лечения (словесное описание расширения диагноза приводилось в столбце «наименование диагноза» и отражала тяжесть течения заболевания; применение показателя сложности лечения было связано с необходимостью расширения кодов и словесных описаний диагноза, указываемых в МКБ-10, так как ряд нозологий, имеющих единственный код в МКБ-10, могли, в зависимости от тяжести течения заболевания, объективно иметь разную затратно-стоимостную нагрузку);
- тип лечения (консервативное или оперативное);
- уровень оказываемой медицинской помощи (определялся показаниями к госпитализации по данному заболеванию на муниципальном или клиническом уровне).

Например, миокардит неревматического генеза активность 2, НК2А, ФКЗ кардиологического профиля, отнесенный к клиническому уровню при консервативном лечении, кодировался I40.8/10/6/3/1/2; травма сосудов на уровне предплечья, отнесенная к муниципальному уровню, оперативное лечение на травматологической койке кодировалась S55.7/17/3/1/2/1.

Предполагалось добиться того, чтобы пациенты с заболеваниями с более тяжелым течением будут более выгодно госпитализироваться на клиническом уровне, больных со средней тяжестью заболевания на муниципальном, а лечение заболеваний с легким течением будет постепенно, по мере развития соответствующей материально-технической базы и подготовки необходимых специалистов, переходить на условия дневного стационара, ЦАХ и на амбулаторно-поликлинический уровень [2].

В процессе реализации данной возможности разработчики столкнулись со следующим препятствием.

С точки зрения клиницистов, относительно более сложным случаем признается больной с более тяжелым заболеванием, неблагоприятным прогнозом, высокой длительно-

стью лечения и прямыми показаниями к хирургическому вмешательству. С точки зрения управленческого анализа и заказчиков медицинских услуг, более высокая сложность лечебной работы означает, прежде всего, более высокую затратно-стоимостную нагрузку и стоимость медицинской помощи.

В ряде случаев первый и второй взгляды на сложность ведения больного существенно расходятся [11].

Также затратно-стоимостная нагрузка на единицу объема прямо не связана с длительностью лечения. Действительно, как известно, основные затраты на диагностику приходятся на первые и последние дни лечения и расходы на единицу объема (в рассматриваемой модели – койко-день госпитализации) могут оказаться выше для заболеваний с коротким сроком лечения.

Задача при разработке КСГ – увязать клиническую и затратную стороны лечебно-диагностического процесса, сложность лечебной работы с потребностью в ресурсах. Эта работа по совершенствованию состава и определению затратно-стоимостной нагрузки КСГ находилась в стадии организации и была далека до завершения. Совершенствования КСГ, несмотря на проводящийся ТФОМС мониторинг, в достаточном объеме не производилось. В результате действовавшие на территории области КСГ, несмотря на очевидные преимущества над другими способами оплаты, не полностью отвечали предъявляемым к ним требованиям.

Кроме того, дифференциация КСГ на два уровня оказалась недостаточной.

Опыт Воронежской области показал, что в рамках использования тарифов, базирующихся на стоимости койко-дня (пусть и зависящей по величине от тяжести состояния больного), становится трудновыполнимой задача увязать клиническую и затратную стороны лечебно-диагностического процесса, сложность лечебной работы - с потребностью в ресурсах.

В то же время, группировка нозологий по клиническим признакам является основной составляющей процедуры классификации. Так как затратно-стоимостная нагрузка медицинской помощи при лечении конкретной нозологии прямо связана с количеством и перечнем простых медицинских услуг, оказываемых при лечении этой нозологии, то данные тарифы должны в наибольшей степени отвечать требованиям соответствия затрат и результатов, способствовать повышению эффективности работы медицинских организаций.

Таким образом, задаче обеспечения соответствия затратно-стоимостной нагрузки лечения заболевания и стоимости его лечения в большей степени соответствует дифференциация стоимости не по койко-дням, а по полной стоимости заболевания.

Данной задаче в значительной степени соответствует внедряемая (с целью преодоления сложившейся множественности подходов субъектов РФ и формирования унифицированной системы оплаты медицинской помощи по всей стране и отвечающая требованиям Федерального Фонда ОМС и Министерства здравоохранения РФ) в практику оплаты медицинских услуг всех территорий единая для всех субъектов РФ методика определения тарифов на медицинские услуги и оплаты медицинской помощи.

Начиная с 2015 года на территории Воронежской области оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, производится в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 15 декабря 2014 года «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации), согласно которым оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, должна оплачиваться в соответствии с разработанной и постоянно совершенствующейся классификацией КСГ, формирование которой базируется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов. Критерии классификации разделены на основные: диагноз (код по МКБ 10 и хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года 1664н (далее - Номенклатура)), и дополнительные: возрастная категория пациента; сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10); пол; длительность лечения [10].

Также величина оплаты должна, в соответствии с Методическими рекомендациями, зависеть от уровня медицинской организации.

Отметим, что допускается выделение подгрупп в структуре КСГ с целью приведения доходов медицинских организаций к оптимальным, отражающим их место в системе организационной структуры здравоохранения.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н, в каждом уровне оказания медицинской помощи могут быть выделены подуровни, включающие не менее двух стационаров, с установлением в тарифном соглашении для каждого подуровня отдельного коэффициента.

Именно объективной разницей в накладных расходах объясняется действующее в настоящее время разделение медицинских организаций первого уровня на два подуровня, второго уровня (в который попало большинство медицинских организаций) на пять подуровней, третьего уровня на четыре подуровня.

Согласно Методическим рекомендациям величину тарифа на конкретную КСГ определяют:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка (БС);
2. Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ ксг/кпг);
3. Коэффициент дифференциации (КД), при наличии;
4. Поправочные коэффициенты:
 - a. управленческий коэффициент (КУ ксг/кпг);
 - b. коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУС мо);
 - c. коэффициент сложности курации пациента (КСКП).

То есть при оплате медицинских услуг используются групповые тарифы за законченный случай лечения, что соответствует необходимости отражения этапности медицинской помощи.

Главным существенным отличием разработанных и утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 15 декабря 2014 года «Методических рекомендаций» от большинства действующих в субъектах РФ является такой подход к дифференциации стоимости лечения заболеваний, при котором дифференциация стоимости производится не по койко-дням, а по полной стоимости заболевания, что, как было показано выше, в большей степени соответствует задаче обеспечения соответствия затратоемкости лечения заболевания и принятой стоимости его лечения. На перспективность этого способа оплаты указывается во многих научных разработках [1, 6].

Причем при расчете тарифов применяется большее количество коэффициентов затратоемкости по сравнению с используемыми на территории Воронежской области и ряде других субъектов РФ коэффициентами относительной стоимости, что делает дифференциацию более глубокой и, главное, коэффициенты затратоемкости относятся непосредственно к законченному случаю, что делает систему более гибкой.

Также существенное отличие подходов рекомендуемого Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и действовавшего ранее на территории Воронежской области состоит в том, что в последнем случае действовала система, во многом близкая к принципу ретроспективной оплаты медицинской помощи, при которой допускалась оплата за оказанный, пусть с небольшим, но перевыполнением плана, фактический объем медицинских услуг.

При полностью ретроспективной оплате медицинская организация самостоятельно определяет профиль и объемы медицинской помощи, а финансирующая сторона их оплачивает по факту предоставления.

В качестве буфера финансовой состоятельности системы обязательного медицинского страхования при фактическом перевыполнении запланированных для медицинской

организации объемных нормативов или изменения структуры госпитализаций в сторону удорожания на большинстве территорий служили средства нормированного страхового запаса, а на наиболее продвинутых – риск-фонда, то есть части подушевого норматива специально выделяемой для оплаты сверхплановых объемов стационарной помощи в пределах, определяемых условиями договора между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями [5]. Риск-фонд может также использоваться для поощрения мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи.

В то же время Методические рекомендации соответствуют и вводят принцип предварительной оплаты – за плановый объем услуг. Финансирующая сторона и медицинская организация планируют объемы и структуру оказания медицинской помощи, а затем согласовывают заказ на оказание медицинской помощи, исходя из потребности в медицинской помощи, имеющихся финансовых ресурсов и своих экономических интересов. Этот принцип предполагает, с одной стороны, активизацию роли финансирующей стороны как покупателя медицинской помощи, с другой – более высокий уровень экономической работы медицинской организации. Необходимо так спланировать объемы работ и структуру затрат, чтобы заказываемые и выполняемые объемы, как минимум, покрывали расходы медицинской организации.

Отметим, что важнейшее отличие между ретроспективной и предварительной оплатой состоит в степени использования инструмента планирования. При ретроспективной оплате финансирующая сторона не управляет объемами и структурой медицинской помощи, при предварительной – страховщик заказывает и оплачивает лишь то, что соответствует финансовым возможностям и заранее спланированным объемам [12].

Именно это различие вызвало определенные сложности при внедрении Методических рекомендаций на территории Воронежской области. Многие медицинские организации оказались морально не готовы к неоплате или переносу оплаты на последующий период. Но так как они получают запланированное финансирование, которое близко к необходимому и достаточному, то уже в основной массе приняли проводимую тарифную политику.

Так же способствовало преодолению указанных трудностей регулярно проводимое комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования перераспределение объемов медицинских услуг между медицинскими организациями, при условии сохранения общих объемов.

Выводы

Накопленный опыт использования оплаты медицинской помощи позволяет сделать вывод о соответствии внедряемых Методических рекомендаций структуре здравоохранения области, об их перспективности как способе рациональной оплаты медицинских услуг, ведущего к повышению результативности медицинской помощи, об их достаточной эластичности к требующимся изменениям.

Также накопленный областью опыт позволяет сделать некоторые предложения по дальнейшему совершенствованию оплаты медицинской помощи.

Одним из способов сокращения сроков лечения и повышения результативности деятельности медицинских организаций является внедрение в процесс лечения новых современных медицинских технологий. Как было показано на примере Воронежской области, ряд субъектов РФ имеет возможность использовать оригинальные технологии, разработанные территориальными ВУЗами и НИИ.

В то же время, в соответствии с экономической теорией и практикой инвестиционных процессов, внедрение новых технологических процессов требует на первом этапе дополнительных затрат, причем, зачастую, довольно значительных.

В связи с этим желательно определить возможность использования управленческого коэффициента для поощрения внедрения именно таких процессов с ограниченным сроком применения (от квартала до года). Конечно же, требование выполнения условия равенства среднего коэффициента единице должно соблюдаться [4].

Как показал опыт Воронежской области, дифференциация тарифов в зависимости от тяжести заболевания позволяет заинтересовать медицинские учреждения в лечении тех больных, которые должны лечиться на данном уровне медицинской организации.

Действительно, реальное потребление ресурсов в процессе лечения связано с тяжестью течения заболевания, не нашедшего отражения в МКБ-10 [13]. Многие заболевания возможно с достаточной достоверностью дифференцировать в зависимости от тяжести состояния пациента.

Так миокардит неревматического генеза можно разделить на: с активностью 1, тяжесть состояния 0; с активностью 11, тяжесть состояния 1; с активностью 111, тяжесть состояния 2.

Нестабильная стенокардия разделяется на относительно легкое течение заболевания (нестабильная стенокардия Н0-1), средней тяжести течения (нестабильная стенокардия Н1-11), с тяжелым течением заболевания (нестабильная стенокардия Н11, сопутствующие заболевания).

Предлагается расширить ареал применения коэффициента сложности курации, включив в круг его использования коррекцию поправочного коэффициента в зависимости от тяжести заболевания. Либо определить возможность разделения КСГ на подгруппы в зависимости от тяжести состояния больного. В последнем случае возможно поставить в соответствие тяжесть состояния больного и уровень больницы, в которой преимущественно должна оказываться медицинская помощь: при особо тяжелых случаях - в областных клинических больницах и клинических больницах скорой медицинской помощи; при заболеваниях средней тяжести - в межрайонных и городских клинических больницах; при простых случаях - в районных и городских больницах.

В некоторых медицинских организациях Воронежской области довольно большое количество госпитализаций составляют сверхкороткие, которых медицинская организация не может избежать. Например, при углубленном

диагностическом обследовании поступающих по экстренной помощи в инфекционное отделение областной детской клинической больницы № 2 (ВОДКБ № 2) пациенты в некоторых случаях оказываются больными по диагнозам, которые лечатся в других больницах. Например, при выявлении гастроэнтерологического случая, больной ребенок должен получать помощь в Областной детской клинической больнице № 1, и ВОДКБ № 2 получает только пятьдесят процентов от стоимости законченного случая. Более того, она уже не сможет «добрать» сумму, так как сверхкороткое лечение уже засчитано при подсчете фактически выполненных услуг в качестве полноценной госпитализации. Отметим, что как показывают поступающие от других территорий счета за медицинские услуги, оказанные застрахованным на территории Воронежской области, подобная ситуация наблюдается и в других субъектах РФ.

Учитывая, что в соответствии с утвержденными Минздравом РФ Методическими рекомендациями «Методика расчета по нормированию труда» от 11.03.1999 соотношение затрат времени врача при поступлении, в процессе лечения и при выписке для терапевтического отделения для общелечебной сети составляет 3 : 1 : 2, и принимая среднюю длительность госпитализации за десять койко-дней, предлагается учитывать объемы медицинской помощи при объективно проведенной краткосрочной госпитализации с коэффициентом 0,5, [9].

Литература

1. Ахметзянов А.Р., Шейман И.М. Модернизация способов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. - № 5
2. Данилов А.В. Проблемы дифференциации оплаты койки в зависимости от уровня медицинской помощи // Мат. научно – практ. конф. НИИ им. Н.А. Семашко. - М., 1998
3. Данилов А.В. и др. Перспективы развития методологии расчета тарифов на медицинские услуги в стационарах Воронежской области // Сб. научн. тр. Воронеж, 1998.
4. Железнякова И.А. Тарифная политика в системе обязательного медицинского страхования. Оплата медицинской помощи. Итоговая учеба экономистов. – 2015.
5. Исакова Л.Е., Шейман И.М., Бабарыкина С.В. и др. Методические рекомендации по выбору и организации системы оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (Проект. Разработан в рамках Плана научно-исследовательских работ в области ОМС Федерального Фонда ОМС.). М., 1999.
6. Крачевская С.А., Кравчук С.Г., Потапчик Е.Г. и др. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС в оценках страховых медицинских организаций // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. - №5.
7. Макарова Т., Лебедева Н. Финансирование медицинской помощи: новые подходы, новые проблемы // Медицинское страхование. – 1995. – № 10.
8. Макарова Т.Н. и др. Практический опыт перевода многопрофильной больницы на новый метод оплаты медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий. Технический отчет. ZdravReform/ЗдравРеформ. М. 1996
9. Методические рекомендации «Методика расчета по нормированию труда», утвержденные Минздравом РФ от 11.03.1999
10. «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 15 декабря 2014 года
11. Телюков А.В. Формирование, тарификация и пересмотр клинико-затратных групп. Технический отчет. ZdravReform/ЗдравРеформ. Москва. 1996
12. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения, М: Издатцентр, 1998.
13. Шипова В.М., Горбунков В.Я. Медико-экономическая оценка стационарозамещающих технологий/ М. Главный врач, 2003, №3

Для корреспонденции:

Данилов Александр Валентинович – директор ТФОМС Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, экономика и управление в здравоохранении» Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко

Московченко Константин Борисович – эксперт отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы ОМС

Адрес: 394026, г. Воронеж, Московский проспект, 4
Тел.: (473) 252-19-66; факс: (473) 259-35-58; e-mail: vrn@omsvrn.ru

For correspondence:

Alexander V. Danilov, MD., PhD – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region, Assistant Professor доцент of the Chair for Public Health, Economics and Management in Medical Care of the Institute of Advanced Professional Education of the N.N. Burdenko Voronezh State Medical University

Konstantin B. Moskovchenko – Expert of the Department of Formation and Economic Feasibility of Territorial OMI Program

Address: Moskovsky pr. 4, Voronezh, 394026, Russia
Tel.: (473) 252-19-66; Fax: (473) 259-35-58; e-mail: vrn@omsvrn.ru

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Скворцова призвала членов ШОС создать единое пространство безопасности здоровья населения

«Концентрация совместных усилий с целью сохранения здоровья на протяжении всего жизненного цикла человека должна быть заложена в основу стратегии сотрудничества», - сказала глава Минздрава РФ

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова призывает государства-члены Шанхайской организации сотрудничества (ШОС) к более активному сотрудничеству в создании единого пространства безопасности здоровья населения. Об этом она заявила, выступая на втором совещании министров здравоохранения государств-членов ШОС.

«Концентрация совместных усилий с целью сохранения здоровья на протяжении всего жизненного цикла человека должна быть заложена в основу стратегии сотрудничества государств-членов ШОС, - сказала она. - Мы призываем активно развивать сотрудничество в рамках Шанхайской организации, в частности, по вопросу создания единого пространства безопасности здоровья населения».

По ее словам, наличие общих границ, активное транспортное сообщение и миграционные потоки между странами ШОС диктуют необходимость комплексного координации совместных действий по обеспечению безопасности здоровья населения.

ШОС - постоянно действующее региональное международное объединение, о создании которого было объявлено 15 июня 2001 года в Шанхае. Приоритетные направления деятельности ШОС - совместное противодействие терроризму, экстремизму, развитие сотрудничества в образовании, а также в энергетической, нефтегазовой, транспортной, телекоммуникационной и других областях. В настоящее время членами ШОС являются Россия, Казахстан, Киргизия, Китай, Таджикистан и Узбекистан. Статус наблюдателей имеют Афганистан, Индия, Иран, Монголия и Пакистан, «партнерами по диалогу» являются Белоруссия, Турция и Шри-Ланка.

Главным событием российского председательства в ШОС станет саммит, который пройдет 9-10 июля в Уфе. На нем ожидается принятие комплексной программы развития организации до 2025 года, а также запуск процесса присоединения к ней Индии и Пакистана.

*ТАСС, Москва,
(07.07.2015)*

Развивать медицинский туризм в рамках ШОС предложил Батыралиев

Особое внимание на встрече глав минздравов стран ШОС уделено взаимному признанию результатов медицинского освидетельствования трудовых мигрантов в России.

Министр здравоохранения КР Талантбек Батыралиев предложил развивать медицинский туризм в рамках ШОС, сообщает пресс-служба ведомства.

В Москве во вторник прошло второе совещание министров здравоохранения стран-участниц ШОС, на котором обсудили реформу систем здравоохранения стран организации и вопросы расширения сотрудничества.

«Особое внимание уделили борьбе с фальсифицированной медицинской продукцией, вкладу здравоохранения в социальное развитие стран ШОС и опыту формирования перечня лекарственных средств для обеспечения гарантированной медицинской помощи», — сказано в сообщении.

Предложения главы министерства Батыралиева по развитию высоких медицинских технологий, телемедицины и созданию единого информационного пространства получили одобрение всех участников.

«Инновации в области медицинского туризма и развитие государственно-частного партнерства в области охраны здоровья, а также в подготовке и обмене опытом национальных медицинских школ вызвали особый интерес у коллег из других стран», — отмечено в пресс-релизе.

В рамках встречи Батыралиев обсудил с министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой вопросы улучшения медицинского обслуживания граждан КР на территории государств ШОС.

Особое внимание на переговорах уделили взаимному признанию результатов медицинского освидетельствования трудовых мигрантов в России и подготовке медицинских специалистов в учебных заведениях РФ.

*Спутник, Бишкек,
(09.07.2015)*

Застраховано ли наше здоровье?

Экономист Сергей Шишкин о том, насколько справедлива критика существующей системы медстрахования

Возобновился спор об организации и финансировании здравоохранения в России. В одной публикации (Андрей Рагозин, «Почему увольняют врачей», «Ведомости» от 8.07.2015) ОМС обвиняется в экономически необоснованных тарифах оплаты медицинской помощи и в ухудшении ее доступности. Существующую модель ОМС предлагается упростить: страховые взносы заменить налоговыми поступлениями, страховые медицинские организации убрать как ненужных посредников между фондами ОМС и медицинскими организациями.

В другой публикации (Владимир Назаров, Наталья Сисигина, «Воскрешение динозавра», «Ведомости» от 13.07.2015) утверждается, что в России страховая модель здравоохранения до сих пор не создана и мы по-прежнему

имеем дело с советской моделью здравоохранения. Другими словами, поскольку модель у нас не страховая, то и нельзя делать виновным медицинское страхование в проблемах нашего здравоохранения.

Коллеги перегнули палку. Утверждение, что мы имеем дело с советской моделью, явная натяжка. То, что мы называем ОМС, представляет собой систему финансирования, заметно отличающуюся от того, что было в советское время. Так виновна ли эта система в тех грехах, о которых пишет Рагозин?

Начнем с доступности медицинской помощи. И в статье Рагозина, и в ряде других публикаций в СМИ в качестве аргумента о ее снижении приводятся впечатляющие данные Росстата о сокращении общего числа медицинских учреждений в стране. При этом авторы либо не знают, либо лукаво умалчивают, что Росстат учитывает самостоятельные учреждения и не учитывает происходившую в значительных масштабах реорганизацию мелких амбулаторий и больниц в структурные подразделения более крупных медицинских учреждений.

Утверждения о снижении доступности медицинской помощи обычно сопровождаются еще и указанием на рост объема платных медицинских услуг. Да, он имеет место. Но это отнюдь не свидетельствует однозначно об ухудшении доступности медицинской помощи. Сравнение результатов эконометрического анализа факторов, влияющих на частоту практик оплаты медицинской помощи, проведенного по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ в 2004 и 2011 гг., свидетельствует, что в этот период большее значение приобрел фактор состояния здоровья и мало значимы стали размеры государственного финансирования здравоохранения в регионах. Основные причины оплаты населением медицинской помощи кроются теперь уже не в недостатке государственных средств, для того чтобы граждане могли получить медицинскую помощь бесплатно, а в желании получить услуги более высокого качества. При этом данные РМЭЗ показывают, что за период 2000–2013 гг. значительно сократилась доля пациентов, отказывающихся от получения необходимых медицинских услуг в силу отсутствия денежных средств. Так, в 2000 г. доля таких домохозяйств – «отказников» от амбулаторной помощи составляла 6,7%, а в 2013 г. была уже вдвое меньше: 3,4%. Как видим, говорить о снижении доступности медицинской помощи в предыдущее десятилетие нельзя.

А можно ли упрекать ОМС за то, что установленные тарифы на оплату медицинских услуг являются экономически необоснованными, не покрывают расходов на их оказание? Да, эти тарифы не соответствуют ожиданиям медиков. Но давайте смотреть правде в глаза: размеры тарифов зависят от объемов государственного финансирования здравоохранения, а они у нас составляют всего 3,6% ВВП по сравнению с 7,3% в европейских странах. Вследствие экономического кризиса и сокращения бюджетных доходов расходы государства на здравоохранение уменьшились в 2014 г. на 1,2% в реальном (с учетом инфляции) выражении, а в 2015 г.

уменьшатся еще на 10,2%. Неужели критики ОМС всерьез полагают, что если бы модель страхования была проще, ближе к бюджетной, то и деньги бы появились, и тарифы на оплату медицинских услуг выросли бы?

Всего несколько лет назад, в 2010 г., был принят новый закон «Об обязательном медицинском страховании», который значительно модернизировал нашу систему ОМС. Тогда много спорили о том, нужно ли вообще сохранять ОМС, должна ли у нас быть модель «единого плательщика» или модель со многими страховыми медицинскими организациями, выполняющими функции плательщиков. Взвесив все «за» и «против», правительство и Федеральное собрание приняли решение систему ОМС и страховые организации в ней оставить, но внести такие изменения в эту систему, которые существенно улучшат ее работу. Это установление федеральным законом твердого размера страховых взносов за неработающих граждан из региональных бюджетов, это новые правила выравнивания финансовой обеспеченности территориальных фондов ОМС, это новые правила работы страховых медицинских организаций, это новые способы финансирования медицинских организаций, увязывающие деньги с результатами их работы. В течение 2011–2014 гг. такая модернизация системы ОМС произошла, и с нынешнего, 2015 года новая модель ОМС внедрена полностью. Появились ли основания для ее нового пересмотра?

Нужно отметить, что проведенные в системе ОМС изменения оказались результативными. Обеспечено выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г., до введения в действие нового закона, размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

ОМС уменьшило барьеры, существовавшие ранее для получения медицинской помощи гражданами за пределами мест своего постоянного проживания. Сейчас полис ОМС, выданный в любом регионе, дает право его владельцу на получение бесплатной медицинской помощи на всей территории страны.

ОМС изменило порядок финансирования медицинских организаций. Недовольство этим можно часто услышать от представителей медицинского сообщества. До введения ОМС все больницы и поликлиники финансировались из бюджетов по смете. Результаты их работы, качество оказываемой медицинской помощи на размеры финансирования не влияли. А влияли размеры учреждения, его статус, умение главврача наладить отношения с начальством и т. п. Средства ОМС стали платиться за конкретные результаты – за посещения врачей, за пролеченных больных с учетом сложности заболеваний и т. п. И очень важно, что страховщики стали контролировать, действительно ли застрахованным были оказаны объемы помощи, предъявляемые к оплате, и соответствует ли их качество установленным стан-

дартам. Это вызывает сильное недовольство медиков, которые упрекают страховщиков в некомпетентном контроле за их деятельностью. Можно понять мотивы медиков, которым такой порядок не нравится и которые ратуют за отмену ОМС. Понять можно, но вряд ли можно принять. Если разорвать связь между финансированием и оценкой результатов работы, если не контролировать реальные объемы и качество оплачиваемых медицинских услуг, то никаких денег у государства на оказание результативной медицинской помощи и обеспечение улучшения показателей здоровья населения не хватит.

Недовольство медиков системой ОМС усилилось после состоявшегося в этом году полного перехода к так называемому одноканальному финансированию медицинских организаций. Раньше больницы и поликлиники получали государственные средства на свою работу из двух основных источников: часть – из системы ОМС и часть – из бюджета (местного, регионального или федерального – в зависимости от уровня подчиненности учреждения). При этом схожие учреждения примерно с одинаковыми объемами, структурой и качеством оказываемой медицинской помощи могли получать очень разные по размеру государственные средства.

Теперь расходы на оказание медицинской помощи – за исключением отдельных ее видов, так называемых высокотехнологичных (ангиопластика и стентирование артерий, трансплантация органов и др.) и социально значимых (лечение больных туберкулезом, ВИЧ – СПИДом, психическими заболеваниями), – возмещаются только из одного источника: средств ОМС. Одноканальное финансирование позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские организации, с объемами и сложностью оказываемой ими медицинской помощи и достигаемыми результатами, т. е. расходовать государственные средства эффективно. Переход от прежней схемы финансирования к новой, да еще и в условиях сокращения общих размеров государственного финансирования здравоохранения, привел к тому, что некоторые учреждения, получавшие ранее основную часть средств из бюджета, поначалу оказались в тяжелом финансовом положении. Средства, которые они стали получать из системы ОМС, оказались меньше, чем до перехода к одноканальному финансированию. Отчасти это произошло из-за общего сокращения размеров государственного финансирования здравоохранения, но в глазах медиков виноватой оказалась реформа ОМС. Однако отчасти проблемы возникли из-за недостатков в планировании, из-за того, что не был предусмотрен переходный период от старых правил к новым. Возникшие временные перекосы исправляются. И уж они никак не могут служить серьезным основанием для пересмотра всей модели ОМС.

Существующую систему ОМС обвиняют еще и в том, что она построена и сохраняет ориентацию на «конкурентную рисковую модель», которая совсем не адекватна условиям нашей страны. Да, действительно, рынок медицинских услуг в России имеет место в мегаполисах и больших городах, а в средних и малых городах и в сельской местности возмож-

ностей выбора медицинских учреждений у жителей нет. Но это не может служить основанием для отказа развивать конкуренцию между медицинскими организациями там, где она возможна и имеет место. Не будем забывать, что в мегаполисах и больших городах (с числом жителей более 500 000) живет треть населения страны. Да и жители других населенных пунктов значительную часть специализированной медицинской помощи получают в крупных городах. И наличие в них конкурирующих медицинских организаций будет способствовать повышению качества услуг, оказываемых всем гражданам. Так, данные опроса населения, проведенного «Левада-центром» в октябре 2014 г., показали наличие следующей зависимости: чем больше доля ответов пациентов об отсутствии альтернатив получению медицинской помощи в медицинской организации, где они лечились, тем меньше доля пациентов, удовлетворенных результатами получения медицинской помощи в этой организации.

Особый вопрос – о роли страховых медицинских организаций в ОМС. Да, при создании ОМС доминировало представление о том, что конкуренция между страховщиками за привлечение застрахованных обеспечит лучшую защиту их прав на получение медицинской помощи и будет содействовать эффективному расходованию страховых средств, поскольку страховщики будут экономически заинтересованы в том, чтобы пациентам было обеспечено необходимое результативное лечение и чтобы при этом не было приписок, ненужных процедур и т. п. Но с самого начала правила ОМС были составлены таким образом, что экономической заинтересованности страховщика в эффективной организации медицинской помощи возникнуть не могло. Страховые медицинские организации были поставлены в позицию посредников в движении финансовых средств между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями. При этом они выполняют ряд полезных функций: ведут учет застрахованных и оказываемой им помощи, проверяют достоверность ее объемов, указываемых в финансовых счетах, проводят экспертизу ее качества, защищают права застрахованных в суде. Но роль страховых медицинских организаций в ОМС могла бы быть более результативной. Стоит ли исключить их из ОМС? С экономической точки зрения это особой экономии не даст. Территориальным фондам ОМС придется взять на себя выполнение всех функций страховщиков, а это неизбежно повлечет увеличение штатов. Временная экономия на расходах на ведение дела страховых медицинских организаций будет съедена неизбежным в этом случае ростом затрат на содержание аппарата фондов. Лучше попытаться изменить условия работы страховых компаний в ОМС так, чтобы они были заинтересованы в повышении эффективности использования средств ОМС и могли продемонстрировать получаемые результаты. Добиться этого, как оказалось, задача очень сложная, но решаемая. В новой системе ОМС предусмотрены механизмы экономического стимулирования страховщиков за более эффективную деятельность. Пока они еще работают плохо. Нужно их отлаживать и поэтапно развивать.

Рассмотрим последний аргумент критиков существую-

щей модели ОМС: если источником финансирования будут служить не страховые взносы работодателей, а налоги, то это позволит лучше обеспечить стабильность финансирования в случаях кризисов и роста безработицы. Такое утверждение теоретически верно... для условий западных стран. У нас оказалось иначе. В кризисный 1998 год бюджетные расходы на здравоохранение сократились в реальном выражении на 8%, а страховые взносы работодателей за работающих – на 6%; в кризисный 2008 год бюджетные ассигнования уменьшились на 3%, а страховые взносы оказались больше на 4%. Наконец, в текущем 2015 году сокращение бюджетных расходов на здравоохранение составит 14% в реальном выражении, а сокращение взносов – всего 2%. Какой же источник финансирования ОМС более стабилен?

Таким образом, приводимые обвинения сложившейся модели ОМС и соответствующие аргументы о необходимости ее радикального упрощения на поверку оказываются несостоятельными. Согласен с Назаровым и Сисигиной в том, что у нас нет альтернативы страховой модели. Но трудно согласиться с тем, что реформы у нас могут и должны быть лишь запуском рыночного механизма, который дальше должен работать самостоятельно. Такой подход, в случае его осуществления, как раз и может привести к разрушению целых звеньев в системе оказания медицинской помощи и ухудшению ее доступности для населения. Можно упрекать государство в том, что это слабый институт, а российскую бюрократию – в «кампанейщине», но им пока нет достойной альтернативы в защите общественных интересов. А потому и будущее развитие ОМС видится не как кампания по замене его на рыночную модель, а как поэтапный процесс усиления действия страховых принципов, корреспондирующий с развитием способности государства реализовывать более сложные модели управления.

*Автор – директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»
Сергей Шишкин
Ведомости, Москва,
(22.07.2015)*

Гален: язычник, создавший христианскую медицину

На конференции «Медицина и религия», которая прошла в этом году в Гарварде, нашу страну и русскую историческую науку представил член Церковно-общественного совета по биомедицинской этике Московского Патриархата, заведующая кафедрой истории медицины, истории отечества и культурологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, доктор исторических наук, профессор Дмитрий Балалыкин. В Гарварде ученый выступил с докладом о влиянии раннего христианства на развитие медицины. Дмитрий Алексеевич рассказал «Правмиру» о призвании врача и о том, что никакого противостояния между наукой и религией нет, хотя это мнение долго доминировало с легкой руки советских ученых. Наоборот, появление

новой религии дало мощный толчок развитию медицины и наук в целом.

Клавдий Гален – римский медик, хирург и философ греческого происхождения, живший во II веке нашей эры. Он получил прекрасное образование, много путешествовал, собрав множество информации по медицине. В Риме Гален врачевал знать, был личным врачом нескольких императоров.

Теории Галена доминировали в Европейской медицине в течение 1300 лет. Студенты-медики изучали труды Галена до XIX века включительно, а его теория о том, что мозг контролирует движения при помощи нервной системы, актуальна и сегодня.

– В современной популярной культуре образ хорошего врача – это некий эксцентричный или даже циничный человек. Герой того же Охлобыстина – доктор Быков – ведет себя подобным образом. Как, по-вашему, сочетается в этом контексте христианство и медицина в наши дни? Должен ли хороший врач быть циником?

– Начну с того, что ни сериал «Интерны», ни «Доктор Хаус» не появились бы, если бы их герои соответствовали реальности. Конечно, каждая профессиональная категория богата на разных чудаков, но на самом деле подобного рода психология скорее большое препятствие для преуспевания в клинической медицине, потому что эта специальность сама по себе очень иерархична.

Большое значение имеет опыт, и всегда велика вероятность ошибки. Этот апломб (поведение эксцентрика на грани эпатажа), скорее, нехарактерная вещь. Среди хирургов есть условный типаж – «великие»: когда человек знает, что у него за спиной большой опыт, и он знает, что его оперативное искусство на грани возможного, у него может быть резковатое поведение. Но это не эксцентрика, как у Быкова, который тратит на это время и наслаждается этим.

Хирурга можно судить по тому, выжил больной, или его повезли в морг. У каждого хирурга есть свое кладбище. И вроде бы операция прошла хорошо, а тут – бац! – и осложнения на ровном месте. В неожиданных смертях могут быть виноваты и не связанные с заболеванием факторы. А в другой раз врач вроде бы и недоволен качеством операции, и сомнений много, а пациент прекрасно выздоравливает. На все воля Божья!

В «Искусстве медицины» Галена, величайшего теоретика и практика медицины II века от Р.Х., была фраза о том, что задача врача – создать условия для выздоровления. С пациентом можно надевать различные маски, чтобы добиться нужного эффекта, но гордыня тут совершенно не уместна. Лечит Господь, а врач или хирург должны ощущать себя лишь инструментами в руках Божьих. Кстати, и этика, и упование на Бога непосредственно формируют психотип врача.

– Расскажите, как возникла фигура Галена, философа, врача римских императоров и гладиаторов, в качестве предмета вашего изучения?

– Буквально недавно, года четыре назад, я неожиданно столкнулся с фактом, что более крупного явления в исто-

рии медицины, чем Гален и галенизм, начиная с рождения метарационального познания, на самом-то деле и нет, нет источников, их надо перевести и ввести в научный оборот.

Очень интересна история перевода корпуса Галена на русский язык. Первый перевод относится к XV веку. Кирилл Белозерский перевел фрагменты «Комментариев Галена к творениям Гиппократов» для обучения братии, трудившейся в монастырской больнице. Рукопись «Галиново на Ипократов» (именно так озаглавил свой перевод святой Кирилл) была найдена в XIX столетии и опубликована Н.С.Тихонравовым.

Этот перевод хронологически совпадает с концом эпохи галенизма в медицине. Возможно, именно поэтому на русский язык вплоть до второй половины XX века труды Галена больше не переводились. Впрочем, русские историки медицины во многом стали новаторами.

В 1971 году под редакцией академика Терновского вышел обширный комментированный перевод работы «О назначении частей человеческого тела». Однако после этого в отечественном, да и мировом галеноведении, наметилось затишье. И лишь в 2014 году благодаря стараниям нашей кафедры вышла коллективная монография «Гален: врач и философ», а затем первый том «Сочинений» Галена.

– Как Гален повлиял на христианскую традицию?

– Гален прекрасно знал про христианство и иудаизм. Есть фрагменты текстов, которые на это прямо указывают. Христиане знали про Галена, это точно. Существовала даже маленькая квазигностическая ересь, так называемая Симеона Кожевника, образовавшаяся под влиянием чтения Галена и его философских трактатов.

К первой половине III века складывается натурфилософская позиция христианской церкви. В части общего богословия, что касается границы с естественными науками, эта позиция складывается совершенно определенно. Я это связываю с именем святого Дионисия Великого. Фрагменты работы «О природе», что нам удалось перевести части текста это отрицательные отзывы Дионисия Великого о методах, оппонентах Галена.

На Западе исследователи разделились на два лагеря: тех, кто считает, что Гален представитель античности, и тех, кто причисляет его к новой христианской цивилизации. Для меня Гален, безусловно, второе, хотя он не был христианином. Но он был совершенно лояльным христианам мыслителем. Несколько его трактатов имеют прямые параллели с работами Пахомия Великого, Антония Великого, порой есть даже буквальные совпадения. Отношения галенизма и христианства глубже и теснее, чем мы считали. Я думаю, что нас ждет еще немало сюрпризов в этой области.

– Существуют ли в современном мире в отношениях между Церковью и медициной следы галенизма?

– Безусловно! Этика Галена и Гиппократов – это неразрывные вещи, они никуда не делись. Возьмите клятву Гиппократов. Это IV век до Р.Х., когда аборт не просто норма, а убийство детей распространено. В клятве Гиппократов категорический запрет помощи врача при абортах. А самоубийство! Скажем, у стоиков, достойный уход из жизни Сенеки

– это почетно. Но по Гиппократу, врач не должен потворствовать эвтаназии.

Я сотрудничаю с Синодальным советом по биоэтике, который возглавляет отец Дмитрий Смирнов. Недавно мы обсуждали выведение абортов из системы ОМС. Какое бы я мнение, как врач и как верующий человек не имел, с точки зрения государственной политики, в здравоохранении мы не вправе запрещать любой женщине делать аборт, это ее собственный выбор.

Но почему мы должны за это платить? За убийство своих собственных детей, будущего нации? А платим за это из своих собственных отчислений, из налогов. Вот так причудливо переплетается этика Гиппократов и Галена с христианскими взглядами на современные вопросы биоэтики и систему здравоохранения.

– Если галенизм как парадигма медицинской науки не противоречит христианству, можно ли говорить о конфликте религии и науки вообще?

– Разумеется, нельзя. Концепция конфликта науки и религии – относительно недавнее «изобретение». Просто зарождение такой дисциплины как история науки связано с сильным влиянием этой идеи конфликта, связанной в первую очередь с «концепцией Дрейпера — Уайта». Два ученых, Эндрю Уайт и Томас Дрейпер, написали довольно фундаментальные по объему книги, которые были посвящены попытке доказать, что вся история зарождения, становления и развития науки – это бесконечная история борьбы науки с религией, прежде всего с христианством, которое постоянно мешало развитию.

И до 90-х годов XX века концепция конфликта науки и религии – это доминирующий в историографии взгляд на проблему. Это очень связано с идеей прогресса, которая очень популярна в начале XX века. Эта концепция, созданная либеральными учеными удивительным образом комплиментарна марксистской теории науки.

Однако, на мой взгляд, именно изучение галенизма и его взаимосвязей с христианством показывает, что ни прото-наука, ни наука в собственном смысле слова, то есть наука Нового времени не смогла бы появиться без монотеистического, в первую очередь, христианского представления о мире. Усилия Альберта Великого и Фомы Аквинского в наибольшей степени позволили преодолеть в Западной Европе конфликт богословия и научного мировоззрения.

Вследствие дискуссии, которая имела место в стенах, прежде всего, Парижского университета и ряда других крупных образовательных площадок, были осуждены аверроисты, или неоаристотелики. В их осуждении заключалась очень важная и опасная ловушка, которая могла привести христианское богословие того времени к пониманию науки как врага.

Этого не произошло. И вследствие этого с XIII века начинается очень бурное развитие естествознания в Западной Европе. Именно об этом я говорил в Гарварде и нашел позитивный отклик у зарубежных коллег.

*Православие и Мир, Москва,
(29.07.2015)*

Сотрудница внутренних органов

«Зрячую» таблетку для диагностики будут серийно производить в России

Уникальный эндоскопический комплекс «Ландыш», созданный и запатентованный в России, с начала будущего года планируют серийно производить на обновленном предприятии в ЗАТО «Лесной» на Урале. В комментарии для «Российской газеты» эту новость официально подтвердил руководитель Инжинирингового центра Национального исследовательского ядерного университета МИФИ Дмитрий Михайлов.

Именно здесь, в НИЯУ МИФИ, четыре года назад был создан прототип медицинского изделия, соединившего в себе микросхему и такую же микроскопическую видеокамеру. Все вместе представляет собой небольшую капсулу и предназначено для обследования желудочно-кишечного тракта.

Не секрет, что у большинства пациентов используемая сейчас процедура (и методы) обследования ЖКТ еще на стадии подготовки вызывают страх, и многие как могут оттягивают это неприятное дело, хотя все показания за то, чтобы пройти обследование незамедлительно. Современный метод эндоскопии с применением комплекса «Ландыш» не просто устраняет психологические, физиологические и прочие препятствия к такому обследованию, но и позволяет провести его максимально эффективно.

В одноразовую диагностическую капсулу размером всего 13 мм на 27 мм, которую пациент без труда проглатывает, встроены цветная видеокамера, светодиоды, источник питания и микросхема. Компактное записывающее устройство крепится на пояс пациента. Проходя по желудочно-кишечному тракту в среднем за восемь часов, «зрячая таблетка» собирает и фиксирует требуемую для врача и пациента информацию «о пути следования». А разработанная особым образом программа позволяет просмотреть все полученные кадры и автоматически определяет область, где существуют повреждения (паталогия). Такой метод, безусловно, облегчает жизнь и врачу, и пациенту.

Вслед за первыми прототипами устройства началась серия углубленных испытаний, по советам медиков дорабатывалось программное обеспечение. Параллельно изучались возможная сфера и масштабы применения «Ландыша» в практическом здравоохранении. А ректор МИФИ поддержал идею строительства на территории вуза настоящего, хоть и мелкосерийного, завода, где оттачивались подходы к массовому производству устройства.

Теперь эти этапы позади. Причем в сравнении с зарубежными аналогами (эндоскопические капсулы производят еще в Израиле, Японии и Южной Корее) у российского «Ландыша» есть ряд преимуществ. В частности, разработано такое программное обеспечение, которое в автоматическом режиме анализирует видеоряд и выделяет (акцентирует) места с признаками заболеваний ЖКТ. Это серьезно экономит время врача-специалиста: ему не надо просматривать всю многочасовую видеозапись, а достаточно проверить те отрез-

ки видео, которые помечены программным средством как подозрительные.

Второе не менее важное преимущество - себестоимость эндоскопической капсулы и конечная цена диагностической процедуры с ее использованием. Аналоги, произведенные за рубежом, гораздо дороже, а стоимость всей процедуры, включая рабочее время врача, выше в 4-5 раз. У нас, на начальном этапе маркетинговых исследований, заявлялась стоимость процедуры с использованием капсулы «Ландыш» в пределах 13-15 тысяч рублей.

- Сейчас мы видим возможность снизить цену до 6-7 тысяч рублей, а в десять должны уложиться без сомнений, - говорит Дмитрий Михайлов. - При мелкосерийном производстве, которое было до сих пор на нашей собственной базе в Москве, этого мы достигнуть не могли. А с началом серийного выпуска капсулы «Ландыш» в промышленном масштабе ее себестоимость ощутимо снижается. И, конечно, без потери диагностических качеств. Расхожее представление, что все российское хуже западного, а более доступное (дешевое) - значит, менее эффективное, своим примером мы надеемся опровергнуть...

Серийное производство эндоскопических капсул «Ландыш» - до 300 тысяч в год - решено наладить, как уже сказано, на площадях нового завода в закрытом административно-территориальном образовании «Лесной» в Свердловской области. Для тех, кто не знает, - это режимный город, который с момента своего создания выполняет особо важные задачи с сфере оборонно-промышленного комплекса страны: комбинат «Электрохимприбор» стал базой серийной сборки ядерных боеприпасов, а сейчас наращивает выпуск гражданской продукции. Высочайшая технологическая дисциплина, которая десятилетиями утверждалась на таких предприятиях, сформировала и особую городскую среду, и особый менталитет у жителей атомграда. Поэтому инициаторы идеи разместить инновационное производство в Лесном уверены, что с подбором квалифицированного персонала проблем не возникнет.

- Завод под нашу технологию намечено пустить в начале 2016-го, - уточняет Дмитрий Михайлов. - Уже организована закупка необходимых станков, ремонт и оборудование помещений. Одновременно с запуском серийного производства сможем получить сертификат на новое медицинское изделие. Так требует российское законодательство: разрешительный документ на продукцию медицинского назначения может быть выдан только в привязке к его конкретному производителю. Все предшествующие испытания он успешно выдержал, в том числе химические тесты и проверку на электромагнитную совместимость. Остались только финальные испытания на людях. В нашем случае это не займет много времени.

Ранее сообщалось, что клинические тесты «Ландыш» пройдет в Свердловской областной клинической больнице №1 и частной клинике «УГМК-Здоровье». Оба учреждения включены в федеральный перечень организаций, проводящих подобные испытания медицинских изделий.

Мощности завода в Лесном способны покрыть все потребности российских медицинских учреждений - государственных и частных - в такой диагностической процедуре. Поставлять на экспорт капсулы «Ландыш», произведенные в России, пока не планируется.

- Тут мы видим иной вариант продвижения российских технологий на мировой рынок - будем строить свои производства за рубежом, - открывает карты руководитель Инжинирингового центра. - Предварительные заявки уже есть от Бахрейна, Бразилии, Турции и от соседей из Белоруссии. Как только запустим завод в Лесном и заказчики смогут воочию увидеть референтное производство, можно будет договариваться о передаче проектной документации.

Если капсулу разобрать, специалисты увидят: все нами сделано с нуля. И даже на чипе есть маркировка «Произведено в России». Это не подделаешь. А в отношении эффективности - уже будущей весной мы организуем сравнительное тестирование нашего «Ландыша» и зарубежных аналогов. «Российскую газету» приглашаем в арбитры.

Тогда же, я думаю, представим публике и нашу новую разработку - эндоскопическую капсулу, которой можно дистанционно управлять. Первые образцы уже созданы: под воздействием специальной системы магнитов капсула в нужный момент останавливается, левитирует, ее можно повернуть в нужном направлении, чтобы получить более детальное видеоизображение определенной области. Это наш сюрприз для коллег-конкурентов.

Досье «РГ»

Что позволяет выявить капсульная эндоскопия? «Скрытые» желудочно-кишечные кровотечения, явные кровотечения с предположительным источником в тонкой кишке, врожденные синдромы полипоза, болезнь Крона, а также наличие заболеваний тонкой кишки.

Помимо уже упомянутых преимуществ в российском эндоскопическом комплексе «Ландыш» применено оригинальное схемотехническое решение и предложена уникальная методика автоматической постановки диагноза. При этом обеспечена полная патентная защищенность отдельного компонента системы - без раскрытия всего состава комплекса.

Любопытно, что свое название инновационная разработка специалистов НИЯУ МИФИ получила по имени врача Ландыш Губайдулиной, которая работает в больнице при этом исследовательском университете и консультировала команду инноваторов на всех стадиях проекта.

*Александр Емельяненко
Российская Газета, Москва,
(29.07.2015)*

10 самых сексуальных врачей в кино

Едва они появились на экран, миллионы женщин прильнули к телевизорам. Обворожительные и привлекатель-

ные доктора целиком и полностью заняли их сердца. И уже было непонятно, кто им больше нравится: главный герой или актер, который его сыграл?

Джордж Клуни – доктор Росс, сериал «Скорая помощь»

До этого знаменитого на всю Америку фильма он еще не представлял собой ничего серьезного, его творческая карьера была почти на нуле. Он барахтался в болоте относительных актерских неудач, но не сдавался. Однако духу и воли Джорджу всегда хватало. Он терпеливо, с завидным упорством ждал своего звездного часа. И вскоре Фортуна широко улыбнулась ему голливудской улыбкой. На подмогу начинающему актеру пришла «Скорая помощь», которая в прямом смысле слова вытащила его на дорогу славы и популярности.

Сюжет известного сериала довольно оригинален. Впервые с почти документальной точностью (правда, в художественной форме) показываются будни сотрудников приемного покоя, драматические ситуации и события, происходящие в жизни врачей, медсестер. И неожиданно для многих американцев в фильме были подняты острые, волнующие всех социальные проблемы. Доктор Даг Росс, блистательно сыгранный Джорджем Клуни, полюбился миллионам зрителей. Женщины, преимущественно домохозяйки и молоденькие студентки, были просто в восторге от образа интересного и сексуального доктора. И каждый проведенный телевизионный вечер со своим героем только прибавлял славы Джорджу Клуни.

Кстати, по предложенной идее Джорджа во дворе больницы повесили баскетбольное кольцо. Вначале площадка использовалась актерами для того, чтобы немного размяться. А позже сценаристы вдруг решили использовать ее в своих сюжетах. И таким образом баскетбольная площадка в сериале превратилась в место, где герои ведут откровенные разговоры, изливают друг другу душу.

За роль Дага Росса в телесериале «Скорая помощь» Джордж Клуни получил премию Гильдии киноактеров США и был номинирован на «Золотой глобус» как лучший актер.

Максим Аверин – доктор Брагин, сериал «Склифосовский»

Герой сериала «Склифосовский» доктор-хирург Олег Брагин – личность неоднозначная и сложная. Однако, ближе знакомясь с его персонажем по ходу фильма, никто не может оспорить того факта, что он обаятелен, сексуален, талантлив и может творить чудеса на операционном столе. Спасенные им пациенты – красноречивый тому пример. И свою профессиональную работу он делает с чувством юмора, с некой бравадой, чем очень удивляет и поражает окружающих его людей. По сюжету фильма нам становится ясно, что Олег Брагин был когда-то женат, имел семью. И после развода, видимо, для того, чтобы забыть прошлое, он целиком и полностью посвятил себя любимой профессии. Враги-завистники его явно не любят, зато Олега обожают самые красивые женщины отделения. И очень заметно, как бесстрашный хирург Брагин колеблется, не решаясь, кому отдать предпочтение.

За время съемок телесериала «Склифосовский» Максим Аверин износил 40 медицинских шапочек. Эти головные уборы, похожие на банданы, актер придумал сам.

Хью Лори, сериал «Доктор Хаус»

Герой сериала – доктор Грегори Хаус, человек странный и непредсказуемый. Он живет и работает по принципу «Все лгут». Его никто не любит – ни коллеги, ни пациенты. Тяжелый характер доктора Хауса, в особенности его колкие замечания, трудно выдержать и остаться спокойным и невозмутимым. Однако этот мрачный, хромой, постоянно опирающийся на трость человек ставит блестящие диагнозы. Перед таким феноменом признают свое поражение даже самые авторитетные врачи клиники, где работает доктор Хаус. Его манера разговаривать с пациентом – это стиль иезуита, который с помощью хитроумных вопросов выведывает всю подноготную больного. Доктор Грегори Хаус обладает какой-то скрытой привлекательностью, которую, видимо, разглядели поклонницы таланта Хью Лори. Наверное, по этой причине они спешили по вечерам к телевизионным экранам. За свою же блистательную роль Хью Лори дважды получал престижную премию «Золотой глобус». И актер был благодарен судьбе, подарившей ему шанс сняться в сериале «Доктор Хаус». Правда, он однажды признался, что чувствовал вину, когда зарабатывал больше денег за то, что притворялся доктором, чем когда-то получал его отец за настоящую работу врача.

Забавно, что крыса доктора Грегора Хауса в сериале была названа в честь любимого актера Хью Лори – Стива Маккуина.

Артур Смольянинов – доктор Самарин, сериал «Самара»

Герой телесериала «Самара» – врач скорой помощи Олег Самарин. Но все зовут его Самарой. Он бесшабашный малый, вокруг него всегда происходит какое-то броуновское движение, возникают ситуации, которые хочется назвать иногда драматическими, а порой комическими и нелепыми. Самара чем-то похож на Робин Гуда. Он все время бунтует, ищет справедливости, отпускает колкости в адрес руководства, не забывая, однако, прекрасно выполнять свою работу. Его обаяние рубахи-парня безотказно действует на женщин. От Самары без ума фельдшер Лена, которая находится в его бригаде. Она тайно влюблена в Олега, но боится признаться в своем чувстве. Жизнь Самары проходит в постоянной помощи людям. И он, кстати, выступает иногда в роли тонкого психолога, сердечным собеседником своих пациентов.

Кстати, на долю самого Артура Смольянинова выпало также немало испытаний. Во время съемок второй части сериала, которые проходили поздней осенью, было жутко холодно, поэтому все актеры носили под одеждой и грелки. И только Смольянинов гордо отказывался от нее, терпел холод и бодро расхаживал.

В сериале его герой Самара прямо в машине скорой помощи делал срочную операцию «пациенту», в роли которого выступила тушка разделанного поросенка. После съемок поросенок бесследно исчез, так и не попав на общий стол...

Патрик Демпси – доктор Шепард, сериал «Анатомия страсти»

Его герой – нейрохирург Дерек Шепард, очень талантливый и амбициозный человек. Представительницы слабого пола зовут его Мистер Мечта, а некоторые – просто Красавчик. Дерек обворожительно сексуален и, разумеется, не знает отбоя от девушек. Однажды он знакомится с Мередит Грей (героиней сериала «Анатомия страсти»). Шепард и не подозревает, что короткое знакомство с привлекательной девушкой получит продолжение. Через какое-то время Мередит появляется в качестве интерна в больнице, где работает доктор Шепард. Фильм «Анатомия страсти» принес Патрику Демпси заслуженную славу: он получил премию Гильдии киноактеров США, был дважды номинирован на «Золотой глобус».

И когда он объявил об уходе из сериала, вся женская половина Америки была шокирована этим решением. Чтобы как-то смягчить сердца поклонниц таланта Патрика Демпси, руководители проекта не нашли ничего лучшего, как устроить его герою в фильме автокатастрофу, в которой доктор Дерек Шепард гибнет. Сцену смерти Дерека снимали в одном из парков Лос-Анджелеса.

Интересно, что Демпси однажды проходил актерские пробы на роль доктора Чейза в сериале «Доктор Хаус».

Иван Охлобыстин – доктор Быков, сериал «Интерны»

Герой телесериала «Интерны» – Андрей Быков, заведующий терапевтическим отделением больницы. Когда-то в молодости он был байкером по прозвищу Ящер. Его сегодняшнее хобби – это видеоигры и цветок Игорь, за которым Быков нежно и трогательно ухаживает. Но настоящая страсть доктора Быкова – это мучить и доводить до белого каления интернов, прибывших на практику и попавших под его руководство. С будущими врачами он не церемонится и называет их «царством животных, классом одноклеточных». Его изощренный, порой грубый юмор, как ни странно, помогает интернам лучше разбираться в выбранной профессии. А витиеватая манера Быкова излагать свои мысли, похоже, пришлась им по душе. Сам же доктор словно находится на неком царском троне, изображая беспощадного монстра. Но при ближайшем рассмотрении это «чудовище» оказывается обаятельным человеком с присущими ему чувством юмора и манерой поведения.

Любопытно, что в тексты Иван Охлобыстин всегда вносил свои коррективы, например, такие: «Максимум, что можно тебе доверить, – это слюнявить подорожник, а не людей лечить». Многие удивлялись, как он хорошо вписался в роль доктора. И это неудивительно: отец Ивана Охлобыстина был главврачом больницы. А сам Иван за роль доктора Быкова в сериале «Интерны» получил от известного журнала награду «Актер года».

Клайв Оуэн – доктор Тэккери, сериал «Больница Никербокер»

Действие фильма происходит в начале XX века в нью-йоркском госпитале «Никербокер». Главный герой, которого играет Клайв Оуэн, – Джон Тэккери, главный хирург.

Мрачный, нелюдимый, страдающий кокаиновой зависимостью, но невероятно талантливый доктор вместе со своими коллегами борется за жизнь пациентов. Надо сказать, что в ту пору не было ни антибиотиков, ни технологий, облегчающих работу. И пациенты выживали лишь благодаря искусству врачей. В этом деле, конечно же, доктору Джону Тэккери равных не было, и он творил просто чудеса. Несмотря на то что фильм изобилует почти натуралистическими сценами из жизни американских хирургов, его признали лучшим художественным сериалом о жизни врачей. А Джона Тэккери с его мужественным, словно вырубленным из гранита лицом многочисленные поклонницы назвали символом настоящего хирурга – умного, жесткого и привлекательного. За свою роль в сериале Клайв Оуэн получил премию «Золотой глобус». Любопытно, что он был продюсером этого фильма, а прототипом главного героя стал американский хирург Уильям Стюарт Холстед, отец современной хирургии, который изобрел переливание крови, анестезию и резиновые перчатки.

Илья Носков – доктор Широков, сериал «Женский доктор»

Главный герой сериала – Роман Широков, врач-ординатор родильного дома областной клинической больницы. Когда-то он преуспевал в столице и подавал большие надежды, но судьба распорядилась иначе. Из-за семейных проблем, которые возникли у молодого врача, ему пришлось перебраться в провинцию. И теперь у него есть время, чтобы полностью окунуться в свою любимую работу, оказывать людям помощь. Роман помимо таланта врача обладает очень ценным качеством: он умеет выслушать пациентку и, какой бы она ни была капризной (а беременной женщине это свойственно), дать ей нужный совет и назначить правильное лечение. Мягкий, добрый и обаятельный женский доктор Роман Широков быстро завоевывает популярность. Однако не дремлют и его завистливые враги: они за его спиной плетут интриги и сеют различные слухи. Однако выдержанность и профессионализм молодого доктора берут верх над всеми темными силами.

Илья Носков после съемок вспоминал, что он настолько серьезно отнесся к своей роли, что за короткое время освоил необходимую терминологию, названия приборов и даже умел ими пользоваться. Тем самым он вызвал настоящее удивление у акушеров, которые также работали на съемочной площадке.

Дэниел Рэдклифф – врач Бомгард, сериал «Записки юного врача»

Повзрослевший Гарри Поттер играет в сериале роль врача Владимира Бомгарда, который только что окончил мединститут и прибыл в российскую глубинку на работу в местную больницу. Он сразу же сталкивается со многими проблемами, меняющими его взгляды на профессию. Владимир вдруг обнаруживает, что его медицинских знаний катастрофически не хватает, а лечить местных жителей иногда нужно незамедлительно. Но на то и Михаил Булгаков, а сериал снят по мотивам его «Записок юного врача», чтобы в фильме была некая мистика. В самые тяжелые моменты перед молодым врачом появляется будущий образ повзрослевшего и опытного Владимира Бомгарда, дающего дельные и профессиональные советы. А нам, конечно, было любопытно посмотреть в этой роли на возмужавшего Дэниела Рэдклиффа.

Актер, кстати, не раз признавался, что Михаил Булгаков – один из его любимых писателей. И однажды в Москве Дэниел Рэдклифф даже посетил дом-музей писателя.

Джулиан Макмэхон – доктор Трой, сериал «Части тела»

Его герой – талантливый пластический хирург Кристиан Трой. Он – настоящий демон для женщин, которым возвращает красоту, чтобы соблазнить их и покинуть. Для Кристиана клятва Гипократа не играет никакой роли, для Троя не существует человеческой морали. Он готов пойти на обман, подлость, чтобы добиться нужной цели – денег, общества женщин. Да, согласимся с общим мнением, Кристиан Трой в какой-то степени отрицательный тип. Ну почему же он тогда так нравится женщинам – экранным и тем, что застыли у телевизоров, ожидая его появления?

За роль Кристиана Троя актер был номинирован на «Золотой глобус» и вошел в число самых востребованных звезд Голливуда.

Кстати, доктор Кристиан Трой первоначально должен был называться доктором Кристианом Вега. Имя же персонажу поменяли, когда Джулиан Макмэхон был окончательно утвержден на роль.

Woman's Day
Венера Ерофеева



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Комментарий к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №536н от 06.08.2015 г.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» разработан в целях реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и регулировании правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования.

Целью издания приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» приведение нормативного правового акта в соответствие с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

Впервые в Российской Федерации приказом утверждена единая Методика исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штра-

фов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. Данная методика разработана для унификации подходов к определению размеров санкций к медицинским организациям, применяемым территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Также определена обязанность органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций обеспечить индивидуальное информирование застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости, что позволит в свою очередь сформировать у населения объективное представление о затратах государства на оказанную ему медицинскую помощь.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З
от 6 августа 2015 г. № 536н

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 г. № 158н**

Приказываю:

1. Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1036н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный № 28480), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 396н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. № 859ан «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный № 30489), согласно приложению.

2. Пункт 7 изменений, внесенных настоящим приказом, вступает в силу с 1 января 2016 года.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

**ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 г. № 158н**

1. В пункте 2 слова «медицинской помощи страховыми медицинскими организациями» заменить словами «медицинской помощи».

2. Пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.»

3. В пункте 88, подпунктах 3.1, 7.1 и 8.1 пункта 91 слова «занимающийся частной медицинской практикой» в соответствующем числе и падеже заменить словами «осуществляющий медицинскую деятельность» в соответствующем числе и падеже.

4. В пункте 92:

а) в подпунктах 1.1, 3.1, 7.1 слова «занимающегося частной медицинской практикой» заменить словами «осуществляющего медицинскую деятельность»;

б) дополнить новым абзацем следующего содержания:

«Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».»

5. В пункте 118 слова «численность застрахованных лиц на территории» заменить словами «среднемесячная численность застрахованных лиц».

6. В пункте 127 слова «На основании» заменить словами «С учетом».

7. Дополнить пунктами 127.1 - 127.5 следующего содержания:

«127.1. В соответствии со статьей 40 Федерального закона по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

127.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

127.3. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{шт},$$

где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{шт}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

127.4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но} ,$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер $K_{но}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.8
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

127.5. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times K_{шт} ,$$

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{шт}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

8. Дополнить пунктом 147.1 следующего содержания:

«147.1. В случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи фактов излишне уплаченных сумм за прошлые годы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Рос-

сийской Федерации, в котором выдан полис, указанные суммы подлежат возврату в бюджет территориального фонда по месту страхования».

9. В подпункте 1 пункта 157 слова «приобретение оборудования» заменить словами «приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)».

10. В абзаце четвертом пункта 158.1, абзаце восьмом пункта 158.3 слова «амортизацию оборудования, используемого» заменить словами «амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых».

11. Пункт 158.6 изложить в следующей редакции:

«158.6. Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.»

12. Пункт 158.15 изложить в следующей редакции:

«158.15. Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), непосредственно не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.»

13. В таблице «Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)» пункта 165:

а) в строке 1.3.1 слова «оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемого» заменить словами «основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемых»;

б) в строке 1.3.2 слова «оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемого» заменить словами «основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемых»;

в) в строке 2.7.1 слова «оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемого» заменить словами «основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемых»;

г) в строке 2.7.2 слово «оборудование» заменить словами «основные средства (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)».

14. В главе XV:

а) наименование главы изложить в следующей редакции:

«XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»;

б) дополнить пунктом 210 следующего содержания:

«210. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации обеспечивают индивидуальное информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости. Информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и/или территориальных фондов обязательного медицинского страхования путем создания личного кабинета пациента, а также через страховые медицинские организации в виде выписки на бумажном носителе. Форма информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.»

15. В приложении № 1 к Правилам:

а) подпункт 3 пункта 4 изложить в следующей редакции:

«3) осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения;»;

б) пункт 6 дополнить новым подпунктом 6 следующего содержания:

«6) рассматривает предложения медицинских организаций по формированию объемов предоставления медицинской помощи медицинскими организациями.»;

в) пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.».

16. В строках 3.1, 7.1 и 8.1 приложения № 3 к Правилам слова «занимающегося частной медицинской практикой» заменить словами «осуществляющего медицинскую деятельность».

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

Пристатейный 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 пристатейном 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