ISSN 2221-9943

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

1 – 2016

Федеральный закон от 14 декабря 2015 года № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год»

Федеральный закон от 14 декабря 2015 года № 374-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»

ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1, 2016

ISSN 2221-9943

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 1, 2016
Рецензируемый научно-практический журнал

Издание находится на перерегистрации в ВАК

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Заместитель предсдателя 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 15.03.2016 года. Тираж: 2000 экз.
Формат: 205 х 275 мм. Объем: 84 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03
E-mail: iol.buh@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», 2016

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»
№ 1, 2016
Peer-reviewed scientific practical journal

The edition is in the reregistration at the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board
N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal Compulsory Health Insurance Fund (FCHIF)

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 FCHIF 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 Servise 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 FCHIF 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 15.03.2016, Circulation: 2000 copies
Format: 205 x 275 mm, Volume: 84 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.
59A, Beskudnikovsky Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submittion)
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», 2016

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

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила с рабочим визитом ФГАУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России 4

Новые кадровые назначения 8

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова
О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год 10

Федеральный закон от 14. декабря 2015 года № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» 14

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЗ ОБ ОМС

А.В. Устюгов
О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации. 30

Федеральный закон от 14 декабря 2015 года № 374-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» 32

РАСШИРЕННОЕ СОВЕЩАНИЕ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ТФОМС

Расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования 34

СЕМИНАР ТФОМС

Семинар «Вопросы управления государственными финансами в 2016 году в системе обязательного медицинского страхования». 41

ПРАВЛЕНИЕ ФОМС

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования 46

Перспективный план работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год. . . . 47

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН

М.А. Ковалевский, И.М. Акулин, Н.С. Ковалевская
Институт юридической защиты сведений о пациенте (врачебной тайны): история становления и конституционно-правовой режим (в аспекте семейных отношений)

M.A. Kovalevsky, N.S. Kovalevskaia, I.M. Akulin
Institute of legal protection of data on the patient (medical secret): history of formation and a constitutional-legal regime (in aspect of family relations) 58

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

И.В. Мишкова
Здоровье Урванцев - в надежных руках

I.V. Mishkova
Health Urvanians is in safe hands 74

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 80

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила с рабочим визитом ФГАУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

8 февраля 2016 год, Москва

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова и генеральный директор ФГАУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России А.В. Чухраёв у мемориала академика С.Н. Фёдорова

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова в сопровождении заместителей Т.В. Яковлевой, С.А. Краевого, председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, помощника министра И.Э. Зверевой, директора Департамента инновационного развития и научного проектирования С.А. Румянцева, директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Е.Г. Камкина, директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Т.В. Семёновой, директора Департамента общественного здоровья и коммуникаций О.О. Салагая, советника руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Ю.А. Кондратьева посетила с рабочим визитом ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России.

Министра и сопровождающих лиц встречал генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» профессор А.М. Чухраёв и заместители генерального директора профессор Н.С. Ходжаев, Ю.Л. Лимбир, В.И. Егоров, главный врач Н.П. Соболев, ученый секретарь И.Э. Иойлева, руководители научно-лечебных структур учреждения.

В.И. Скворцова возложила цветы к мемориалу академика С.Н. Фёдорова – основателя МНТК «Микрохирургия глаза». В 2016 году крупнейшему офтальмологическому комплексу России исполняется 30 лет.

Министр ознакомилась с лечебной и научно-образовательной деятельностью МНТК, организационными аспекта-

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова (в центре), генеральный директор ФГАУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России А.В. Чухраёв (справа), заведующая лечебно-диагностическим центром Н.В. Григорьева (слева), председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко (слева во втором ряду)

ми работы подразделений, механизмами их взаимодействия в решении различных задач. Врачи и научные сотрудники комплекса делились с министром успехами в освоении прорывных инновационных технологий и разработке собственных методик, новыми планами в области науки.

В.И. Скворцова ознакомилась в лечебно-диагностическом центре с работой диагностической линии, которая является ноу-хау МНТК, так как дает возможность работать с большим потоком пациентов без потери качества диагностики. Ежедневно здесь проходит обследование более 300 пациентов.

Министр посетила операционную МНТК, в которой расположена знаменитая Фёдоровская «Ромашка». Высочайшая квалификация хирургов, применение самого современного высокотехнологичного оборудования дают возможность ежегодно возвращать зрение почти 260 тысячам жителей нашей страны.

Министру была предоставлена возможность увидеть на дисплее ход выполняемых малоинвазивных микрохирургических операций на переднем отрезке глаза с использованием фемтолазера и на заднем отрезке глаза с применением 27G эндовитреальной технологии. Руководство Минздрава также посетило единственный в своем роде панорамный зал «Купол», расположенный над операционной, где наблюдало за ритмичной и слаженной работой хирургов.

В.И. Скворцова посетила кабинет-музей академика С.Н. Фёдорова, оставила памятную запись в книге почетных гостей музея. Здесь же состоялась встреча министра с молодыми учеными МНТК, на которой обсуждались вопросы государственной поддержки молодых специалистов.

Министр ознакомилась с работой Научно-образовательного центра, операционным тренажерным залом WetLab, где молодые врачи и специалисты, проходящие переподготовку, обучаются современным офтальмохирургическим технологиям. Ежегодно в МНТК проходят обучение в ординатуре 60 человек, в аспирантуре – 45 человек, на циклах повышения квалификации обучаются 850 врачей-офтальмологов практически из всех регионов страны.

В.И. Скворцова посетила отдел трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отрезка глазного яблока, осмотрела палаты, пообщалась с пациентами и медперсоналом. МНТК имеет самый большой опыт по про-

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова в операционной ФГАУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова в кабинете-музее академика С.Н. Фёдорова

ведению кератопластик в России. За 30 лет здесь проведено свыше 16500 операций пересадки донорской роговицы. В МНТК фукционирует крупнейший в России Глазной банк, который располагает новейшим медико-технологическим оборудованием, предназначенным для проведения широкого спектра фундаментально-прикладных исследований. Банк входит в состав Европейской ассоциации глазных банков.

Большой интерес у министра вызвал видеообзор инновационных технологий МНТК, который продемонстрировал широкий спектр современных хирургических технологий головной организации в Москве и десяти филиалов комплекса в городах Российской Федерации: Волгограде, Иркутске, Калуге, Краснодаре, Новосибирске, Оренбурге, Санкт-Петербурге, Тамбове, Хабаровске, Чебоксарах.

Доклад о результатах работы комплекса представил генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» профессор А.М. Чухраёв.

Подводя итоги визита, В.И. Скворцова отметила: «Мы сегодня увидели потрясающие технологии, замечательные диагностические возможности, продуманность организационной работы, но самое сильное впечатление

На фото справа: министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, генеральный директор ФГАУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России А.В. Чухраёв; слева: главный врач Н.П. Соболев; в центре: профессор научно-образовательного центра В.Г. Копаева

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова с руководством, врачами и научными сотрудниками ФГАУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

от сегодняшнего посещения МНТК на меня произвела необыкновенная, я бы сказала, творческая аура, несущая в себе отблески великого человека Святослава Николаевича Фёдорова. Я хотела бы поблагодарить генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза» профессора Александра Михайловича Чухраёва за то, что этот смелый и мужественный человек возглавил учреждение очень высокого уровня со всей филиальной системой, сумел сохранить преемственность поколений всех исторических эпох и дать новый импульс для развития офтальмологии. Нам очень важно, чтобы вы сумели поднять уровень офтальмологии в стране в каждом из 85 субъектов Российской Федерации на тот уровень, на котором находятся ваши региональные центры. Ваша задача – быть локомотивом, и она обязательно в дальнейшем будет зафиксирована законодательно».*

* http://www.mntk.ru

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Губриева Надежда Александровна, 1975 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края на основании Распоряжения главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 8 февраля 2016 г. № 32-рл.

Губриева Н.А. окончила Пятигорскую государственную фармацевтическую академию. Преподавала на кафедре экстремальной медицины.

В 1999 г. переехала в Краснодарский край, работала провизором ООО «ОХЗ Кубань», специалистом в ООО фирма «Артромед».

В 2003 г. назначена заместителем генерального директора ГУП КК «Государственный аптечный склад».

С 2006 по 2013 гг. – начальник аптечного управления краевого департамента здравоохранения, первый заместитель министра здравоохранения Краснодарского края.

В 2013 г. – ассистент кафедры фармации Кубанского государственного университета, до 2015 г. – директор государственного казенного учреждения Краснодарского края «Медицина Кубани».

С 2015 по 2016 гг. - министр труда и социального развития Краснодарского края.

Губриева Н.А. имеет ученую степень кандидата фармацевтических наук.

Награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Почетной грамотой и Благодарностью Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания

Дзлиев Казбек Майрамович, 1974 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания на основании Распоряжения Правительства Республики Северная Осетия - Алания от 19 января 2016 г. № 2-р.

Дзлиев К.М. в 1997 г. окончил Северо-Осетинский государственный университет по специальности «Экономист (финансы и кредит)».

В 2009 г. прошел профессиональную переподготовку в Северно-Осетинском государственном университете им. К.Л. Хетагурова – президентская программа повышения квалификации управленческих кадров для организации народного хозяйства по программе «Менеджмент».

В 2001 г. получил квалификационный аттестат Федеральной комиссии по рынку ценных бумаг; в 2003 г. – сертификат «Эмиссия ценных бумаг. Новые требования к раскрытию информации».

С 1997 по 1999 гг. – менеджер в ООО «Италросгаз».

С 2000 по 2015 гг. – директор Владикавказского филиала специализированного регистратора ЗАО «ИРКОЛ».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области

Раздорский Андрей Сергеевич, 1971 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на основании Постановления Правительства Московской области от 15 марта 2016 г. № 180/8.

Раздорский А.С. в 1993 г. окончил Фрунзенский политехничнеский институт по специальности «Металлорежущие станки и инструменты», в 2005 г. окончил Государственный университет управления по специальности «Менеджмент организации».

С 1991–1994 гг. – инженер-технолог завода «Сетунь», г. Фрунзе.

С 1995–1996 гг. – экономист планово-экономического отдела ОМС медицинской страховой компании «Солидарность для жизни», г. Москва.

С 1996–2007 гг. – заместитель главного врача по экономическим вопросам ГУЗ «Городская клиническая больница № 70», г. Москва.

С 2007–2009 гг. – главный специалист отдела экономики здравоохранения и оплаты труда в Планово-экономическом управлении Министерства здравоохранения Московской области.

С 2009–2010 гг. – заместитель главного врача по экономическим вопросам ГУЗ «Стоматологическая поликлиника № 8», г. Москва.

С 2010–2015 гг. – начальник Планово-экономического управления Министерства здравоохранения Московской области.

О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год

И.В. Соколова
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Москва

И.В. Соколова

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, определяющий годовой объем средств и основные направления их расходования в целях развития и совершенствования сферы обязательного медицинского страхования на 2016 год, утвержден Федеральным законом от 14 декабря 2015 года № 365-ФЗ.

Реализация заданных параметров бюджета 2016 года обеспечит повышение качества и доступность амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, дальнейшее расширение и развитие высокотехнологичной медицинской помощи, устойчивость и стабильность обязательного медицинского страхования, гарантированное соответствующими финансовыми средствами.

Развитию обязательного медицинского страхования уделяется особое внимание, особенно в последние годы. Система сделала огромный рывок в своем совершенствовании. Сегодня это единый слаженный механизм, работающий по общим принципам для всех участников системы. Обязательное медицинское страхование стало истинным оплотом для развития российского здравоохранения. Границы его ежегодно возрастают, и на сегодняшний день бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования обеспечивает нужды здравоохранения уже на 60%.

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год сформирован в соответствии с Бюджетным кодексом, законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования и основными направлениями бюджетной политики.

Разработка бюджета проходила в непростых условиях. За время его составления прогноз социально-экономического развития Российской Федерации менялся четыре раза.

Утвержденные параметры бюджета Фонда сформированы на базе макроэкономических показателей по базовому варианту прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов от 5 октября 2015 года.

Расчет показателей бюджета Фонда произведен в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации исходя из численности граждан по состоянию на 1 апреля 2015 г. 146,5 млн человек, в том числе неработающего населения - 85,1 млн человек.

Сбалансированность бюджета Фонда достигнута за счет привлечения переходящих остатков средств бюджета Фонда по состоянию на 1 января 2016 года.

Доходы

Общий объем доходов бюджета Фонда на 2016 год утвержден в размере 1661,7 млрд рублей. По сравнению с 2015 годом доходы увеличатся на 42 млрд рублей, или на 2,6% (*рис. 1*).

Доходы определены в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» и Федеральным законом «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

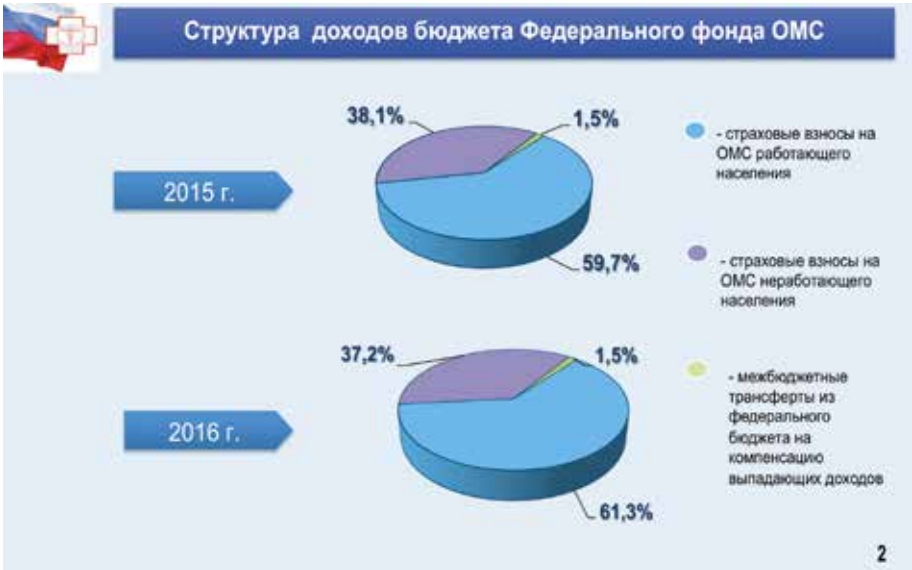
Основная часть планируемых доходов (98,5% от общего объема) будет обеспечена поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения (*рис. 2*).

Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

млрд рублей

Наименование	2015 год утверждено № 387-ФЗ	2016 год	
		утверждено № 365-ФЗ	в % к 2015 году
Численность населения, млн. чел.	146,1	146,5	100,3
Фонд заработной платы	18 559	19 903	107,2
ДОХОДЫ	1 619,8	1 661,7	102,6
Страховые взносы на ОМС	1 584,7	1 636,2	103,2
в том числе: работающего населения	967,4	1 018,5	105,3
неработающего населения	617,3	617,7	100,1
Трансферты из федерального бюджета	23,9	25,4	106,3

1



Расчет поступления страховых взносов на ОМС работающего населения осуществлен исходя из фонда заработной платы по прогнозу социально-экономического развития в сумме 19 903 млрд рублей. Поступление страховых взносов на ОМС от плательщиков, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, по полному тарифу в размере 5,1%, составит 998,8 млрд рублей; от плательщиков, применяющих в соответствии с законодательством Российской Федерации о страховых взносах пониженные тарифы страховых взносов, – 6,1 млрд рублей; от плательщиков, не производящих выплаты физическим лицам, исходя из фиксированного размера страхового взноса на ОМС - 13,6 млрд рублей.

Размер страховых взносов на ОМС неработающего населения соответствует требованиям Федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» и статье 23 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». На 2016 год страховые взносы на ОМС неработающего населения рассчитаны исходя из тарифа 18864,6 рубля и коэффициентов дифференциации, утвержденных Федеральным законом «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

В целом в 2016 году поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения определено в сумме 617,7 млрд рублей.

Из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением отдельным категориям плательщиков льготного тарифа на уплату страховых взносов на ОМС работающего населения в бюджет Фонда поступит 25,4 млрд рублей.

Расходы

Главной целью бюджета Фонда является финансовое обеспечение важнейших мероприятий в сфере здравоохранения.

Общий объем расходов бюджета Фонда составит 1688,5 млрд рублей (*рис. 3*).

Структура расходов бюджета Фонда характеризуется следующими данными, приведенными в *табл. 1* и на *рис 4*.

Таблица 1

Структура расходов бюджета Фонда

Показатели	2016 год	
	млрд рублей	в % к итогу
Расходы		
всего:	1688,5	100
в том числе:		
здравоохранение	1687,8	99,96
общегосударственные вопросы, образование, социальная политика	0,7	0,04

Расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

млрд рублей

Наименование	2015 год утверждено № 387-ФЗ	2016 год	
		утверждено № 365-ФЗ	в % к 2015 году
РАСХОДЫ	1 662,8	1 688,5	101,6
Субвенция на выполнение территориальной программы ОМС	1 414,2	1 458,6	103,1
Родовой сертификат	19,0	18,8	98,9
Единовременные компенсационные выплаты	3,2	3,2	100,0
Оплата высокотехнологичной медицинской помощи	82,1	96,7	117,8
Оплата специализированной медицинской помощи ФГУ	15,0	15,0	100,0
Подушевой норматив финансирования, руб.	8 260,7	8 438,9	102,2

3

Основным приоритетом бюджета является финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования.

С 2013 года их реализация осуществляется за счет субвенции, в основе которой лежит подушевой норматив, что позволило устранить дефицит этих программ во всех регионах.

В 2016 году субвенция, формируемая за счет средств обязательного медицинского страхования, увеличится на 3,1% к 2015 году и составит 1 458,6 млрд рублей, а по сравнению с 2014 годом возрастет на 285 млрд рублей, или на 24%.

Подушевой норматив в 2016 году увеличится на 2,2% против 2015 года, и на 21,2% по сравнению с 2014 годом.

За счет субвенций обеспечивается покрытие расходов базовой программы ОМС, включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи согласно части 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

За счет средств бюджета Фонда развиваются профилактические мероприятия, способствующие формированию здорового образа жизни и направленные на реализацию государственной политики по снижению смертности населения. Сохранение и укрепление здоровья населения на базе развития профилактических мероприятий – это важнейшее направление в сфере обязательного медицинского страхования.

В Российской Федерации диспансеризацией охвачено все население. Благодаря этому в 2013 году диспансеризацию прошли более 30 млн человек, в 2014 году – более 40 млн человек, что на 33% больше, чем в предыдущем году, в 2015 году – 45 млн человек, что больше на 12%.

За счет субвенции оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в базовую программу ОМС. Огромный скачок в наращивании объемов высокотехнологичной медицинской помощи, существенном повышении ее доступности и качества произошел благодаря финансированию этой помощи за счет средств обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда ОМС.

С 2014 года наиболее растиражированные 459 методов высокотехнологичной медицинской помощи начали оплачиваться за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Базовой программы.

Оплата ВМП осуществляется в регионах по единым тарифам для всех медицинских организаций, оказывающих ВМП на территории субъекта Российской Федерации, независимо от их формы собственности. В 2014 году ВМП в рамках базовой программы получили 229 тыс. человек, в том числе 24 тыс. детей, в 2015 году – 353 тыс. человек, в том числе 38,4 тыс. детей .

В 2016 году в Базовую программу дополнительно погружено еще 54 метода ВМП – это сложнейшие операции и методы лечения поджелудочной железы, печени, желудочно-кишечного тракта, хирургия надпочечников, офтальмология, урология, эндокринологические забо-

левания. Дополнительно введен новый хирургический профиль: детская хирургия в период новорожденности.

С погружением ВМП в Базовую программу ОМС значительно упростился порядок направления пациентов на госпитализацию с применением сложных дорогостоящих методов лечения, высокотехнологичная медицинская помощь стала более доступна для населения.

С 2015 года за счет средств обязательного медицинского страхования финансируется ВМП, не включенная в Базовую программу, которая в основном оказывается федеральными государственными учреждениями. В 2016 году на эти цели в бюджете ФОМС предусмотрено 96,7 млрд рублей, что на 14,6 млрд рублей, или на 18%, больше 2015 года. Из общего объема указанных средств 90,7 млрд рублей предусмотрено для федеральных медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти и 6 млрд рублей – на софинасирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

Всего за 2015 год ВМП оказана более 811 тыс. пациентов. Это в 1,6 раза выше уровня 2013 года (505 тыс. человек). Тем самым поручение Президента Российской Федерации об увеличении объемов ВМП в 1,5 раза к 2017 году успешно достигнуто.

В 2016 году из бюджета Фонда будет оплачиваться специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС, предоставляемая федеральными государственными учреждениями, подведомственными Минздраву России, ФМБА России и ФАНО России. На эти цели предусматриваются 15 млрд рублей для направления из бюджета Фонда в бюджеты территориальных фондов ОМС. Порядок их направления будет установлен Правительством Российской Федерации.

С 2012 года на систему обязательного медицинского страхования возложена реализация Программы «Земский доктор». За время ее действия единовременные компенсационные выплаты получили более 19 тыс. медицинских работников.

В 2016 году масштабы программы существенно расширятся. Возраст медицинских работников увеличен до 50 лет, перечень населенных пунктов дополнен поселками городского типа. Для снижения нагрузки на региональные бюджеты увеличено участие средств обязательного медицинского страхования с 50 до 60 %. На указанные цели предусмотрено 3,2 млрд рублей.

В целях улучшения демографической ситуации в 2016 году предусмотрено предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в сумме 18,8 млрд рублей.

Указанные средства используются медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности родов и послеродовой период и новорожденным, на оплату труда, а также на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

Расходные обязательства, утвержденные в бюджете Федерального фонда ОМС на 2016 год, обеспечат стабильность и устойчивость системы обязательного медицинского страхования, позволяющие всем ее участникам работать без сбоев в сегодняшних финансово-экономических условиях.

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 Compulsory Health Insurance Fund
Address: Novoslabodskaya 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 14 декабря 2015 года № 365-ФЗ

МОСКВА

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

Принят Государственной Думой 4 декабря 2015 года
Одобрен Советом Федерации 9 декабря 2015 года

Статья 1. Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год

Утвердить основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на 2016 год:

1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 661 679 668,5 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 25 441 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 688 462 206,3 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 187 932 622,2 тыс. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 18 754 011,0 тыс. рублей;

3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 26 782 537,8 тыс. рублей.

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

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

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

Статья 3. Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда

Утвердить источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда на 2016 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону.

Статья 4. Бюджетные ассигнования бюджета Фонда на 2016 год

Утвердить распределение бюджетных ассигнований бюджета Фонда на 2016 год по разделам, подразделам, целевым статьям и группам видов расходов классификации расходов бюджетов согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

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

1. Утвердить распределение субвенций из бюджета Фонда, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации и города Байконура, возникающих при осуществлении переданных в сфере обязательного медицинского страхования полномочий (далее - субвенции), на 2016 год согласно приложению 5 к настоящему Федеральному закону.

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

3. Установить, что Фонд в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, направляет в 2016 году в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону, в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования иные межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Управлению делами Президента Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций.

4. Установить, что Фонд в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, осуществляет в 2016 году предоставление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону:

1) на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;

2) на предоставление субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

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

6. Установить, что в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2016 году из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставляются иные межбюджетные трансферты в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону, в порядке и на условиях, которые установлены частями 12.1 - 12.5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

7. Установить, что в 2016 году перечисление дотации на сбалансированность, предоставляемой федеральному бюджету из бюджета Фонда в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону, осуществляется ежемесячно в соответствии с кассовым планом исполнения бюджета Фонда после исполнения расходных обязательств Фонда, установленных частями 1 - 6 настоящей статьи и частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона.

Статья 6. Особенности установления отдельных расходов бюджета Фонда в 2016 году

1. Установить, что в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса Российской Федерации основанием для внесения в 2016 году изменений в показатели сводной бюджетной росписи бюджета Фонда является использо-

вание (перераспределение) в соответствии с решениями Фонда средств нормированного страхового запаса Фонда, зарезервированных в пределах бюджетных ассигнований, установленных приложением 4 к настоящему Федеральному закону, на увеличение бюджетных ассигнований, предусмотренных:

1) на предоставление субвенций, установленных частью 1 статьи 5 настоящего Федерального закона, в соответствии с утвержденной Правительством Российской Федерации методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, с учетом изменения численности застрахованных лиц на 1 января текущего года;

2) на исполнение иных расходных обязательств Фонда, предусмотренных настоящим Федеральным законом, в случае недостаточности доходов бюджета Фонда для финансового обеспечения их исполнения.

2. Установить, что Фонд в 2016 году вправе осуществлять в установленном им порядке в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения в рамках основного мероприятия «Обеспечение жильем отдельных категорий граждан» подпрограммы «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России» государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» раздела «Социальная политика» классификации расходов бюджетов, предоставление работникам Фонда единовременной субсидии на приобретение жилого помещения.

Статья 7. Особенности исполнения бюджета Фонда в 2016 году

1. Остатки средств по состоянию на 1 января 2016 года, образовавшиеся в бюджете Фонда в результате неполного использования бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, направляются Фондом в 2016 году на те же цели.

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

3. Установить коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» на 2016 год в размере, равном 1,0.

Президент
Российской Федерации

В. ПУТИН
Москва, Кремль
14 декабря 2015 года
N 365-ФЗ

Приложение 1
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2016 год»

ПЕРЕЧЕНЬ
ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ДОХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
151		Федеральная служба финансово-бюджетного надзора
151	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
161		Федеральная антимонопольная служба
161	1 16 33080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182		Федеральная налоговая служба
182	1 05 01012 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01022 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01030 01 0000 110	Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 02020 02 0000 110	Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 03020 01 0000 110	Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 09 08040 08 0000 140	Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
182	1 09 09030 08 0000 110	Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 09 11020 02 0000 110	Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
392		Пенсионный фонд Российской Федерации

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
392	1 02 02101 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
392	1 02 02103 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения в фиксированном размере, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
392	1 16 20050 01 0000 140	Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48–51 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 11 02071 08 0000 120	Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 05038 08 0000 120	Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 09048 08 0000 120	Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 13 02068 08 0000 130	Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 13 02998 08 0000 130	Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 14 02080 08 0000 410	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)
394	1 14 02080 08 0000 440	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)
394	1 14 04080 08 0000 420	Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 21080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 23080 08 0000 140	Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
394	1 16 32000 08 0000 140	Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 90080 08 0000 140	Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 01080 08 0000 180	Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 06030 08 0000 180	Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 18 08000 08 0000 180	Поступления в бюджет Фонда обязательного медицинского страхования (перечисления из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам
394	2 02 05608 08 0000 151	Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование
394	2 02 05609 08 0000 151	Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на обеспечение сбалансированности бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	2 08 08000 08 0000 180	Перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования) для осуществления возврата (зачета) излишне уплаченных или излишне взысканных сумм налогов, сборов и иных платежей, а также сумм процентов за несвоевременное осуществление такого возврата и процентов, начисленных на излишне взысканные суммы
394	2 18 06030 08 0000 151	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет
394	2 19 06013 08 0000 151	Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (Адыгея)
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия
395		Государственное бюджетное учреждение Республики Коми «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Коми»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл
395		Государственное казенное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Хакасия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края
395		Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области
395		Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курганской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Магаданской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Омской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Орловской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пензенской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Псковской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Сахалинской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тамбовской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тульской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области
395		Московский городской фонд обязательного медицинского страхования
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
395		Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур
395	1 02 02102 08 0000 160*	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
395	2 08 08000 08 0000 180*	Перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования) для осуществления возврата (зачета) излишне уплаченных или излишне взысканных сумм налогов, сборов и иных платежей, а также сумм процентов за несвоевременное осуществление такого возврата и процентов, начисленных на излишне взысканные суммы

<*> Указанный код применяется для всех территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Приложение 2
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2016 год»

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

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

Приложение 3
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2016 год»

ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код главы	Код группы, подгруппы, статьи и вида источников	Сумма
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	26 782 537,8
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	26 782 537,8
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	26 782 537,8

Приложение 4
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2016 год»

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД ПО РАЗДЕЛАМ, ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ГРУППАМ ВИДОВ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 688 462 206,3
Общегосударственные вопросы	01	00			652 744,2
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			8 376,9
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	08	01 0 00 00000		8 376,9
Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 00 00000		8 376,9
Основное мероприятие «Исполнение международных обязательств Российской Федерации в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 02 00000		8 376,9
Обеспечение реализации международных обязательств Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 02 92798	200	1 626,9
Обеспечение реализации международных обязательств Российской Федерации (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 02 92798	800	6 750,0
Другие общегосударственные вопросы	01	13			644 367,3
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	13	01 0 00 00000		644 367,3
Подпрограмма «Управление развитием отрасли»	01	13	01 Г 00 00000		644 367,3
Основное мероприятие «Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы»	01	13	01 Г 03 00000		644 367,3
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 03 90059	100	216 855,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Г 03 90059	200	421 561,7
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	01	13	01 Г 03 90059	300	200,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Г 03 90059	800	5 750,0
Образование	07	00			12 591,6
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			12 591,6
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	07	05	01 0 00 00000		12 591,6
Подпрограмма «Управление развитием отрасли»	07	05	01 Г 00 00000		12 591,6

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Основное мероприятие «Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы»	07	05	01 Г 03 00000		12 591,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Г 03 90059	200	12 591,6
Здравоохранение	09	00			1 687 742 870,5
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 687 742 870,5
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		1 596 539 548,3
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи»	09	09	01 2 00 00000		96 729 300,0
Основное мероприятие «Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи»	09	09	01 2 10 00000		96 729 300,0
Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 10 54010	500	90 729 300,0
Софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 10 54020	500	6 000 000,0
Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»	09	09	01 4 00 00000		18 754 011,0
Основное мероприятие «Совершенствование службы родовспоможения»	09	09	01 4 01 00000		18 754 011,0
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 4 01 39640	500	18 754 011,0
Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»	09	09	01 7 00 00000		3 200 000,0
Основное мероприятие «Государственная поддержка отдельных категорий медицинских работников»	09	09	01 7 03 00000		3 200 000,0
Иные межбюджетные трансферты на осуществление единовременных выплат медицинским работникам (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 7 03 51360	500	3 200 000,0
Подпрограмма «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации»	09	09	01 Д 00 00000		1 477 856 237,3
Основное мероприятие «Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»	09	09	01 Д 01 00000		1 473 573 489,0
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 01 50930	500	1 458 573 489,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Иные межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 01 55060	500	15 000 000,0
Основное мероприятие «Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца»	09	09	01 Д 02 00000		2 500 000,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 Д 02 90059	200	2 500 000,0
Основное мероприятие «Управление средствами нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования»	09	09	01 Д 03 00000		1 782 748,3
Финансовое обеспечение иных расходов государственных органов Российской Федерации и федеральных казенных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 Д 03 99999	800	1 782 748,3
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	09	09	73 0 00 00000		91 203 322,2
Иные мероприятия	09	09	73 8 00 00000		91 203 322,2
Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 8 00 54000	500	91 203 322,2
Социальная политика	10	00			54 000,0
Социальное обеспечение населения	10	03			54 000,0
Государственная программа Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации»	10	03	05 0 00 00000		54 000,0
Подпрограмма «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России»	10	03	05 1 00 00000		54 000,0
Основное мероприятие «Обеспечение жильем отдельных категорий граждан»	10	03	05 1 03 00000		54 000,0
Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	10	03	05 1 03 93594	300	54 000,0

Приложение 5
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2016 год»

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДА БАЙКОНУРА, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПЕРЕДАННЫХ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ, НА 2016 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация в том числе:	**1 458 573 489,0**
Республика Адыгея (Адыгея)	3 491 206,7
Республика Алтай	3 193 056,0
Республика Башкортостан	37 396 834,7
Республика Бурятия	11 953 646,0
Республика Дагестан	23 278 390,8
Республика Ингушетия	3 700 272,0
Кабардино-Балкарская Республика	6 419 015,5
Республика Калмыкия	2 486 790,0
Карачаево-Черкесская Республика	3 472 801,4
Республика Карелия	9 216 335,7
Республика Коми	13 721 193,4
Республика Крым	15 999 437,1
Республика Марий Эл	5 787 076,9
Республика Мордовия	6 676 579,2
Республика Саха (Якутия)	21 321 640,4
Республика Северная Осетия - Алания	5 913 391,4
Республика Татарстан (Татарстан)	31 516 650,1
Республика Тыва	4 990 598,6
Удмуртская Республика	14 356 137,6
Республика Хакасия	6 522 808,0
Чеченская Республика	11 224 454,3
Чувашская Республика - Чувашия	10 542 177,7
Алтайский край	22 908 353,7
Забайкальский край	12 871 889,3
Камчатский край	7 190 460,6
Краснодарский край	44 528 758,8
Красноярский край	37 943 617,3
Пермский край	25 168 151,4
Приморский край	22 141 870,8
Ставропольский край	22 879 432,2
Хабаровский край	18 495 260,7
Амурская область	10 468 455,6
Архангельская область	16 973 612,7
Астраханская область	8 527 230,0
Белгородская область	13 130 000,1

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Брянская область	10 449 012,2
Владимирская область	11 932 098,3
Волгоградская область	21 169 233,8
Вологодская область	11 429 105,5
Воронежская область	19 699 700,6
Ивановская область	8 453 060,5
Иркутская область	30 191 964,4
Калининградская область	8 117 175,4
Калужская область	8 562 065,7
Кемеровская область	26 850 477,0
Кировская область	12 158 903,3
Костромская область	5 541 808,8
Курганская область	8 355 091,6
Курская область	9 521 805,0
Ленинградская область	12 947 399,2
Липецкая область	10 059 261,6
Магаданская область	3 454 238,2
Московская область	72 882 620,1
Мурманская область	12 615 182,8
Нижегородская область	27 836 958,4
Новгородская область	5 335 384,8
Новосибирская область	26 294 791,5
Омская область	18 384 273,8
Оренбургская область	19 224 060,2
Орловская область	6 687 938,0
Пензенская область	11 443 926,2
Псковская область	5 544 973,3
Ростовская область	34 586 176,2
Рязанская область	9 605 898,6
Самарская область	27 174 642,0
Саратовская область	21 043 436,2
Сахалинская область	9 343 850,3
Свердловская область	41 689 409,6
Смоленская область	8 271 919,5
Тамбовская область	8 703 940,5
Тверская область	11 363 881,8
Томская область	12 907 103,8
Тульская область	12 789 237,3
Тюменская область	13 272 245,1
Ульяновская область	10 708 584,3
Челябинская область	33 035 277,6
Ярославская область	10 965 945,5
город федерального значения Москва	154 543 318,2
город федерального значения Санкт-Петербург	51 643 508,1
город федерального значения Севастополь	3 366 893,2
Еврейская автономная область	2 179 848,0
Ненецкий автономный округ	1 044 006,5
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	25 746 108,6
Чукотский автономный округ	1 281 835,2
Ямало-Ненецкий автономный округ	11 300 629,5
город Байконур	455 696,5

О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации

А.В. Устюгов
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Москва

А.В. Устюгов

Федеральным законом от 14 декабря 2015 года № 374-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» уточнены полномочия комиссий, создаваемых для разработки территориальных программ обязательного медицинского страхования (статья 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

В соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Минздрав России, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации заключают соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования. Утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 11 февраля 2015 г. № 113 Правила заключения соглашений предусматривают план мероприятий, являющийся частью соглашения, по устранению замечаний к территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программе обязательного медицинского страхования. Реализация данного плана требует внесения изменений в территориальную программу обязательного медицинского страхования, вместе с тем разработка проекта программы в субъекте Российской Федерации отнесена к полномочиям комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, которая не является стороной соглашения.

Федеральным законом установлена обязанность комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования обеспечивать внесение изменений в программу, необходимых для реализации соглашения.

В целях совершенствования ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования перечень сведений о застрахованных лицах, которые используются при ведении персонифицированного учёта (статья 44 названного Федерального

закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), дополнен сведениями о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

В связи с завершением в 2016 году реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров Федеральным законом установлены механизм и сроки возврата в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования не использованных в период 2013 – 2016 годов субсидий, предоставленных на строительство перинатальных центров (статья 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Федеральным законом продлен на 2016 год действующий механизм финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, что обеспечит выполнение поручения Президента Российской Федерации об увеличении объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 1,5 раза с учетом равной доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения, проживающего в различных субъектах Российской Федерации (статья 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Кроме того, Федеральным законом установлен порядок дополнительного финансового обеспечения оказания гражданам Российской Федерации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи на 2016 год.

В соответствии с Федеральным законом порядок и условия предоставления единовременных компенсационных выплат в размере 1 миллиона рублей распространяются на имеющих высшее образование медицинских работников в возрасте до 50 лет, прибывших (переехавших) на работу в посёлки городского типа. В целях снижения финансовой нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации доля софинансирования указанных выплат за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования увеличена до 60% (статья 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Также Федеральным законом сохраняется на 2016 год особый порядок определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Республике Крым и Севастополе, а также определения объёма субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых в 2016 году бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования Республики Крым и Севастополя.

Для корреспонденции:

Устюгов Антон Владимирович – начальник Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (495) 987-03-80 доб. 1111. E-mail: austyugov@ffoms.ru

For correspondence:

Anton V. Ustyugov - Head of the Financial Economic Department of the FCHIF

The Federal Compulsory Health Insurance Fund
Address: Novoslabodskaya Ul. 37, Moscow, GSP-4, Russia, 127994
Tel.: (495) 987-03-80 add. 1111. E-mail: austyugov@ffoms.ru

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 14 декабря 2015 года № 374-ФЗ

МОСКВА

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

Принят Государственной Думой 4 декабря 2015 года
Одобрен Советом Федерации 9 декабря 2015 года

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; 2014, N 11, ст. 1098; N 28, ст. 3851; N 30, ст. 4269; N 49, ст. 6927) следующие изменения:

1) в части 13 статьи 36 слова «с соблюдением» заменить словами «в том числе с учетом», дополнить предложением следующего содержания: «Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования обеспечивает внесение изменений в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с указанным в настоящей части соглашением.»;

2) часть 2 статьи 44 дополнить пунктом 16 следующего содержания:

«16) сведения о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.»;

3) статью 50 дополнить частью 11.1 следующего содержания:

«11.1. После завершения реализации указанных в части 1 настоящей статьи программ не использованные по состоянию на 1 января текущего финансового года остатки средств, образовавшиеся в Государственной корпорации «Ростех» в результате неполного использования предоставленных в соответствии с пунктом 3 части 6 настоящей статьи субсидий из бюджетов субъектов Российской Федерации, подлежат возврату в доход соответствующего бюджета субъекта Российской Федерации, из которого они были предоставлены, в течение первых 5 рабочих дней текущего финансового года.»;

4) в статье 51:

а) в части 7.1 слова «В 2015 году» заменить словами «В 2016 году», слова «на 1 апреля 2014 года» заменить словами «на 1 января 2015 года», после слов «общей численностью населения» дополнить словами «на 1 января 2015 года», слова «на указанную дату» заменить словами «на 1 апреля 2015 года»;

б) в части 8.1 слова «В 2015 году» заменить словами «В 2016 году», слова «на 1 апреля 2014 года» заменить словами «на 1 января 2015 года»;

в) часть 12.1 изложить в следующей редакции:

«12.1. В 2016 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2016 году осуществляется за

счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в соотношении соответственно 60 и 40 процентов.»;

г) в пункте 1 части 12.2 слова «либо рабочем поселке» заменить словами «, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа», слова «либо рабочий поселок» заменить словами «, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа»;

д) в части 20 слова «В 2015 году» заменить словами «В 2015 – 2016 годах»;

е) дополнить частью 23 следующего содержания:

«23. В 2016 году в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов в установленном Правительством Российской Федерации порядке направляются иные межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Управлению делами Президента Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций.».

Статья 2

Часть 4.1 статьи 45 Федерального закона от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 16, ст. 1815; 2012, N 26, ст. 3446; 2014, N 43, ст. 5797; N 52, ст. 7540) изложить в следующей редакции:

«4.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в отношении которых устанавливаются требования к объему тары, упаковке и комплектности, перечень лекарственных препаратов для ветеринарного применения, в отношении которых устанавливаются требования к объему тары, а также требования к объему тары, упаковке и комплектности лекарственных препаратов для медицинского применения, требования к объему тары лекарственных препаратов для ветеринарного применения определяются соответствующими уполномоченными федеральными органами исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.».

Статья 3

В части 8.1 статьи 101 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442; 2013, N 27, ст. 3477; N 48, ст. 6165; 2014, N 30, ст. 4206; N 49, ст. 6927) слова «до 1 января 2016 года» заменить словами «до 1 января 2017 года».

Статья 4

Внести в статью 4 Федерального закона от 1 декабря 2014 года N 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, N 49, ст. 6927) следующие изменения:

1) часть 3 признать утратившей силу;

2) дополнить частью 3.1 следующего содержания:

«3.1. Положения Федерального закона от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования указанных субъектов Российской Федерации.».

Статья 5

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлен иной срок вступления их в силу.

2. Пункты 1 и 2, подпункты «а» - «г», «е» пункта 4 статьи 1 и статья 4 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2016 года.

3. Положения частей 7.1 и 8.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования указанных субъектов Российской Федерации на 2016 год.

Президент
Российской Федерации

В. ПУТИН

Москва, Кремль
14 декабря 2015 года
N 374-ФЗ

Расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования

24 декабря 2015 года, Москва

От имени Минздрава России собравшихся приветствовала заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хорова. Она обратила внимание на то, что прошлый год выдался непростым для системы ОМС. Тем не менее, проделана огромная работа для того, чтобы здравоохранение поэтапно переходило на страховые принципы. Эта работа будет продолжена и в наступившем году. Прежде всего новые требования коснутся проведения экспертиз качества оказания медицинской помощи, повышения эффективности функции СМО по защите прав застрахованных граждан.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко напомнила, что формирование бюджета на 2016 г., проходило крайне сложно. Пришлось отказаться от формата трехгодичного планирования. Но ухудшение экономической ситуации в Российской Федерации не повлияло на параметры ФОМС в части реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Субвенции территориальным фондам ОМС в 2016 г. составят 1,458 трлн руб., что на 44 млрд больше, чем в прошлом году. В 2015 г. в базовую программу ОМС входили 459 методов высокотехнологичной медицинской помощи, а в 2016 г. в нее будут добавлены еще 54 метода ВМП.

Об особенностях исполнения бюджета ФОМС в 2016 г. доложил начальник финансово-экономического управления ФОМС А.В. Устюгов. Численность лиц, застрахованных по ОМС на 1 апреля 2015 г., составила 146,5 млн чел., в том числе 61,5 млн работающих и 85 млн неработающих граждан России. Главное – принятый бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования полностью обеспечивает выполнение взятых ФОМС обязательств. Для каждого региона субвенция рассчитывается для выполнения принятого федерального подушевого норматива в 8438,3 руб. Как и ранее, все не использованные в прошлом году трансферты подлежат возвращению в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Что касается изменений по этому направлению, то в наступившем году ФОМС будет выделять средства и на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, которая будет предоставляться федеральным клиническим учреждениям.

Надо отметить, что продолжится и выполнение целевой программы «Земский доктор», в которой теперь смогут участвовать врачи до 50 лет и лечебные учреждения поселков городского типа. На эти цели в бюджете ФОМС предусмотрены 3,2 млрд руб. Это позволит еще больше сократить дефицит врачебных кадров в сельской местности.

Начальник Управления организации обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук сообщила о новых подходах к реализации ОМС. Как прогнозируют эксперты, увеличение уставного капитала страховых медицинских организаций с 60 млн до 120 приведет к сокращению количества СМО до 40. При этом предусмотрен переходный период до 1 января 2017 г.

С предложением ввести сбор на финансирование государственных расходов в системе здравоохранения для трудоспособных, но официально неработающих граждан, выступил в своем докладе директор Территориального фонда ОМС Ставропольского края С.П. Трошин. С 2014-2015 гг. в этом регионе России внедрен программный комплекс, который отслеживает направление больных из поликлиник в стационары. И это позволяет достаточно четко отслеживать, по данным единого регистра застрахованных, оказываемую медицинскую помощь. То есть возможности для информационного обмена выходят на новый уровень. Между тем, около 40% неработающих граждан составляют лица трудоспособного возраста. Часть из них ведет личное подсобное хозяйство и поэтому не ищет работу и не состоит на учете в центрах занятости населения.

По мнению С.П. Трошина, России стоит обратить внимание на опыт Белоруссии. Указом Президента Республики Беларусь с таких лиц взимается специальный сбор, как говорится в его обосновании, для предупреждения социального иждивенчества. Именно из этих средств и оплачивается оказываемая им медицинская помощь, а за неуплату его установлена административная ответственность. Если установить аналогичный сбор в нашей стране в размере 560 руб. в месяц, это серьезно снизит нагрузку на региональные бюджеты. Его сбором вполне может заняться Налоговая служба. Это сделает правила системы ОМС более справедливыми. И позволит направить высвободившиеся средства региональных бюджетов на улучшение материальной базы лечебных учреждений.

Директор Территориального фонда ОМС Тульской области Б.Н. Федорченко остановился на персонифицированном учете в экспертной деятельности. Казалось бы, еще совсем недавно территориальные фонды приобретали для лечебных учреждений первые компьютеры. А сегодня представить себе работу системы ОМС без информатизации просто невозможно. Она помогает

Участники расширенного совещания Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования в зале заседания

принимать управленческие решения, анализировать огромные объемы информации, вести реестры застрахованных, организовывать работу по защите прав застрахованных. Ведь ежегодно СМО проводят в нашей стране порядка 15 млн экспертиз качества оказания медицинской помощи. Безусловно, проведение столь огромного количества экспертиз без информационных технологий является просто невозможным.

Директор Территориального фонда ОМС Волгоградской области Т.В. Самарина познакомила собравшихся с некоторыми аспектами внедрения новых способов оплаты в сфере ОМС в медицинских организациях Южного и Крымского федеральных округов.

Директор Территориального фонда ОМС Челябинской области И.С. Михалевская представила опыт внедрения новой системы финансирования медицинской помощи.

Директор Территориального фонда ОМС Хабаровского края Е.В. Пузикова рассказала о рассмотрении региональным ТФОМС претензий медицинских организаций по результатам экспертиз, проводимых СМО. Лечебные учреждения не всегда соглашаются с претензиями к качеству оказания медицинской помощи. И дело доходит до того, что они подают в суд не только на экспертов и СМО, но и на Территориальный фонд ОМС, если не перечисляются средства по выставленным за лечение счетам.

Главным лейтмотивом выступлений стало улучшение защиты прав застрахованных. Сегодня из 800 тыс. летальных исходов в больницах свыше 400 тыс. представлены на оплату в системе ОМС. При этом СМО проводят проверку не более 60-80% таких случаев. Должна быть изменена и система подготовки экспертов. СМО должны привлекать к проведению экспертиз подготовленных экспертов, несмотря на сохраняющийся мультидисциплинарный подход.

- Фонд шаг за шагом добивается повышения требований к врачам-специалистам и экспертам, – пояснила председатель ФОМС Н.Н. Стадченко. – Нас интересует не сколько экспертов числится в реестре, а сколько реально работает. И те эксперты, которые не справляются с возложенными на них обязанностями, должны быть исключены из реестра. А в него включены новые, которые реально будут трудиться, а не числиться в списке. С этого года работы экспертам прибавится, появится и новая должность – уполномоченные СМО. Они будут проверять, прошли или нет определенные контингенты населения диспансеризацию и профилактические осмотры. В дальнейшем – они напомнят людям о необходимости прохождения профилактических мероприятий. Кроме того, новым специалистам хотят вменить в обязанность напоминать больным с хроническими заболеваниями о рекомендации регулярно принимать лекарственные препараты. Для этого в лечебных учреждениях должны будут появиться специальные контакт-центры. Они также займутся информированием населения о стоимости оказанных им медицинских услуг. Это позволит сформировать у населения объективное представление о затратах государства на оказанную ему медицинскую помощь и предотвратит коррупционные проявления в медицине, а также поможет дисциплинировать медицинские организации в части учета медицинских услуг. Каждая страховая медицинская организация должна создать новую, ориентированную на пациентов модель своей работы.

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»:

Стадченко Наталья Николаевна – председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Хорова Наталья Александровна – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации;

Флек Виталий Олегович – помощник министра здравоохранения Российской Федерации;

Михайленко Надежда Николаевна – заместитель начальника Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Устюгов Антон Владимирович – начальник Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

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

Кузенко Петр Иванович – заместитель директора Финансово-экономического департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Бурнакова Любовь Алексеевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия;

Екимова Ирина Олеговна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области;

Мокшин Виктор Николаевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области;

Решетников Алексей Валентинович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области;

Ясько Наталья Николаевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области.

Объявлена Благодарность председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Фомину Алексею Анатольевичу – начальнику отдела анализа формирования и исполнения бюджета обязательного медицинского страхования Финансово-экономического департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Семинар «Вопросы управления государственными финансами в 2016 году в системе обязательного медицинского страхования»

11 декабря 2015 года, Москва

В президиуме слева направо: генеральный директор Общества с ограниченной ответственностью «Бюджетный Консалтинг: методология и софт» С.В. Гапонов; заместитель начальника Управления контроля государственного заказа Федеральной антимонопольной службы России А.Ю. Лобов; заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования И.В. Соколова; начальник Управления бухгалтерского учета и отчетности - главный бухгалтер Федерального фонда обязательного медицинского страхования О.Н. Коваленко

В работе семинара на тему «Вопросы управления государственными финансами в 2016 году в системе обязательного медицинского страхования» приняли участие бухгалтеры, руководители отделов, представители территориальных фондов обязательного медицинского страхования из нескольких десятков регионов. Специалисты Министерства финансов Российской Федерации, Федерального казначейства, Федеральной антимонопольной службы и Федерального фонда обязательного медицинского страхования обсудили вопросы правового регулирования и исполнения бюджетов по расходам, финансового обеспечения оказания государственных и муниципальных услуг в 2016 году, закупок для государственных нужд, совершенствования процедур кассового обслуживания исполнения бюджетов фондов ОМС.

Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования И.В. Соколова сообщила, что ФОМС в 2016 году перечислит дополнительные средства в размере 15 миллиардов рублей территориальным фондам ОМС.

«ФОМС продолжит финансирование оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования мы планируем направить в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования дополнительно 15 миллиардов рублей. Эта сумма не включена в базовую программу финансирования, по которой будет выделено 96,7 миллиарда рублей».

По словам И.В. Соколовой, бюджет ФОМС на 2016 год также предусматривает выделение дополнительных

Участники семинара «Вопросы управления государственными финансами в 2016 году в системе обязательного медицинского страхования» в зале заседания

средств на компенсационные выплаты медицинским работникам, имеющим высшее образование и прибывшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок. «Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам осуществляется за счет средств бюджета ФОМС и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. В 2016 году процентное соотношение долевого участия средств бюджета ФОМС будет увеличено до 60%, а доля средств бюджета субъекта Российской Федерации уменьшена до 40%. Сумма запланированного в бюджете ФОМС на 2016 год финансирования составит 3,2 миллиарда рублей», — пояснила она.

Возраст медицинских работников, которые могут воспользоваться указанными выплатами, будет увеличен до 50 лет. Получить такие выплаты смогут также медицинские работники, переехавшие в поселки городского типа.

Заместитель начальника Управления контроля государственного заказа Федеральной антимонопольной службы А.Ю. Лобов рассказал на семинаре о проблемах, связанных с импортозамещением в системе государственных закупок в медицинской сфере. «В целом, основная тенденция на этот и следующий год — импортозамещение на большинстве товарных рынков, на которых работают государственные заказчики», — сказал он, отметив, что в отношении фармацевтических средств подразумевается исключение средств нероссийского производства в том случае, если на рынок вышли аналогичные отечественные аналоги.

За заслуги в развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и многолетний труд в области построения бюджетного учета в системе обязательного медицинского страхования награждены Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Волкова Елена Фёдоровна – начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности, главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области;

Григорьева Маргарита Гаврильевна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия);

Дадаева Зара Хамзатовна – заместитель директора, главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики;

Иванова Татьяна Леонидовна – начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности, главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области;

Крылова Лия Алексеевна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики;

Малашкина Татьяна Александровна – начальник управления бухгалтерского учета и отчетности, главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области;

Маркова Марина Вячеславовна – главный бухгалтер, начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области;

Махеева Майя Саяновна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия;

Слюсарчик Елена Александровна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа;

Черкашина Татьяна Васильевна – начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности, главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тамбовской области.

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

23, 24 декабря 2015 года, Москва

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

Решение:

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, одобрить бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год.

О ПЕРСПЕКТИВНОМ ПЛАНЕ РАБОТЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

Решение:

В соответствии с подпунктом 1 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, утвердить перспективный план работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год.

О СМЕТЕ РАСХОДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

Решение:

1. В соответствии с подпунктом 5 пункта 21 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, согласовать смету расходов на содержание Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год.

2. Разрешить председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования вносить уточнения в смету расходов на 2016 год в связи с необходимостью осуществления текущей деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

О СТРУКТУРЕ И ШТАТНОМ РАСПИСАНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

Решение:

1. В соответствии с подпунктом 5 пункта 21 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, согласовать структуру и штатное расписание Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год.

2. В целях оперативного решения организационно-штатных вопросов разрешить председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования вносить в 2016 году изменения в структуру и штатное расписание Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Перспективный план работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Цель 1. «Реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования»		
Задача 1.1. «Подготовка предложений по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Подготовка и представление в установленном порядке федерального закона об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год	Принятие Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год»	в сроки, установленные Министерством здравоохранения Российской Федерации, Правительством Российской Федерации в соответствии с графиком подготовки и рассмотрения проектов федеральных законов в 2016 году
Мероприятие 2. Подготовка и представление в установленном порядке федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 финансовый год и на плановый период 2018 и 2019 годов	Принятие Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 финансовый год и на плановый период 2018 и 2019 годов»	
Мероприятие 3. Осуществление проверки на соответствие действующему законодательству Российской Федерации и на наличие коррупциогенных факторов проектов нормативных правовых актов, подготовленных структурными подразделениями Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования	в течение года
Задача 1.2. «Издание нормативных правовых документов и методических указаний»		
Мероприятие 1. Подготовка проекта постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил направления в 2016 году иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями»	Принятие законодательных и нормативных актов во исполнение федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	май
Мероприятие 2. Участие в подготовке проекта постановления Правительства Российской Федерации «О предоставлении в 2016 году субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования»	Принятие законодательных и нормативных актов во исполнение федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	январь

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 3. Участие в подготовке проекта постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2016 году оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации в федеральных государственных учреждениях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет»	Принятие законодательных и нормативных актов во исполнение федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	январь
Мероприятие 4. Внесение изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»	Внесение дополнений в части особенностей лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, упрощение процедуры отзыва лицензии	I квартал
Мероприятие 5. Внесение изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.09.2011 года № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования»	Изменение размера целевых и собственных средств, страховых медицинских организаций, внесение дополнений в части направления и контроля использования средств для финансирования	I квартал
Мероприятие 6. Внесение изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 года № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»	Внесение дополнений в части использования средств для финансирования мероприятий, направленных на устранение нарушений, выявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	I квартал
Мероприятие 7. Подготовка приказа ФОМС «Об утверждении отчета об использовании иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями»	Контроль за использованием иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями	май-июнь

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 8. Подготовка проекта методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи	Реализация программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	декабрь
Задача 1.3 «Реализация региональных программ модернизации здравоохранения»		
Мероприятие 1. Мониторинг реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров	Анализ выполнения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров и использования средств на указанные цели для представления информации в Министерство здравоохранения Российской Федерации	ежемесячно
Мероприятие 2. Актуализация соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров на 2013–2016 годы	Установление расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров	в течение года
Задача 1.4. Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»		
Мероприятие 1. Направление субвенций в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение переданных субъектам Российской Федерации полномочий в сфере обязательного медицинского страхования	Исполнение финансовых обязательств, предусмотренных Федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	ежемесячно
Мероприятие 2. Направление иных межбюджетных трансфертов в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам	Реализация мероприятий по осуществлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии со статьей 51 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	по мере поступления заявок

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 3. Направление иных межбюджетных трансфертов бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации 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, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на учет в указанной медицинской организации	Исполнение финансовых обязательств, предусмотренных Федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	ежемесячно
Мероприятие 4. Направление иных межбюджетных трансфертов бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинским организациям услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов	Исполнение финансовых обязательств, предусмотренных Федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	ежеквартально
Мероприятие 5. Направление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	Исполнение финансовых обязательств, предусмотренных Федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	ежеквартально
Мероприятие 6. Направление иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями	Исполнение финансовых обязательств, предусмотренных Федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год	III квартал
Цель 2. «Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования»		
Задача 2.1. «Аккумулирование и управление средствами обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Мониторинг доходов системы обязательного медицинского страхования (поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения)	Анализ доходов системы обязательного медицинского страхования в целях осуществления оценки поступления доходов в отчетном году и прогнозирования доходов на очередной финансовый год, осуществления обязательного медицинского страхования, представления в Министерство здравоохранения Российской Федерации и заинтересованным федеральным органам исполнительной власти данных для принятия управленческих решений	ежемесячно

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 2. Расчет прогноза (уточненного прогноза) поступления доходов в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период, межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основе прогноза социально-экономического развития Российской Федерации	Формирование основных характеристик (параметров) бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год, прогнозирование объемов межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования для представления прогноза поступлений доходов в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Минздрав России, заинтересованным федеральным органам исполнительной власти, подготовки проекта федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год	в течение года
Мероприятие 3. Составление и ведение кассового плана исполнения бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в текущем финансовом году	Прогноз кассовых поступлений в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования и кассовых выплат из бюджета в текущем финансовом году. Установление предельных объемов денежных средств, используемых на осуществление операций по управлению остатками средств на едином счете бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	ежемесячно
Мероприятие 4. Организация работы и подготовка материалов по размещению временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Эффективное использование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	по решению председателя ФОМС
Цель 3. «Участие в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»		
Задача 3.1. «Формирование и реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Подготовка предложений к проекту постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год»	Обеспечение мероприятий по реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	июль

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 2. Подготовка материалов к государственному докладу Министерства здравоохранения Российской Федерации о реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за 2015 год в части программ обязательного медицинского страхования	Анализ реализации мероприятий по реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	июнь
Цель 4. «Контроль за соблюдением субъектами и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и использованием средств обязательного медицинского страхования»		
Задача 4.1. «Обеспечение реализации законодательных и нормативных правовых актов сферы обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Осуществление контроля за соблюдением субъектами и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования	Обеспечение соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании	в соответствии с планом проверок
Мероприятие 2. Осуществление контроля за реализацией программ, мероприятий по модернизации здравоохранения и за использованием средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение	Обеспечение соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании	в соответствии с планом проверок
Мероприятие 3. Осуществление контроля за использованием средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	Обеспечение соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании	в соответствии с планом проверок
Мероприятие 4. Утверждение типовой программы проверки соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования в 2015 и 2016 годах	Обеспечение контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования	I квартал

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 5 Мониторинг применения территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страхователями для неработающих граждан законодательства об обязательном медицинском страховании и выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования функций администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения	Контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании, обеспечение своевременного и в полном объеме поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Контроль за обеспечением начисления страхователями для неработающих граждан и территориальными фондами обязательного медицинского страхования пеней и штрафов за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании в части уплаты страховых взносов и регистрации страхователей для неработающих граждан	ежеквартально
Мероприятие 6. Проведение мониторинга качества финансового менеджмента, осуществляемого Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования	Эффективное расходование средств обязательного медицинского страхования	ежеквартально
Мероприятие 7. Согласование нормативов расходов на обеспечение выполнения своих функций территориальным фондом обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год	Выполнение полномочий Федерального фонда обязательного медицинского страхования, установленных статьей 7 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	декабрь
Цель 5. «Формирование отчетности о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования и подготовка аналитических материалов»		
Задача 5.1. «Сбор и анализ информации о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования	Контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования для достижения целевых прогнозных показателей заработной платы медицинских работников (Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 года № 597)	ежемесячно
Мероприятие 2. Мониторинг объемов и стоимости высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	Обеспечение реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	ежемесячно

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 3. Сбор и обобщение информации по форме «Отчет об использовании субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования»	Контроль за использованием субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	ежемесячно
Мероприятие 4. Сбор и обобщение информации по форме «Отчет об использовании средств на цели, предусмотренные частью 12.1 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	Контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на цели, предусмотренные частью 12.1 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	ежемесячно
Мероприятие 5. Сбор и обобщение информации по форме «Отчет об использовании средств, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в федеральных государственных учреждениях»	Контроль за использованием средств, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в федеральных государственных учреждениях	ежеквартально
Мероприятие 6. Сбор и обобщение информации по «Отчету об использовании иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями»	Контроль за использованием иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями	III квартал, IV квартал

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Цель 6. «Научно-исследовательская работа, подготовка кадров для Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования»		
Задача 6.1. «Научно-исследовательская работа по вопросам обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Организация научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования	Оптимизация деятельности в сфере обязательного медицинского страхования	в соответствии с планом научно-исследовательских работ Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Задача 6.2. «Организация подготовки и дополнительного профессионального образования работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Организация образовательных мероприятий повышения квалификации по дополнительным образовательным программам для специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования и иных участников обязательного медицинского страхования	Повышение профессионального уровня кадрового состава территориальных фондов обязательного медицинского страхования и иных участников обязательного медицинского страхования	в течение года
Мероприятие 2. Формирование кадрового резерва работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Обеспечение Федерального фонда обязательного медицинского страхования квалифицированными кадрами	март
Мероприятие 3. Организация дополнительного профессионального образования за пределами территории Российской Федерации работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования. Участие руководителей и работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования в проводимых МАСО мероприятиях по актуальным проблемам развития в сфере обязательного медицинского страхования. Организация и проведение визитов специалистов Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях изучения международного опыта	Международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования	в течение года
Цель 7. «Определение общих принципов построения функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»		
Задача 7.1. «Ведение единого регистра застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования»		
Мероприятие 1. Развитие информационной системы ведения единого регистра застрахованных лиц	Совершенствование информационного взаимодействия системы обязательного медицинского страхования	в течение года

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Мероприятие 2. Развитие межведомственного взаимодействия	Обеспечение целей персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования, осуществление обязательного медицинского страхования и планирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	в течение года
Задача 7.2. Ведение реестров в системе обязательного медицинского страхования		
Мероприятие 1. Информационное техническое сопровождение ведения в системе обязательного медицинского страхования реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, экспертов качества медицинской помощи, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования	Ведение реестров в сфере обязательного медицинского страхования	в течение года
Мероприятие 2. Развитие многоуровневой системы сбора и обработки информации в сфере обязательного медицинского страхования	Формирование отчетности о деятельности системы обязательного медицинского страхования на основании представленных информационных показателей	в течение года
Цель 8. «Защита сведений, составляющих информацию ограниченного доступа»		
Задача 8.1. «Обеспечение защиты сведений, составляющих информацию ограниченного доступа»		
Мероприятие 1. Обеспечение деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования по защите сведений, составляющих государственную тайну, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.10.2015 года № 1173	Обеспечение в пределах своей компетенции защиты сведений, составляющих государственную тайну, соблюдение режима секретности	в течение года
Мероприятие 2. Организация технической поддержки информационно-технологической инфраструктуры Удостоверяющего центра Федерального фонда обязательного медицинского страхования, защищенной ViPNet сети № 554, программного обеспечения ViPNet сети ДСПД ЕЗТИ ГИС ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Обеспечение деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с требованиями безопасности информации	в течение года
Мероприятие 3. Организация технической поддержки информационно-технологической инфраструктуры Федерального фонда обязательного медицинского страхования с целью обеспечения ее устойчивости и защищенности	Обеспечение деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с требованиями безопасности информации	в течение года

Мероприятие	Цель, прогнозируемый результат	Срок исполнения
Цель 9. «Обеспечение реализации положений Федерального закона от 25.12.2008 года № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»		
Задача 9.1. «Проведение мероприятий по обеспечению реализации положений Федерального закона от 25.12.2008 года № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»		
Мероприятие 1. Обеспечение выполнения мероприятий по реализации положений Указа Президента Российской Федерации от 02.04.2013 года № 309 «О мерах по реализации отдельных положений Федерального закона «О противодействии коррупции» и Указа Президента Российской Федерации от 21.09.2009 года № 1065 «О проверке достоверности и полноты сведений, представляемых гражданами, претендующими на замещение должностей федеральной государственной службы, и федеральными государственными служащими, и соблюдения федеральными государственными служащими требований к служебному поведению»	Реализация положений федеральных законов, указов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации по противодействию коррупции, разработка ведомственных нормативных актов о противодействии коррупции в ФОМС	в течение года

УДК 614.2

Институт юридической защиты сведений о пациенте (врачебной тайны): история становления и конституционно-правовой режим (в аспекте семейных отношений)[1]

М.А. Ковалевский[1], И.М. Акулин[2], Н.С. Ковалевская[2]

[1]Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
[2]Санкт-Петербургский государственный университет

М.А. Ковалевский

И.М. Акулин

Н.С. Ковалевская

Резюме

В статье рассматриваются проблемы, связанные с правовым регулированием врачебной тайны. Сначала исследуется история становления института врачебной тайны и общие положения о защите этой тайны. Затем анализируется конституционно-правовой режим врачебной тайны в аспекте семейных отношений. В результате исследований делается вывод о том, что врачебная тайна пациента имеет характер его семейной тайны. Это предполагает, в частности, существование презумпции согласия пациента на передачу входящей в ее состав информации родственникам пациента после его смерти. И только в случае прямого запрета пациента на передачу данной информации его родственникам она должна, как представляется, приобретать характер исключительно личной тайны пациента.

Ключевые слова: врачебная тайна, семья пациента, смерть пациента, конституционно-правовой режим, передача информации.

Abstract

Institute of legal protection of data on the patient (medical secret): history of formation and a constitutional-legal regime (in aspect of family relations)

M.A. Kovalevsky[1], N.S. Kovalevskaia[2], I.M. Akulin[2]
[1]MGMSU, [2]SPbGU

In the paper the problems connected with legal regulation of medical secret are considered. At first the history of formation of institute of medical secret and general provisions about protection of this secret is researched. Then the constitutional-legal regime of medical secret in aspect of family relations is analyzed. As a result of researches the conclusion that the medical secret of the patient has character of its family secret becomes. It assumes, in particular, existence of a presumption of the consent of the patient on transfer of the secret information to relatives of the patient after his death. And only in case of a direct prohibition of the patient on transfer of these information to its relatives it should, as it seems to us, acquires character of exclusively personal secret of the patient.

Key words: medical secret, a family of the patient, death of the patient, a constitutional-legal regime, information transfer.

[1] В основу настоящей работы положено официальное экспертное заключение, данное авторами по запросу Конституционного Суда РФ в связи с делом В.Н. Зубкова (см. определение Конституционного Суда РФ об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Зубкова Владимира Николаевича на нарушение его конституционных прав частями 2, 3 и 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 9 июня 2015 года № 1275-О).

История становления института защиты сведений о пациенте (врачебной тайны) и общие положения о такой защите: от современности к древности и обратно. В Ветхом Завете в Книге Экклезиаста, описывающей картину вечного круговорота Вселенной и человека, говорится: «Идет ветер к югу и переходит к северу, кружится, кружится на ходу своем, и возвращается ветер на круги свои…Что было, то и будет; и что делалось, то и будет делаться, и нет ничего нового под солнцем. Бывает нечто, о чем говорят: «Смотри, вот это новое»; но это было уже в веках, бывших прежде нас.» Данная максима справедлива и в отношении института защиты сведений о пациенте (врачебной тайны). Защита сведений о пациенте, ставших доступными врачевателю, имеет долгую историю. В частности, уже в древнегреческой клятве Гиппократа (V–IV века до н.э.) можно обнаружить положение о неразглашении таких сведений врачевателем. Данное этическое положение обычно рассматривается в качестве основы современного правового режима врачебной тайны, что – даже если отвлечься от максимы, содержащейся в Книге Экклезиаста, представляется неслучайным. Большая простота древнегреческого общества по сравнению с современным позволяла четче осознать основные проблемы, возникающие при защите сведений о пациенте, а также закрепить ориентиры для их решения. В отсутствие такой простоты, присущей древним моделям защиты, трудно установить, какие из особенностей соответствующей защиты являются наиболее значимыми и как их следует учитывать в реальной жизни. Таким образом, исследование древнегреческих этических норм о защите сведений о пациенте, то есть некое движение от древности к современности, служит не только интересам науки истории правового регулирования, но и интересам практики современного нормотворчества.

Важным представляется также взаимосвязанное и взаимообусловленное (то есть системное) движение в обратном направлении – движение от современности к древности. Крайне затруднительно преодолеть в рамках исследования «древней» модели защиты сведений о пациенте нечеткость «древних» социальной организации и социальных институтов, опосредующих данную модель, без обращения к современности, которая является более определенной и четкой в части подобных организации и институтов. Что же касается юридических конструкций, используемых в современном обществе для целей защиты сведений о пациенте, то обращение к ним повышает доступность для нашего сознания этико-нормативной модели защиты, существовавшей в древнегреческом обществе. Вследствие этого жизнь прошлого, которое независимо от нашего на то желания, всегда присутствует в настоящем (прошлое достаточно жестко «вмонтировано» в него), становится более прозрачной для понимания, что позволяет определять элементы прошлого, значимые для современности, и находить пути стабилизации настоящего.

В то же время, нельзя не отметить существование опасности, что при движении от современности к древности смысл прошлого – в целях решения тех или иных современных задач – может быть существенно трансформирован исследователями и переводчиками соответствующих «древних» текстов. Примером этому (в определенной своей части) служит, к сожалению, значительное число переводов текста положения клятвы Гиппократа, связанного с защитой сведений о пациенте (данной проблеме будет далее уделено особое внимание). Подобное «вольное» обращение с древностью не только в значительной степени обесценивает саму древность, но и рождает вопросы в отношении получения действительной пользы от соответствующих исследований и переводов. Вследствие этого зачастую необходимо снова и снова проходить путь от древности к современности и обратно, удаляя ряд «наслоений», появление которых во многих случаях было обусловлено решением исследователем и переводчиком современных ему политических задач. В ином случае становится невозможным нахождение действительного смысла тех древних положений, которые очевидным образом полезны для современности и которые используются на практике для подтверждения или опровержения необходимости существования определенных подходов.

Сравнительное исследование защиты сведений о пациенте, осуществляемое в режиме взаимосвязанного и взаимообусловленного движения «туда и обратно» - в режиме «закольцованного» движения между современностью и древностью - позволяет лучше осознать не только границы и эффективность «древних корней» модели такой защиты, но и оценить возможности ее развития в настоящем в рамках существующих социальной организации и социальных институтов.[2] Поэтому, как представляется, ссылки на клятву Гиппократа, присутствующие во многих работах о защите сведений о пациенте, никогда не следует считать, независимо от отношения к таким ссылкам самих авторов работ, неким «дежурным ритуалом», который призван лишь придать некий академико-научный характер соответствующему исследованию. Подобные ссылки ориентируют читателя в должном направлении, позволяя ему приступить к надлежаще осознанному и достаточно обоснованному пониманию института защиты сведений о пациенте (врачебной тайны). Он формировался и существовал в течение нескольких тысячелетий на основе положения о защите сведений о пациенте, содержащегося в клятве Гиппократа. Все это не позволяет игнорировать исторически обусловленный характер данного института.

К настоящему времени существует целый спектр переводов положения клятвы Гиппократа о защите сведений о пациенте с древнегреческого на ряд современных языков, в том числе и на русский. При этом, как представляется, данные переводы зачастую обладают особенностями, которые

[2] Отметим, что истоки подобного метода исследования институтов, которые существовали в древности и продолжают существовать в настоящее время – метода движения «туда и обратно», можно обнаружить в работах М. Мосса (см. напр.: Мосс М. Социальные функции священного. Избранные произведения. – СПб., 2000. С. 110 и др.) Этот метод непосредственно использовался также в юридической сфере (см. напр.: Ковалевский А.М., Ковалевский М.А. Социально-экономическая и правовая природа пенсий по стрости (возрасту): от современного общества к традиционному и обратно // Социальное и пенсионное право. 2011. № 4. С. 3-6; 2012. №1. С. 2-7; 2012. № 2. С. 2-7).

сознательно или бессознательно призваны способствовать расстановке значимых – для того времени, когда осуществлялся перевод, акцентов на разных элементах правового режима защиты сведений о пациенте. Например, перевод может акцентировать внимание преимущественно на защите врачебной тайны, фактически абсолютизируя такую защиту, и определенным образом «вуалировать» существовавшее у Гиппократа понимание, что возможен ряд ситуаций, когда раскрытие данных сведений обоснованно и насущно необходимо. Подобные обстоятельства требуют непосредственного обращения к той части древнегреческого текста Клятвы Гиппократа, которая посвящена защите сведений о пациенте.

В данной части говорится: «Ἃ δ᾽ ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπηίης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄῤῥητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα (Что бы при лечении, как и без лечения, я ни увидел и ни услышал относительно жизни людей из того, о чем не нужно (χρή) когда-либо попусту говорить [слово ἐκλαλέεσθαι является производным от λᾰλέω (laleó) – букв. «лялякать» - выделение наше], буду молчать, так как таким вещам следует быть не рассказанными публично (ἄῤῥητα))».[3] Первое, что можно заключить из содержания приведенного положения клятвы Гиппократа, – это то, что Гиппократ не считал необходимым существование абсолютного запрета на разглашение сведений, ставших известными врачу. Он включал в состав информации, разглашать которую запрещается, только те сведения, о которых не нужно когда-либо говорить. На это обстоятельство специально обращают внимание С.Г. Майлз (Miles)[4], а также Ш. Паттинсон (Pattinson) и Д. Бейливелд (Beyleveld)[5]. Дополнительно отметим, что соответствующий термин λᾰλέω (laleó) - лялякать, говорить зря, болтать, молоть языком, пустословить – означает ведение не просто разговора, а пустого разговора, представляя собой так называемый звукоподражательный глагол.[6] В нашем случае он имитирует звуки недостаточно осмысленной человеческой речи, в частности, детское разговорное междометие «ля-ля (la-la)». Причем имитирует практически идентичным образом как в древнегреческом, так и в русском языке.

Таким образом, Гиппократ, запрещая врачу «лялякать и пустословить» о том, что стало ему известно о пациенте, фактически не исключал следующее: врач может сообщать вовне сведения, которые должны быть – ввиду тех или иных важных обстоятельств, разглашены. К таким сведениям очевидным образом, можно отнести ряд сведений, имеющих существенную социальную (коллективную, семейную) значимость. Это, в частности, сведения о состоянии здоровья пациента, которые необходимо сообщить его близким в целях надлежащего ухода за больным, а также сведения о наличии у пациента опасного инфекционного заболевания, которые нужно предоставить публичным властям. Представляется, что иного подхода к защите сведений о пациенте трудно было бы и ожидать от того, как Гиппократ считал необходимым информирование близких больного (в том числе, для их участия в уходе за ним) и сам участвовал в ликвидации эпидемий, опустошавших Древнюю Грецию[7]. В силу последнего обстоятельства он, очевидным образом, должен был представлять властям конкретные доказательства существования данных эпидемий на их территориях и обосновывать расходование публичных средств на врачебную помощь гражданам.

Интересным также представляется следующее. Гиппократ в соответствующем положении своей клятвы вообще не использовал специальных терминов, непосредственно (а не неким образом опосредованно) обозначающих понятие «тайна». В древнегреческом языке термины, которые непосредственно обозначают понятия тайна, тайно, тайный, тайные действия – это μυστήριον (mystērion), κρυπτός (kryptos), κλοπή (klopē) и аналогичные им термины[8], которые отсутствуют в указанном положении клятвы Гиппократа. В то же время, термин «тайна» обычно есть в переводах соответствующего положения клятвы Гиппократа на русский язык[9]. Более того, в некоторых переводах на европейские языки используется даже значительно более радикальное выражение «священная тайна»[10].

В данных целях применяется достаточно изощренное (фактически косвенное и опосредованное) толкование др.-гр. термина ἄῤῥητος (árretos), прямым значением которо-

[3] Авторы настоящей работы благодарны С.М. Ковалевскому за перевод с древнегреческого этого положения Клятвы Гиппократа, а также за помощь его в исследовании.

[4] Miles S. H. The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine – Oxford, 2003. P. XIV, P. 151.

[5] Pattinson S., Beyleveld D. Confidentiality and Data Protection / Principles of Medical Law. Third Edition. Ed. Grubb A., Laing J., McHale J. Consultant Ed. Kennedy I. – Oxford, 2010. P. 652.

[6] Дворецкий И.Х. Древнегреческо-русский словарь. Т. 1 - М., 1958. С. 1009; Beekes R. Etymological Dictionary of Greek. Vol. I-II – Leiden, 2010. P. 828; Заика Е. А. Лингвометодический анализ синонимического ряда глаголов с доминантой «болтать» (на фоне польского языка) // XXXVI Международная филологическая конференция: Сборник. Вып. 19: Русский язык как иностранный и методика его преподавания. 12–17 марта 2007 г., Санкт-Петербург - СПб, 2007. С. 39, 41-42; Ухова П.С. Способы образования лексических единиц в русском молодежном сленге // Материали за 10-а международна научна практична конференция, «Ключови въпроси в съвременната наука». 17 - 25 април 2014 г. Том 20. Филологични науки – София, 2014. С. 44-45.

[7] См. напр.: Гиппократ. О благоприличном поведении // Гиппократ. Избранные книги – М., 1936. С. 115; Декрет афинян // Гиппократ. Сочинения. Т. 3 – М.- Л., 1941. С. 339-340.

[8] См. напр.: Beekes R. Цит. соч. P. 1-1685.

[9] См. напр.: Гиппократ. Клятва / Гиппократ. Избранные книги – М., 1936. С. 88, где дан следующий перевод соответствующего положения: «Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Справедливости ради необходимо отметить, что в целом данный перевод положения о защите сведений о пациенте, так же как и перевод остальных положений Клятвы Гиппократа, приведенный в том же источнике, является достаточно близким к буквальному смыслу этих положений.

[10] См. напр.: Pattinson S., Beyleveld D. Цит. соч. P. 652; Miles S. H. Цит. соч. P. XIV, 151-152; Copland J. The Hippocratic Oath / London Medical Repository, 1825, Vol. 23 (135). P. 258; Антисери Д., Реале Дж. Западная философия от истоков до наших дней. Античность и Средневековье (1-2) - СПб, 2003. С. 128.

го является «не рассказанный публично». Это толкование в определенной степени основано на существовании у врачебной профессии достаточно жестко «вмонтрированного» в нее элементов ее храмово-жреческого прошлого и традиций. Что же касается непосредственно термина ἄῤῥητος (árretos), то он образован: (1) добавлением отрицательной частицы ἄ- (a-) к слову ῥητός (retos) - «рассказанный (сказанный) публично», которое является однокоренным с такими известными словами, как «оратор (ῥήτωρ)» и «риторика (ῥητωρική)», имеющим одинаковое с ними происхождение[11]; (2) удвоением начального ῥ (r) в слове ῥητός (retos). То есть это производный термин, который непосредственно не предназначен для обозначения понятия «тайна». Действительно, лицо, не являющееся оратором, – это далеко не всегда хранитель неких тайн, которые, к тому же, совсем не обязательно связаны с чем-либо священным.

В то же время применение ряда изощренных (косвенных) толкований и переводов др.-греч. термина ἄῤῥητος (árretos) позволило, например, немецкой медицинской и правовой доктрине рассматривать обязанность по сохранению сведений о пациенте как некую «священную обязанность (heilige Pflicht)» по сохранению тайны[12]. Представляется, что использование подобных выражений очевидным образом ориентирует – причем во многих случаях ориентирует (зачастую в достаточно благородных целях) – на определенную абсолютизацию режима неразглашения сведений, ставших известными врачу (примерно так: «не покушайтесь на святое»).

Существование задачи по ужесточению (абсолютизации) режима защиты сведений о пациенте во времена, когда делались соответствующие переводы положения Клятвы Гиппократа о защите данных сведений и проводились соответствующие исследования, явно повлияло на передачу смысла этого древнего положения. То есть путешествие переводчиков и исследователей из современности в древность не обошлось без определенной «трансформации» древности. Действительный же режим сведений, которые не должны быть рассказаны врачом публично (разболтаны перед народом, на площадях и в народных собраниях) – тот режим, что буквально закреплен в клятве Гиппократа, вполне предполагает возможность их раскрытия семье, близким друзьям или иному заинтересованному «замкнутому» сообществу, которое совсем не обязательно должно являться неким «сакральным (священным)» сообществом. Врачу просто не надо вести себя в отношении данных сведений подобно λάλητικός (laletikos) - букв. «лялякальщику», болтуну и пустобреху (именно так переводится данное существительное в словаре И.Х. Дворецкого)[13]. То есть не раскрывать сведения о своем пациенте всем подряд. Этим Гиппократ задает разумный и сбалансированный масштаб отношения врача к разглашению сведений о пациенте, использование которого совсем не лишне и в наше время при оценке в первом (но не всегда последнем) приближении того, надлежаще или нет хранит врач сведения о пациенте.

Гиппократ, как следует из общего смысла соответствующего положения его клятвы, а также из наличия в данном положении достаточно «простонародного» термина ἐκλαλέεσθαι, производного от λαλέω (laleó) - «лялякать», не являлся сторонником ни абсолютизации, ни сакрализации этого режима. Вследствие подобных обстоятельств использование в переводе положения клятвы Гиппократа о режиме сведений, ставших известными врачу, выражения «священная тайна» или «священная обязанность» представляется данью медико-профессиональной практике последних нескольких столетий, которая была направлена скорее на максимальное ужесточение режима неразглашения упомянутых сведений, чем на наиболее точную передачу действительного смысла этого положения клятвы Гиппократа.

Со времен античности до эпохи Возрождения одной из важнейших целей сохранения врачами тайны, относящейся к медицинскому вмешательству, являлось сохранение тайн врачебного искусства[14]. Считалось, что эти тайны должны были (в качестве некого эзотерического знания) принадлежать лишь кругу посвященных. Соответствующее поведение рассматривалось как определенная добродетель врача, приверженность которой позволяет защитить профессию от ее дискредитации практикующими непрофессионалами, заявляющими о наличии у них медицинских знаний и умений, а также сохранить традиции профессии в условиях подобных вторжений, опасных для ее авторитета. На такое поведение врача ориентировало, в частности, особое положение клятвы Гиппократа, предполагающее сообщение врачом правил и умений в сфере медицины только лицам, которых он специально обучает и которые, к тому же, связаны «обязательством и клятвой по закону медицинскому»[15]. Что же касается обязанности врача по неразглашению информации, касающейся непосредственно конкретного пациента, то вплоть до XVIII века нельзя обнаружить случаев ее юридического закрепления[16]. Более того, во многих документах зафиксированы свидетельства беспечности врачей в части обращения с данной информацией.

[11] Слово ῥητός происходит от εἴρω (eiro), первоначальное значение которого – это «говорить связанно», а потом – «говорить связанно на публике».

[12] Deichgräber K. Der Hippokratische Eid. – Stuttgart, 1972. S. 11, 28 f; Deutsch E., Spickhoff A. Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht. 6. Auflage – Berlin, 2008. S. 396; Steger F. Das Erbe des Hippokrates: medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln – Göttingen, 2008. S. 34.

[13] Дворецкий И.Х. Цит. соч. С. 1009.

[14] Schott H. Die ärztliche Schweigepflicht: Historische und aktuelle Aspekte / Dt. Ärztebl. 85, Heft 41, 13. Oktober 1988 (25). S. A 2810; Grmek M. D. L'origine et les vicissitudes du secret medical / Cahiers Laennec, 29 (1969). S. 6; Maehle A.-H. Protecting Patient Privacy or Serving Public Interests? Challenges to Medical Confidentiality in Imperial Germany/ Social History of Medicine, 2003, Vol. 16. P. 383–401; Ferguson A. The Lasting Legacy of a Bigamous Duchess. The Benchmark Precedent for Medical Confidentiality / Social History of Medicine, 2006, Vol. 19. P. 37–53.

[15] Гиппократ. Клятва // Гиппократ. Избранные книги – М., 1936. С. 87.

[16] Schott H. Цит. соч. S. A 2810; Grmek M. D. Цит. соч. S. 6; Maehle A.-H. Цит. соч. P. 383–401; Ferguson A. Цит. соч. P. 37–53.

Ситуация начала меняться в XVIII веке, и одной из важнейших предпосылок к тому стал интерес европейских государств, вследствие возникших в них серьезных проблем с демографией, к состоянию здоровья своего населения. М. Фуко отмечал, что «одним из великих новшеств в техниках власти стало в XVIII веке появление «населения» в качестве экономической и политической проблемы: население-богатство, население-рабочая сила, или трудоспособность, население в равновесии между его естественным ростом и ресурсами, которыми оно располагает. Правительства замечают, что они имеют дело не просто с отдельными подданными или даже с «народом», но с «населением»: с его специфическими феноменами и характерными для него переменными – рождаемостью, смертностью, продолжительностью жизни, плодовитостью, состоянием здоровья, частотой заболеваний, формой питания и жилища»[17].

Повышенный интерес государства к состоянию здоровья населения затронул и врачей, так как государству стала, в частности, насущно необходима не только их деятельность, но и имеющаяся у врачей информация о состоянии здоровья пациентов (например, информация о наличии у пациентов опасных инфекционных заболеваний). Однако возможность передачи врачом подобной информации властям зачастую становилась стимулом к тому, чтобы пациенты, которым могла грозить карантинная изоляция и отстранение их от обычных занятий, обращались к самолечению и тем самым создавали серьезные угрозы своему здоровью, здоровью населения (при инфекционных заболеваниях) и экономике страны в целом. То есть передача врачом информации о состоянии здоровья пациента могла привести к очевидным негативным последствиям для обычной социальной (коллективной, семейной) и экономической деятельности этого пациента, что конфликтовало с универсальным стандартом отношений между врачом и пациентом, который ориентировал на то, чтобы врач воздерживался «от причинения всякого вреда» пациенту[18]. Отметим также, что определенную значимость для врачей могло иметь и то обстоятельство, что вследствие самолечения пациентов у врачей сокращался объем частной практики, а вместе с ним и доходы от данной практики. Таким образом, у обоих участников отношений «врач-пациент» имелись нематериальные (личные или профессиональные) и материальные (экономические) стимулы к поддержке действий по ужесточению режима неразглашения сведений о состоянии здоровья пациентов.

Существование конфликта между публичными и частными интересами, затрагиваемыми защитой сведений о пациенте, требовало установления разумного баланса между этими интересами – того баланса, о необходимости наличия которого было, как указывалось ранее, известно уже Гиппократу. И одним из шагов в необходимом направлении стали конкретизация и ужесточение режима защиты данных сведений на основе перемещения решения возникшей проблемы из сферы медицинской этики в сферу права и, в частности, закрепления в нормах законодательства соответствующего режима защиты. Примером тому может служить прусский Медицинский указ (1725 г.), содержавший правило, согласно которому «медицинские работники не должны открывать никому тайные дефекты [человека – выделение наше] и болезни, которые им стали известны»[19]. То есть в нем уже был закреплен законодательный (а не медико-этический) институт врачебной (медицинской) тайны, причем запрет на ее разглашение фактически объявлялся абсолютным. Однако столь жесткий юридический запрет на раскрытие информации о пациенте – значительно более жесткий, чем существовавший в клятве Гиппократа, – создавал очевидный дисбаланс интересов лиц, затрагиваемых данным запретом, так как практически не учитывал наличия публичных (коллективных, семейных) интересов в раскрытии соответствующей информации.

Например, подобный запрет совершенно игнорировал очевидный интерес семьи пациента в подобной информации – данная информация фактически наделялась режимом частной (индивидуальной), а не семейной (коллективной) информации. Это потребовало от законодателя движения в направлении «обратно» – в направлении исходных «древних» положений клятвы Гиппократа, которые закрепляли иной подход к квалификации соответствующей информации. В данных положениях, в частности, говорилось о том, что информация, ставшая известной врачу, представляет собой сведения о «βίον ἀνθρώπων (жизни людей)». То есть эта информация квалифицировалась в качестве информации как о пациенте, так и обо всех окружающих его лицах, в том числе о членах семьи и об их интересах (семейная информация). Именно данное обстоятельство явилось, как представляется, определенным ориентиром для квалификации в прусском Общем обычном законе (1794 г.) полученной врачом информации в качестве семейных тайн: «Доктора, хирурги и акушерки не должны объявлять о болезнях и семейных тайнах, о которых они узнали, кроме как в случае преступления»[20]. Аналогичное правило, хотя и несколько «урезанное» в части раскрытия соответствующих сведений правоохранительным органам, было закреплено и в российских медико-этических положениях, таких как дореволюционная Факультетская клятва врачей: «обещаю… свято хранить вверенные мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия»[21].

Кроме упомянутых выше случаев раскрытия сведений о пациенте существует еще ряд иных случаев, когда раскрытие подобных сведений также необходимо – случаев, представляющих публичный (коллективный, семейный) интерес. Когда раскрытие данных сведений не является «ляляканием» (если пользоваться терминологией Гиппократа). К подобным

[17] Фуко М. История сексуальности. Т. 1. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет - М., 1996. С. 121.

[18] Гиппократ. Клятва // Гиппократ. Избранные книги – М., 1936. С. 87.

[19] Maehle A.-H. Doctors, Honour and the Law: Medical Ethics in Imperial Germany – New York, 2009. P. 47.

[20] Там же.

[21] Цит. по работе: Дембо Л. И., Вальтер Ф. А. Врачебная тайна – Л., 2926. С. 8.

случаям законодатели обычно относят раскрытие информации о пациенте, связанной с совершенным преступлением, и об этом говорится, в частности, в приведенном выше положении прусского Общего обычного закона (1794 г.), или с наличием особо опасного инфекционного заболевания. Такие нормы существуют, в частности, в современном российском и значительном числе современных зарубежных законодательств. Подобные нормы очевидным образом препятствуют абсолютизации института врачебной тайны. На принципиальную опасность подобной абсолютизации указывал Н.С. Таганцев: «Не надо забывать, что обязанностью хранить тайну не исчерпывается весь кодекс нравственности врача; что исполнение этой обязанности может явиться нарушением другой, не менее, а иногда и более важной нравственной обязанности гражданина».[22]

Той же самой точки зрения придерживалась и дореволюционная судебная практика. В частности, Уголовно-кассационный департамент Сената отмечал: «Ограждая честь, спокойствие и интересы страждущих, нуждающихся во врачебной помощи, закон не может допустить, чтобы ограждение сих интересов было доводимо до нарушения интересов общественных. Сии последние вызывают надлежащую деятельность власти во всех случаях, когда безусловное соблюдение тайны может служить средством для сокрытия обстоятельств, имеющих по своему характеру свойства не только личные, но и общественные»[23]. Однако необходимо отметить, что существование опасности абсолютизации врачебной тайны не означает и не может означать малую значимость повышенной защиты сведений о пациенте, ставших известными врачевателю. Институт врачебной тайны является важнейшей гарантией отсутствия ряда обстоятельств, которые могут на практике препятствовать доступу пациента к медицинской помощи, то есть реализации им конституционного права на такую помощь, либо создавать реальные угрозы его основополагающим и правомерным интересам в сфере жизни и здоровья.

Конституционные предпосылки сбалансированной защиты сведений о пациенте, осуществляемой с учетом повышенной значимости института семьи. Согласно Конституции Российской Федерации достоинство личности охраняется государством; ничто не может быть основанием для его умаления (статья 21, часть 1); каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени (статья 23, часть 1); сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются (статья 24, часть 1).

Как следует из правовых позиций Конституционного Суда Российской Федерации, выраженных в ряде его решений (постановление от 15 января 1999 года № 1-П, определение от 15 февраля 2005 года № 17-О и др.), достоинство личности представляет собой предпосылку и основу всех других неотчуждаемых прав и свобод человека, условие их признания и соблюдения. При этом достоинство личности не исчезает со смертью человека (определение Конституционного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2003 г. № 459-О). Как представляется, все эти обстоятельства предполагают необходимость существования эффективных способов и инструментов защиты достоинства личности, которые были бы адекватны ситуации, когда тот, чье достоинство защищается, умер и не имеет возможности своими действиями осуществить соответствующую защиту.

Тесная связь достоинства личности и принадлежащих лицу прав и свобод предполагает, что следствием нарушения его прав и свобод становится умаление достоинства личности. Это особенно очевидно в случае права на охрану здоровья, так как последнее является высшим неотчуждаемым благом, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности (определение Конституционного Суда Российской Федерации от 6 июня 2002 года № 115-О). Вследствие подобных обстоятельств представляется, что федеральный законодатель вправе и обязан, в том числе в случае, когда пациент умер, предусмотреть необходимые организационно-правовые меры, призванные защитить конституционное право каждого на охрану здоровья, в частности, на медицинскую помощь, отвечающую требованиям безопасности и качества (эффективности), а также достоинство личности умершего пациента.

Конституционные положения о неприкосновенности частной жизни, о личной и семейной тайне, а также о недопустимости сбора, хранения, использования и распространение информации о частной жизни лица без его согласия, конкретизируются нормами текущего законодательства, в том числе в части сведений, составляющих врачебную тайну.

Так Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – Основы о здоровье) предусматривает, что одним из основных принципов охраны здоровья является соблюдение врачебной тайны (часть 9 статьи 4), которая определяется как сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (часть 1 статьи 13). Правовой режим врачебной тайны, обеспечивающий ее соблюдение, сформулирован законодателем как достаточно жесткий. Частью 2 статьи 13 Основ о здоровье в качестве общего правила предусмотрено, что не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. В то же время этой нормой закрепляется также возможность существования исключений из данного общего правила, которые (как следует из буквального содержания указанной нормы) исчерпываются специальными случаями, установленными частями 3 и 4 статьи 13 Основ о здоровье. Никаких ссылок на то, что иные

[22] Таганцев Н.С. К вопросу о врачебной тайне // Журнал гражданского и уголовного права. 1893. Книга 9, Ноябрь. С. 4.

[23] Решение Уголовно-кассационного департамента Сената, 1887 г., № 23. Приводится по работе: Брон Т. Врачебная тайна // Большая медицинская энциклопедия / Гл. редактор Н.А. Семашко. Том 5 – М., 1928. С. 680.

случаи могут быть предусмотрены другими нормами Основ о здоровье, либо нормами иных Федеральных законов, часть 2 статьи 13 Основ о здоровье не содержит. Хотя очевидно, что в данном отношении нормы частей 3 и 4 статьи 13 Основ о здоровье не могут иметь какой-либо приоритет перед иными специальными нормами этих Основ или других федеральных законов. Подобная возможность противоречила бы Конституции Российской Федерации.

Совокупность случаев, содержащихся в частях 3 и 4 статьи 13 Основ о здоровье, можно рассматривать как некий замкнутый перечень. Он делится на две следующие группы:

1) разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях, осуществляемое при наличии письменного согласия пациента или его законного представителя (часть 3 статьи 13 Основ о здоровье);

2) предоставление данных сведений без такого согласия при наличии обстоятельств, которые закреплены в их исчерпывающем перечне, состоящем в настоящее время из 11 случаев (часть 4 статьи 13 Основ о здоровье).

Следует отметить, что 9 из указанных 11 случаев связаны с предоставлением сведений, составляющих врачебную тайну, лицам медицинской профессии или органам и организациям, наделенным публичными полномочиями (органам следствия и дознания, суду, органам обязательного социального страхования и пр.). И только два из случаев, перечисленных в части 4 статьи 13 Основ о здоровье, связаны с передачей данных сведений частным лицам – законным представителям того, кому оказывается медицинская помощь и у кого существуют определенные проблемы с возможностью выразить свою волю, в том числе проблемы с дееспособностью (пункты 1 и 4 части 4 статьи 13). В связи с этим в ситуации, когда пациент умер и не может (по очевидным причинам) дать письменное согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, а наличие у него лица, «представляющего и (или) защищающего» его интересы в таких отношениях, в большинстве случаев юридически не предусмотрено, возникает следующий вопрос.

А именно, вопрос о существовании определенной оспоримой презумпции, в силу которой лица, наиболее заинтересованные, по общему правилу, в надлежащем лечении больного и в защите его достоинства после смерти – близкие родственники пациента (те, кто обычно находится рядом с ним в горестях и болезнях) могли бы получить доступ к информации, составляющей врачебную тайну. Причем получить ее в упрощенном порядке, без привлечения суда, органов следствия и т. д., представляющих собой в данном случае неких «публичных посредников», обязательное присутствие которых в отношениях врач – пациент далеко не всегда выглядит совершенно необходимым.

В отсутствие упомянутого упрощенного порядка не может возникнуть, как представляется, разумный баланс частных и публичных интересов, в том числе:

(1) интересов соответствующих «публичных посредников», для которых вторжение в отношения врач-пациент зачастую может выглядеть на практике как некая «лишняя работа»;

(2) интересов лиц, относящихся к врачебной профессии (и, в первую очередь, их лучших представителей), для которых императивное вторжение в данные отношения публичных властей общей компетенции, особенно, если это вторжение не имеет, по мнению врачей, под собой достаточно разумных и справедливых оснований (основано лишь на «смутных» подозрениях), практически всегда является далеко не лучшим способом решения возникших медицинских проблем;

(3) интересов родственников пациента, для подавляющего большинства которых перспектива дополнительных «путешествий по властным кабинетам», – особенно в момент потери близкого человека, является малоприятной.

Здесь, к сожалению, с неизбежностью приходит на ум следующее крайне спорное латинское выражение: «*Fiat justitia et pereat mundus* (Да свершится правосудие, даже если для этого должен погибнуть мир)», которое трудно согласуется с классическим определением права из Дигест Юстиниана: «*Ius est ars boni et aequi* (Право – это искусство добра и справедливости)».

В настоящее время суды зачастую руководствуются буквальным содержанием норм частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье[24]. Они истолковывают эти нормы в качестве тех, что закрепляют исчерпывающий перечень случаев, в которых могут быть разглашены сведения, составляющие врачебную тайну. Причем среди данных случаев абсолютно доминируют те, что ориентируют родных на обязательное привлечение «публичных посредников» для получения сведений о лечении, предоставленном их умершему родственнику. Подобное содержание и (или) истолкование данных норм позволяет на практике игнорировать, в нарушение Конституции Российской Федерации, существование иных предусмотренных законом специальных случаев правомерного разглашения этих сведений без письменного согласия пациента или его законного представителя – случаев, отличных от перечисленных в части 4 статьи 13 Основ о здоровье (эти случаи разглашения будут приведены далее). И уж тем более они препятствуют доминирующим в практике врачевания и всем известным ситуациям, когда, в виду в том числе, положительного влияния на здоровье пациента, врачи и члены его семьи, помогающие в уходе, руководствуются в своем поведении не столько нормами позитивного права, предполагающими обязательное совершение неких формальных действий, сколько менее формальными морально-этических нормами (обыкновениями).

Возможность подобного поведения в немалой степени обусловлена наличием у отношений врач – пациент и семейных отношений, по общему правилу, доверительного характера. Эти отношения не могут нормально существовать и раз-

[24] Решение Уголовно-кассационного департамента Сената, 1887 г., № 23. Приводится по работе: Брон Т. Врачебная тайна // Большая медицинская энциклопедия / Гл. редактор Н. А. Семашко. Т. 5 – М., 1928. С. 680.

виваться вне атмосферы доверия. О решающей значимости доверия пациента к медицинской профессии и здравоохранению в целом говорит, в частности, ЕСПЧ в решении по делу «M. S. против Швеции» от 27 августа 1997 г. Что же касается важности морально-этического регулирования отношений между врачом и пациентом, то она отмечается, например, в определении Конституционного Суда Российской Федерации от 6 июня 2002 г. № 115-О. О существовании, по общему правилу, доверия в семье говорит один из ведущих российских специалистов в сфере психологии семьи – Л.Б. Шнейдер, отмечая, что брачно-семейные отношения, освященные любовью, построены на доверии и большем уважении к человеку, чем к общепризнанным нормам[25].

Доверительный характер отношений врач – пациент и семейных отношений должен, как представляется, обязательно учитываться законодателем и правоприменителями в ситуациях, которые значимы для реализации конституционного права на медицинскую помощь, отвечающую требованиям безопасности и эффективности, а также для защиты достоинства пациента. Без этого на практике данное право не будет действовать, а защита достоинства надлежаще осуществляться (особенно в случае смерти пациента). В некоторых (но не во всех необходимых) случаях законодатель учитывает доверительный характер указанных отношений. Примером могут, в частности, служить специальные положения, связанные с угрожающим состоянием здоровья пациента или патологоанатомическом вскрытием тела умершего пациента, которые присутствуют в Основах о здоровье, положения о наследовании по закону, содержащиеся в ГК Российской Федерации, положения о погребении умерших, присутствующие в законодательстве о погребении и похоронном дела, и т. д. (о таких положениях далее будет сказано более подробно).

В этих положениях доверительный характер медицинских и (или) семейных отношений, а также корреспондирующие ему морально-этические нормы врачевания и (или) семейной жизни фактически закрепляются в форме оспоримых презумпций.

Необходимо отметить также следующее обстоятельство, которое зачастую не принимается во внимание, когда говорят о врачебной тайне как о гарантии существования доверия в отношениях врач – пациент. Сохранение врачебной тайны на основе самого жесткого соблюдения любых формальных правил является хотя и важной, но во многих практически значимых случаях далеко не основной гарантией наличия доверия в этих отношениях (а также существования доверия между врачом и членами семьи пациента, как лицами, чрезвычайно важными для нормальных отношений врач – пациент). Дж. П. Мердок, осуществивший классическое исследование социальных структур приблизительно 150 человеческих обществ (как исторических и современных, так и первобытных), отмечает: «Именно к своей родне за помощью в первую очередь обращается индивид, оказываясь в том или ином затруднительном положении»[26].

При этом между такими членами семьи, как супруги, по общему правилу существует повышенный уровень доверия: «Жена находится в особом нетабуированном отношении со своим мужем. То, что ни в одном из обществ нашей выборки по отношению к женам не наблюдается действия ни обычаев избегания, ни подшучивания, ни фамильярной вседозволенности, отражает универсально характерные для этого отношения экономическую кооперацию, сексуальное сожительство и партнерство в воспитании детей. Единственный тип поведения, согласующийся с этими функциями, – интимность, неформальность и определенная мера взаимного уважения»[27]. Во многом об этом же самом говорят и следующие русские пословицы: «Не суди мужа с женой! Жену с мужем Бог разбирает!», «Муж да жена одна душа» и «Промеж мужа и жены нитки не продернешь»[28]. И наличию доверия в отношениях врач – пациент в более существенной степени, чем формальное соблюдение врачебной тайны, способствует уверенность пациента и членов его семьи в том, что врач сделал и будет в дальнейшем делать все необходимое для охраны здоровья пациента.

Фактически именно о такой уверенности говорил И.А. Ильин, когда характеризовал основные особенности прочной и сознательной русской медицинской традиции, предавая в этих целях слова некого высоко ценимого им безымянного русского врача, который «лечил своих пациентов иначе, чем иностранные доктора, лучше, зорче, глубже, ласковее… и всегда с бóльшим успехом»[29]. Этот врач считал, что ему (врачу) пациент будет «тем легче и тем больше доверять, чем живее в нем будет ощущение, что я действительно принимаю бремя его болезни, разделяю его опасения и его надежды и решил сделать все, чтобы выручить его»[30].

Пример неправомерной абсолютизации института врачебной тайны, осуществляемой без учета значимости семьи, приводится известными немецкими специалистами в сфере медицинского права Э. Дойчем и А. Шпикхоффом[31]. Согласно содержанию данного примера, родственники (наследники по закону) умершего пациента, составившего завещание в пользу иных лиц, сомневались в психическом здоровье завещателя и предполагали, что в его медицинской документации существуют тому доказательства, а врачи не давали, ссылаясь на врачебную тайну, им доступа к этой документации. В связи с этой ситуацией Э. Дойч и А. Шпикхофф отмечают, что, с одной стороны, обычно со смертью человека снижается интерес (неправомерный) к сведениям, составляющим его врачебную тайну, а с другой – в интересе завещателя было бы устранение сомнений в его дееспособности. Вместе с тем они считают, что реализация на прак-

[25] Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений - М., 2000. С. 101.

[26] Мердок Дж. П. Социальная структура – М., 2003. С.84.

[27] Там же. С.357.

[28] Даль В.И. Пословицы русского народа – СПб, 1862. С. 393.

[29] Ильин И. А. О призвании врача / Ильин И. А. Путь к очевидности – М., 2007. С. 61.

[30] Там же. С. 62.

[31] Deutsch E., Spickhoff A. Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht. 6. Auflage – Berlin, 2008. S. 393.

тике такой позиции в условиях действующего германского законодательства может столкнуться с рядом проблем.

Вследствие своего формально-исчерпывающего характера нормы частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье фактически абсолютизируют институт врачебной тайны, оказывая блокирующее влияние на использование гражданами в определенных ситуациях ряда своих конституционных прав и защиту конституционно значимых ценностей. При этом юридически подтвердить или опровергнуть правомерность такого влияния, как представляется, невозможно без привлечения норм Конституции Российской Федерации, одним из свидетельств чему могут служить решение Авиастроительного районного суда г. Казани от 21 мая 2014 г., принятое по иску В.Н. Зубкова, и определение Верховного Суда Республики Татарстан от 21 июля 2014 г., принятое по жалобе того же самого В.Н. Зубкова. В данных решениях судов общей юрисдикции в целях их обоснования были использованы конституционные нормы.

В соответствии с пунктом 1 статьи 150 ГК Российской Федерации достоинство личности, личная и семейная тайна, а также неприкосновенность частной жизни представляют собой нематериальные блага, и эти блага принадлежат человеку (гражданину). Нематериальные блага принадлежат человеку от рождения или в силу закона, они неотчуждаемы и непередаваемы иным способом, а ряд из них (в том числе, достоинство личности и врачебная тайна), не исчезают со смертью. Согласно части третьей пункта 2 статьи 150 ГК Российской Федерации в случаях и в порядке, которые предусмотрены законом, нематериальные блага, принадлежавшие умершему, могут защищаться другими лицами. Частью второй пункта 1 статьи 152 ГК Российской Федерации предусмотрено, что по требованию заинтересованных лиц допускается защита чести, достоинства и деловой репутации гражданина и после его смерти.

Члены семьи умершего человека, в том числе его супруг, являются, по общему правилу, заинтересованными лицами. Такую заинтересованность российский законодатель фактически предполагает – в форме оспоримой презумпции, в значительном числе норм. Это, например, уже упоминавшиеся ранее нормы о патолого-анатомическом вскрытии тела умершего пациента (они предполагают участие родственников умершего в этом вскрытии – с использованием услуг независимого врача-специалиста), об осуществлении погребения умершего и т.д. Как представляется, члены семьи умершего пациента имеют, по общему правилу, правомерный интерес и в доступе к сведениям, составляющим врачебную тайну. Без подобного доступа существенно обесцениваются их возможности в части защиты (например, в порядке гражданского судопроизводства) достоинства личности умершего пациента, которое может быть умалено ненадлежащим оказанием ему медицинской помощи. Действительно, с чем таким, кроме неких «смутных» предположений, могут обратиться к суду и иным правоохранительным органам члены семьи умершего пациента в условиях отсутствия у них информации о состоянии здоровья пациента и его лечении или минимального наличия такой информации?

Согласно содержанию части 1 статьи 13 Основ о здоровье в число сведений, составляющих врачебную тайну, входит следующие три основных группы сведений: (1) та информация о пациенте, что сообщается врачу самим пациентом (на практике пациент врачу сообщает также сведения о своей семье и (или) об отдельных членах этой семьи, и об их содержании далее будет сказано более подробно); (2) информация о методах оказания медицинской помощи медицинскими работниками, а также информация, которая получена вследствие соответствующих действий этих работников (медицинские технологии и результаты их применения, результаты обследований и т. д.); (3) информация, которая формируется врачом на основе сведений, перечисленных в пунктах (1) и (2) (информация о диагнозе, прогнозе и т. д.).

Первая группа сведений очевидным образом представляет собой личную и(или) семейную информацию пациента. Что же касается сведений, входящих в оставшиеся две группы, то данные сведения должны сообщаться пациенту или он вправе требовать их раскрытия. Это фактически превращает подобные сведения также в личную информацию пациента.

Действительно, частью 1 статьи 20 Основ о здоровье предусмотрено, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. В соответствии с частью 1 статьи 22 этих же Основ каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Таким образом, сведения, составляющие врачебную тайну, представляют собой благо, принадлежащее пациенту и (или) его семье (членам его семьи), а не врачу. То есть врачебная тайна – это тайна пациента и его семьи, а не врача, а сведения, составляющие врачебную тайну, являются компонентой частной жизни пациента и его семьи. И только в случае прямого запрета пациента на передачу данных сведений его родственникам они должны, как представляется, приобретать характер исключительно личной тайны пациента.

Из данных обстоятельств, а также из смысла нормы статьи 24, части 1 Конституции Российской Федерации следует, что врачебная тайна может и должна использоваться (в том числе врачами), прежде всего, в интересах самого пациента и его семьи – за исключением случаев, прямо предусмотренных федеральным законом. В последних случаях она может быть использована без согласия пациента, что снимает во-

прос об обязательном соответствии такого использования его интересам. Дополнительным подтверждением того обстоятельства, что сведения, составляющие врачебную тайну, должны, по общему правилу, использоваться врачами (медицинской организацией) в интересах пациента, является содержание нормы части 1 статьи 71 Основ о здоровье, закрепляющей клятву врача и следующим образом характеризующей существо медицинской профессии: врач должен не только хранить врачебную тайну, но и действовать исключительно в интересах пациента.

Исследуем теперь более подробно содержание, характер и режим сведений о членах семьи и иных родственниках пациента, составляющих врачебную тайну.

Постановка достоверного диагноза заболевания пациента и формирование достоверного прогноза течения этого заболевания, а также выбор эффективных и безопасных способов оказания медицинской помощи, в соответствии с существующими в настоящее время в медицине подходами предполагают, по общему правилу, не только сообщение пациентом сведений о нем самом. Врач запрашивает у пациента также информацию, которая хотя и связана с его личностью, но является не только личной информацией пациента. Это сведения о заболеваниях, которые имеют или имели члены его семьи и иные родственники (в том числе, умершие), информация о наличии или отсутствии у его родственников аллергических реакций на те или иные препараты (если сам пациент не использовал данные препараты), об его отношениях в семье, условиях проживания и т. д..

Подобное обстоятельство служит еще одним подтверждением того, что сведения, составляющие врачебную тайну, формируют совокупность личной и семейной информации. То есть, данные сведения обладают режимом личной и (или) семейной тайны.

Отметим теперь достаточно парадоксальное обстоятельство, которое может явиться следствием формального (буквального) толкования норм частей 1-4 статьи 13 Основ о здоровье и использование которого на практике, как свидетельствуют решение Авиастроительного районного суда г. Казани от 21 мая 2014 г., принятое по иску В.Н. Зубкова, и определение Верховного Суда Республики Татарстан от 21 июля 2014 г., принятое по жалобе того же самого В.Н. Зубкова, не является столь уж невероятным. Обычно информация о заболеваниях членов семьи пациента поступает к последнему в связи с исполнением им каких-либо семейных обязанностей. В соответствии же с буквальным смыслом нормы часть 2 статьи 13 Основ о здоровье, упоминающей «иные обязанности» среди тех, исполнением которых обусловлено получение сведений, составляющих врачебную тайну, информация о заболеваниях членов семьи, сообщаемая пациентом его врачу, составляет врачебную тайну членов его семьи и ее разглашение пациентом, по общему правилу, не допускается. И пациент, согласно буквальному толкованию части 3 статьи 13 этих Основ, может правомерно сообщать такие сведения своему врачу только при наличии письменного согласия соответствующего члена семьи или его законного представителя.

Если же рассматривать сведения, составляющие врачебную тайну члена семьи пациента, исключительно в качестве тех, что имеют режим личной тайны и доступ к которым является правомерным только при наличии письменного согласия соответствующего члена семьи, это может превратить ряд аспектов обычного сейчас процесса оказания медицинской помощи в правонарушение, поощряемое или стимулируемое врачом. Действительно, ни в настоящее время, ни ранее на практике не контролируется и не контролировалось соблюдение врачом и пациентом требования о наличии письменного согласия членов семьи последнего на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну этих членов семьи. Более того, представляется, что реализация такого жесткого порядка доступа к данным сведениям крайне затруднила бы процесс оказания медицинской помощи либо сделала данную помощь менее безопасной и качественной.

Это особенно очевидно, если принять во внимание, что получение письменного согласия от ряда давно умерших членов семьи на разглашение их врачебной тайны является практически невозможным. Вследствие перечисленных обстоятельств в обычной ситуации косвенно презюмируется наличие надлежащего согласия человека на подобное разглашение сведений, составляющих его врачебную тайну, то есть подобные сведения наделяются на практике, по общему правилу, режимом семейной тайны. В то же время, общее положение о существовании такой презумпции (естественно, оспоримой) в Основах о здоровье отсутствует. В Основах о здоровье существует лишь некоторое число специальных случаев, когда действие этой презумпции при определенных условиях допускается.

Один из таких случаев урегулирован нормой пункта 6 части 1 статьи 6 Основ о здоровье, предусматривающей, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется в том числе путем создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации. В ней фактически презюмируется согласие пациента на посещение его родственниками и на пребывание их с ним. Кроме того, данные нормы закрепляют ряд элементов специального подхода, именуемого в современной организации здравоохранения как медицинская помощь, ориентированная на пациента и его семью. Считается, что использование такого подхода позволяет повысить безопасность и качество медицинской помощи в виду, в том числе, следующих ряда обстоятельств.

Во-первых, члены семьи и иные родственники пациента с большей вероятностью могут выявить незначительные изменения в его психическом или физическом состоянии – те изменения, что медицинские работники, не настолько знакомые с пациентом, могут пропустить, но которые важны для охраны его здоровья. Во-вторых, медицинские работники осуществляют деятельность по охране здоровья пациента, преимущественно на своем рабочем месте (в стенах медицинской организации), а в случае членов семьи и иных род-

ственников пациента такое ограничение обычно отсутствует. То есть включение родственников в состав «медицинской бригады», оказывающей помощь пациенту, позволяет обеспечить преемственность оказания помощи и достаточно эффективно осуществлять охрану его здоровья – в части оценки состояния этого здоровья и управления им после выписки пациента из медицинской организации.

В-третьих, пациент, общаясь при нахождении в условиях стационара с членами своей семьи и иными родственниками, находится в условиях, приближенных к обычным, что позитивно влияет на его общее состояние. Таким образом, использование режима медицинской помощи, ориентированной на пациента и его семью, позволяет в большей степени реализовывать на практике так называемые гиппократовы принципы врачевания (в частности, принцип индивидуализации отношения к больному).

В норме пункта 6 части 1 статьи 6 Основ о здоровье ничего не говорится об охране в данной ситуации врачебной тайны. Однако, если охрана здоровья пациента осуществляется в условиях стационара или в домашних условиях, то многие сведения о его болезни и проводимых с ним манипуляциях становятся известными родственникам, которые допускаются к нему и (или) постоянно находятся вместе с ним. Более того, данные сведения становятся известными также чужим для него людям: другим больным, находящимся в одной палате с пациентом, и их родственникам, которые за ними ухаживают. При этом, в случае лежачих больных, не способных надлежащим образом за собой ухаживать, медицинские работники – скорее вследствие обычной сейчас недостаточной численности младшего и среднего медицинского персонала, чем по причине реализации каких-либо современных специальных подходов – рекомендуют родственникам и иным близким людям находиться с такими пациентами и помогать в уходе за ними (или, более того, даже настаивают на этом).

Однако сопутствующее этому исключение из режима врачебной тайны и при обычном в таких условиях отсутствии письменного согласия пациента на доступ к сведениям, составляющим данную тайну, практически никогда не вызывает у медицинских работников каких-либо вопросов. Представляется, что в данном случае фактически действует презумпция согласия пациента на разглашение врачебной тайны членам его семьи.

Конституционная значимость передачи близким сведений о пациенте в случае его смерти. Представляется как минимум странным (а как максимум – нарушающим конституционный принцип справедливости) то обстоятельство, что в случае смерти пациента действующая на практике презумпция согласия пациента на разглашение врачебной тайны членам его семьи исчезает, изменяясь на прямо противоположную, чем умерший пациент практически превращается (в определенном аспекте) в сироту. Подобной сменой презумпций, как представляется, также нарушается со смертью пациента, конституционно значимый баланс прав и обязанностей членов его семьи.

А именно, когда они были нужны в системе здравоохранения, то все презумпции в отношении них действовали, а когда надобность в родственниках отпала и они, в определенных случаях (например, при врачебных ошибках), могут даже становиться источником неприятностей для этой системы, то соответствующие презумпции перестают действовать. В такой ситуации от защиты сведений, составляющих врачебную тайну умершего пациента, а также от защиты его достоинства личности, в том числе в форме обоснованного (а не осуществляемого на базе неких «смутных» догадок) обращения в суд или к иным правоприменителям, фактически отстраняются самые близкие пациенту, по общему правилу, и поэтому самые заинтересованные в такой защите люди – члены его семьи. Хотя для них личная тайна пациента с его смертью практически превращается в семейную тайну, а достоинство личности умершего пациента – в неотъемлемую часть достоинства семьи.

Другим примером действия презумпции согласия на разглашение врачебной тайны членам семьи пациента служит норма части 3 статьи 22 Основ о здоровье. Она предусматривает, что в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация. Необходимо отметить, что содержание данной нормы практически аналогично содержанию нормы статьи R.4127-35 Кодекса общественного здравоохранения Франции, которая предусматривает: «Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite (Фатальный прогноз должен быть объявлен с осторожностью, а близкие больного должны быть об этом извещены, за исключением случая, когда больной предварительно запретил извещение или указал третьих лиц, которым эта информация должна быть передана)».

Из нормы части 3 статьи 22 Основ о здоровье следует, что закрепленная в ней презумпция согласия является оспоримой. Их действие может быть прекращено волей пациента, который вправе запретить сообщать своим родственникам сведения, составляющие врачебную тайну, либо определить иное лицо, которому может передаваться соответствующая информация. Кроме того, нормой части 3 статьи 22 Основ о здоровье устанавливается специальное обстоятельство, обуславливающее начало действия этой презумпции: она начинает действовать только в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания. Отметим, что в данном случае соответствующие сведения, составляющие личную тайну пациента, законодатель прямо наделяет, по общему правилу, режимом семейной тайны. В этом он фактически следует соответствующим положениям клятвы Гиппократа, требующим защиты сведений о «βίον ἀνθρώπων (жизни людей)» и

развивающим данные положения прусскому Общему обычному закону (1794 г.), а также дореволюционной российской Факультетской клятве врачей, которые квалифицируют полученную врачом информацию как «семейные тайны».

Известный немецкий врач конца 19-го - начала 20-го века А. Молль в своей работе по врачебной этике отмечал, что: «… многие авторитетные юристы, напр., Лист, учат, что отец имеет право получать всякие сведения относительно своих детей и супруги – относительно друг друга…», указывая далее, что врачи имеют по этому поводу иное мнение[32]. Семейный характер врачебной тайны фактически признавал и А.Ф. Кони, отмечая что: «…оглашение тайны может угрожать не только отдельному лицу, ее вверившему, но и целой семье, интересы которой иногда могут пострадать больше самого заинтересованного в тайне…»[33]. В своей классической работе Дж.П. Мердок отмечает: «Социальный статус индивида может в большей степени зависеть от положения его семьи, чем от его собственных достижений»[34].

Существуют также примеры норм, фактически закрепляющих действие презумпции согласия пациента на разглашение сведений, составляющих его врачебную тайну, и после его смерти. Это, в частности, нормы о донорстве органов и тканей человека, а также нормы о патолого-анатомическом вскрытии. Так, согласно части 5 статьи 47 Основ о здоровье трансплантация (пересадка) органов и тканей человека допускается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента. При этом, в случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего, право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии – один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка) (часть 7 статьи 47 Основ о здоровье).

Сведения о самом изъятии органов и тканей умершего пациента не входят прямо, в соответствии с определением врачебной тайны (часть 1 статьи 13 Основ о здоровье), в число тех, что составляют эту тайну. Однако обследование пациента на предмет возможности трансплантации его органов и тканей обычно осуществляется до того, как он умрет, и информация о таком обследовании – как и о любом ином обследовании, уже входит в состав сведений, составляющих врачебную тайну. Содержание нормы части 7 статьи 47 Основ о здоровье, взятое в системной связи с содержанием нормы части 5 этой же статьи, предполагает существование оспоримой презумпции согласия (хотя бы в косвенной форме) умершего пациента на передачу информации о факте этого обследовании его родным. Действительно, в отсутствии такой передачи правило о согласии родственников теряет смысл, так как они соглашаются на то, о чем не имеют достаточной информации. Таким образом, и в данном случае соответствующие сведения, составляющие личную тайну пациента, законодатель, по общему правилу, фактически наделяет режимом семейной тайны.

Что же касается патолого-анатомического вскрытия, то в соответствии с частью 6 статьи 67 Основ о здоровье супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего предоставляется право пригласить врача-специалиста (при наличии его согласия) для участия в патолого-анатомическом вскрытии. При этом, согласно пункту 9 Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н, для проведения патолого-анатомического вскрытия вместе с телом умершего (мертворожденного, плода) в патолого-анатомическое бюро (отделение) направляется практически вся имеющаяся медицинская документация умершего (мертворожденного, плода).

В ее число входит: медицинская карта стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного), содержащая результаты проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз с указанием кода диагноза в соответствии с МКБ-Х*(2) и посмертный эпикриз. В соответствии с частью 7 статьи 67 Основ о здоровье заключение о результатах патолого-анатомического вскрытия может быть обжаловано в суде супругом, близким родственником (детьми, родителями, усыновленными, усыновителями, родными братьями и родными сестрами, внуками, дедушкой, бабушкой), а при их отсутствии иным родственником либо законным представителем умершего в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Смысл всех этих норм, взятых в системной связи, предполагает, что родственники умершего пациента знакомятся – с помощью привлеченного ими врача-специалиста с информацией, содержащейся в медицинской документации умершего, которая очевидным образом относится к сведениям, составляющим врачебную тайну. Подобное правило позволяет данным родственникам принять достаточно самостоятельное и обоснованное решение о необходимости обжалования в судебном порядке заключения о результатах патолого-анатомического вскрытия или об отсутствии такой необходимости, что, в общем, представляет собой позитивное обстоятельство. Если бы родственники умершего пациента были обязаны, принимая свое решение о любом обращении в суд по поводу его лечения, фактически руководствоваться только мнением лиц, которые осуществляли патолого-анатомическое вскрытие – мнением, выраженным в их заключении, то подобная обязательная несамостоятельность в принятии решения умаляла бы достоинство личности родственников умершего пациента, перечисленных в норме части 7 статьи 67 Основ о здоровье, как свободных и ответственных (самостоятельных)

[32] Молль А. Врачебная этика. – СПб., 1903. С. 54.

[33] Кони А. Ф. О врачебной тайне // Кони А.Ф. Собрание сочинений в 8 тт. Т.4 – М., 1967. С. 445.

[34] Мердок Дж. П. Цит. соч. С.30.

лиц. Указанные выше обстоятельства, с учетом содержания нормы части 3 статьи 13 Основ о здоровье (о необходимости письменного согласия пациента на разглашение врачебной тайны), свидетельствуют о закреплении для данной ситуации презумпции согласия пациента на разглашение его родственникам сведений, составляющих врачебную тайну. В данном случае соответствующие сведения, составляющие личную тайну пациента, законодатель фактически наделяет, по общему правилу, также режимом семейной тайны.

В то же время необходимо отметить, что нормы частей 6 и 7 статьи 67 Основ о здоровье предусматривают наличие значительного числа обстоятельств, обуславливающих возникновение у членов семьи (родственников) умершего пациента права на доступ к врачебной тайне последнего и фактически на самостоятельный контроль за оказанием медицинской помощи пациенту – контроль без привлечения в этих целях публичных органов и публичных должностных лиц («публичных посредников»). Ими также обуславливается возникновение права на защиту достоинства личности умершего пациента. К таким обстоятельствам относятся: (1) обращение с соответствующим требованием в течение достаточно ограниченного срока с момента смерти пациента – до того, как будет осуществлено патолого-анатомическое вскрытие; (2) в течение этого краткого срока необходимо найти врача-специалиста, который согласился бы участвовать в таком вскрытии; (3) наличие у того родственника, который желает получить доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, и осуществить самостоятельный (частный) контроль за действиями медицинской организации, необходимых средств для оплаты услуг упомянутого врача-специалиста.

Все эти условия становятся практически непреодолимым препятствием для того, кто остро переживает неожиданную смерть близкого человека и к тому же имеет не очень хорошее здоровье, а также у которого, кроме того, нет средств на оплату услуг врача-специалиста. В самом выгодном положении оказывается родственник умершего, который сам является врачом-специалистом и, кроме того, обладает достаточно хорошим состоянием психического здоровья для участия в патолого-анатомическом вскрытии близкого ему человека. Это само по себе нарушает конституционный принцип равенства (статья 19, часть 2 Конституции Российской Федерации).

Как представляется, в подобной ситуации нормы частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье становятся предпосылкой для введения очевидной дискриминации в отношениях, связанных с предоставлением родственникам умершего пациента доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну последнего, так как обуславливают существование права на этот доступ обстоятельствами, отсутствующими в норме статьи 55, части 3 Конституции Российской Федерации. Содержание данных норм Основ о здоровье в системной связи с содержанием норм частей 6 и 7 статьи 67 этих же Основ, фактически способствует превращению врачебной тайны в тайну врачебной ошибки, чем стимулируется безответственность в сфере оказания медицинской помощи.

На то, что возможность подобных трансформации и безответственности вполне реальна, указывает содержание определения Верховного Суда Республики Татарстан от 21 июля 2014 года, принятого по жалобе В.Н. Зубкова, который требовал в судах общей юрисдикции обязать медицинскую организацию выдать ему копии медицинских документов и компенсировать моральный вред, обусловленный смертью жены вследствие ненадлежащего оказания ей медицинской помощи. Отказывая ему в выдаче этих копий, апелляционная инстанция (Верховный Суд Республики Татарстан) указала: «Поскольку остальные исковые требования истца производны от требований предоставления ему копии всех документов, находящихся в амбулаторной карте Р.Х., заверенные подписью главного врача и печатью, то Судебная коллегия оставляет их без удовлетворения». Таким образом, ссылкой на соблюдение врачебной тайны фактически была защищена тайна возможной врачебной ошибки и созданы условия для возможной безответственности тех, кто оказывал медицинскую помощь (или отказывал в ее оказании).

Согласно Конституции Российской Федерации материнство и детство, семья находятся под защитой государства; забота о детях, их воспитание – равное право и обязанность родителей; трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях (статья 38, части 1-3).

Представляется, что данными конституционными нормами, а также их конкретизацией в общих принципах семейного законодательства, закрепленных в Семейном кодексе Российской Федерации, предполагается, в частности, существование общей оспоримой презумпции согласия пациента на передачу его членам семьи сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе, после его смерти. Действительно, пунктом 1 статьи 1 Семейного кодекса Российской Федерации предусмотрено, что семейное законодательство исходит, в частности, из построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов. Отсюда следует, что законодатель фактически презюмирует существование в семье взаимной любви и уважения, а также взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов. Следствием действия в семейных отношениях подобных принципов является наличие презумпции доверия членов семьи друг к другу, что подтверждается также социологическими и психологическими исследованиями.

Социологи Д. Л. Томпсон и Дж. Пристли в качестве одной основных функций семьи выделяют стремление окружить любовью, заботой, обеспечить эмоциональную безопасность и защиту всех членов семьи, что в отличие от других групп, к которым могут принадлежать люди, создает глубокую постоянную ответственность в обществе[35]. При этом именно любовь (ее наличие в семье, как было указано выше, презюмируется законодателем) создает в ней атмосферу доверия. Представляется, что в немалой степени именно такая атмосфера позволяет пациентам без особых волнений – не боясь юридических преследований, раскрывать врачам сведения, составляющие врачебную тайну членов их семьи (в том числе уже умерших), и тем самым способствовать предо-

[35] Томпсон Д. Л., Пристли Дж. Социология. – М., 1998. С. 172.

ставлению безопасной и качественной медицинской помощи. Вследствие подобного доверия действует, как уже говорилось ранее, оспоримая презумпции согласия на передачу врачу пациентом сведений, составляющих врачебную тайну членов его семьи.

Дополнительным подтверждением тому может служить содержание норм статьи 15 Семейного кодекса Российской Федерации. Согласно статье 15 Семейного кодекса Российской Федерации медицинское обследование лиц, вступающих в брак, а также консультирование по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи проводятся медицинскими организациями государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения по месту их жительства бесплатно и только с согласия лиц, вступающих в брак (пункт 1); результаты обследования лица, вступающего в брак, составляют врачебную тайну и могут быть сообщены лицу, с которым оно намерено заключить брак, только с согласия лица, прошедшего обследование (пункт 2); если одно из лиц, вступающих в брак, скрыло от другого лица наличие венерической болезни или ВИЧ-инфекции, последнее вправе обратиться в суд с требованием о признании брака недействительным (статьи 27 - 30 настоящего Кодекса) (пункт 3).

Если супруг, прошедший обследование до брака, не сообщил его результатов лицу, с которым он намерен заключить брак, и если эти результаты свидетельствуют о наличии у первого из лиц венерической болезни или ВИЧ-инфекции, то это служит явным признаком отсутствия доверия между супругами. И закон рассматривает данное обстоятельство как правомерное основание для признания в судебном порядке брака недействительным. То есть законодатель очевидным образом следует принципу: нет доверия – нет реального брака.

Согласно правовой позиции Конституционного Суда Российской Федерации содержание конституционных норм предполагает, что достоинство личности не исчезает со смертью человека (определение от 4 декабря 2003 г. № 459-О). При этом представляется, что законодатель, конкретизируя данные нормы, не только исходит из того, что после смерти человека не исчезает достоинство человека. Он, по общему правилу, признает также сохранение тесной связи между умершим (его памятью, достоинством личности) и его родственниками. Более того, и после смерти человека, по общему правилу, сохраняется доверительный характер подобной связи. Одним из подтверждений тому являются нормы о наследовании по закону.

Согласно ГК Российской Федерации при наследовании имущество умершего (наследство, наследственное имущество) переходит к другим лицам в порядке универсального правопреемства, то есть в неизменном виде как единое целое и в один и тот же момент, если из правил настоящего Кодекса не следует иное (пункт 1 статьи 1110); наследование осуществляется по завещанию и по закону; наследование по закону имеет место, когда и поскольку оно не изменено завещанием, а также в иных случаях, установленных настоящим Кодексом (статья 1111); наследниками первой очереди по закону являются дети, супруг и родители наследодателя (пункт 1 статьи 1142); в состав наследства входят принадлежавшие наследодателю на день открытия наследства вещи, иное имущество, в том числе имущественные права и обязанности (часть 1 статьи 1112). Этими нормами фактически закрепляется оспоримая презумпция согласия человека на передачу членам его семьи (наследникам), в частности, таких вещей, как личные дневники, письма, фотографии и пр., которые содержат зачастую значительно более интимную информацию, чем медицинская документация.

Аналогичный смысл имеет и норма пункта 7 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон о персональных данных), предусматривающая, что в случае смерти субъекта персональных данных согласие на обработку его персональных данных дают наследники субъекта персональных данных, если такое согласие не было дано субъектом персональных данных при его жизни. При этом в соответствии с пунктом 3 статьи 3 Закона о персональных данных под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Кроме того, в соответствии со смыслом нормы подпункта 4 пункта 2 статьи 10 этого Закона к персональным данным относятся также сведения, составляющие врачебную тайну.

В соответствии с указанными нормами законодательства о персональных данных наследник по закону умершего пациента имеет право распоряжаться судьбой сведений, составляющих врачебную тайну. В том числе, он вправе давать согласие на такой элемент обработки этих сведений (информации), как доступ к ним, что предполагает существование у него самого права на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну его умершего родственника. Вместе с тем, суды обычно предоставляют нормам частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье приоритет над нормами законодательства о персональных данных, фактически игнорируя существование последних норм.

Они, по-видимому, считают – и считают, как представляется, необоснованно, нормы законодательства о персональных данных общими, а нормы частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье – специальными. В то же время, оба этих комплекса норм являются, очевидным образом, специальными нормами. При этом, хотя в решениях судов общей юрисдикции по спорам о врачебной тайне обычно нет ссылок на законодательство о персональных данных, существует презумпция того, что не только обычные граждане, но и тем более судьи знают законы. В истолковании, игнорирующем существование соответствующих норм законодательства о персональных данных, нормы частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье блокируют действие общих конституционных положений о

личной и, особенно, о семейной тайне, а также обесценивают конституционный институт семьи.

Нормы частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье, регулирующие режим врачебной тайны, не учитывают особую природу семейно-значимых отношений. В частности, они наделяют одинаковым режимом доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, членов семьи умершего пациента (родных) – обычно людей его любящих, уважающих, стремившихся ему помочь и несущих перед его памятью ответственность, и тех, кто членами семьи не является (чужих). Этим фактически блокируется действие норм, находящихся в иных Федеральных законах. Отдельные частные исключения из такого подхода, которые сделаны законодателем в Основах о здоровье и о которых говорилось выше, не могут исправить общее положение. Подобное приравнивание родных и чужих, как представляется, нарушает, кроме всего прочего, конституционный принцип справедливости и не содержат необходимой, конституционно обоснованной дифференциации правового регулирования.

Обратимся теперь к законодательству о погребении. Фактически все нормы Федерального закона от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (далее – Закон о погребении) основаны на оспоримых презумпциях того, после смерти человека не исчезает не только достоинство человека, но и, по общему правилу, сохраняется тесная связь между умершим (его памятью, достоинством личности) и его родственниками, а также доверительный характер подобной связи. Например, согласно статье 6 Закона о погребении исполнителями волеизъявления умершего являются лица, указанные в его волеизъявлении, при их согласии взять на себя обязанность исполнить волеизъявление умершего; в случае отсутствия в волеизъявлении умершего указания на исполнителей волеизъявления либо в случае их отказа от исполнения волеизъявления умершего оно осуществляется супругом, близкими родственниками, иными родственниками либо законным представителем умершего.

О том же самом свидетельствуют и нормы пункта 3 статьи 5 этого же закона, согласно которым в случае отсутствия волеизъявления умершего право на разрешение действий, указанных в пункте 1 настоящей статьи, имеют супруг, близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка), иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего. Более того, тесная связь между умершим и его близкими родственниками, а также ее доверительный характер, сохраняются даже при смерти последних. В соответствии с нормой, содержащейся в пункте 5 статьи 16 Закона о погребении, размер бесплатно предоставляемого участка земли на территориях других кладбищ для погребения умершего устанавливается органом местного самоуправления таким образом, чтобы гарантировать погребение на этом же участке земли умершего супруга или близкого родственника. То есть фактически презюмируется согласие умершего человека покоиться вечно рядом с его супругом или иным близким родственником.

С учетом всех этих обстоятельств представляется не имеющим конституционно значимых оснований изменение на противоположную – в части доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну, общей презумпции существования доверительной связи между членами семьи (их памятью, достоинством личности) даже после смерти. А именно такая трансформация этих презумпций фактически осуществляется нормами частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье. Причем подобная трансформация фактически игнорирует то обстоятельство, что ряд соответствующих сведений имеет характер семейной тайны.

Представляется, что действие конституционного принципа справедливости предполагает необходимость существования специального правового механизма, учитывающего конституционную значимость института семьи и характер семейных отношений, который позволял бы в упрощенном порядке осуществлять защиту членами семьи умершего пациента его достоинства личности в сфере охраны здоровья, в том числе, в части нарушения права на безопасную и качественную медицинскую помощь и доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну. В рамках такого механизма членам семьи умершего пациента, как, по общему правилу, наиболее близким и поэтому наиболее заинтересованным в соответствующей защите лицам, должна быть предоставлена (в режиме оспоримой презумпции) возможность самим – без обращения к публичным органам и публичным должностным лицам («публичным посредникам»), наделенным не только публичной властью, но и определенной дискрецией в части отказа родственникам в доступе к сведениям, составляющим врачебную тайну, сформировать на основе достаточной информации свое собственное мнение о существовании нарушения права на медицинскую помощь или об отсутствии такого нарушения.

Нормы частей 2-4 статьи 13 Основ о здоровье в истолковании, которое обычно дается им правоприменительной практикой, фактически блокируют возможность членов семьи предварительно, до обращения в суд и иные правоохранительные органы, знакомиться с информацией, составляющей врачебную тайну умершего пациента. В то же время существование у подобных заинтересованных лиц возможности знакомиться с данной информацией само по себе обладает эффектом не только частной, но и общей превенции. Оно как препятствует превращению врачебной тайны в тайну врачебной ошибки, так и способствует надлежащей охране частного и общественного здоровья в будущем.

Таким образом, наличие у членов семьи умершего пациента права на доступ к информации, составляющей врачебную тайну последнего, позволяет ликвидировать следующую ситуацию, очевидным образом нарушающую конституционный принцип справедливости. А именно, когда при существовании подобного права у многочисленных государственных чиновников, которые во многих случаях позиционируются законом в качестве «лучших друзей» пациента, но для которых последний на практике является лишь неким «посторонним», этого права оказываются лишены члены семьи пациента, представляющие по своей природе и по общему

правилу наиболее близких к нему людей. То есть ликвидировать ситуацию, когда государство начинает рассматриваться в качестве субъекта более компетентного и заинтересованного в сохранении семейных ценностей, чем сама семья.

Ликвидация подобной ситуации снижает уровень тех угроз и рисков, что обычно возникают при использовании (как в нашем случае) инструментария, во многом аналогичного инструментарию ювенальной юстиции в широком смысле с тем только отличием, что в ювенальной юстиции «слабым» членом семьи считается ребенок, а в нашем случае «слабый» – это умерший пациент. Ювенальная юстиция предполагает значительное участие во внутрисемейных отношениях как судебных, так и публичных несудебных (социальных) органов – участие в качестве фактически неких публичных «отцов сирот»[36]. Е.Л. Йенсен и Й. Йепсен отмечают, что в основе ювенальной юстиции лежит «правовая доктрина *parens patriae* [лат. отец нации – выделение наше]. Согласно ей государство является основным защитником детей (*ultimate guardian of children*). Государство имеет полномочия осуществлять свою власть в отношении родителей, когда интересы ребенка требуют вмешательства государства»[37]. То есть, согласно современным принципам ювенальной юстиции, основным защитником того члена семьи, которого само государство сочтет – в силу тех или иных обстоятельств «слабым», становится уже не семья, а государство.

Обстоятельства, при возникновении которых будет считаться, что интересы «слабого» требуют вмешательства государства, то есть обстоятельства, в силу которых «слабый» член семьи фактически становится (по мнению государства) подобным «сироте», устанавливает именно государство. И перечень этих обстоятельств, как показывает современная практика ювенальной юстиции в США и станах Запада, является достаточно обширным. Такая «навязчивая» модель общения государства с семьей и ее членами очень неоднозначно воспринимается российским обществом[38]. Подобное восприятие обусловлено радикальностью вторжения публичных властей во внутрисемейные отношения, которое российское общество далеко не во всех случаях считает действительно оправданным. И поэтому применение упомянутой модели общения государства с семьей и ее «слабейшими» членами в сфере врачебной тайны (а в нашем случае к таким «слабым» закон фактически относит умершего пациента) не учитывает во многом отрицательное отношение российского общества к подобным моделям, что представляется недопустимым. Это отношение создает ориентиры, которые не должны оставляться без внимания ни российским законодателем, формирующим нормы о врачебной тайне, ни судебной практикой, истолковывающей содержание подобных норм.

[36] Мельникова Э. Б. Ювенальная юстиция – М., 2001. С. 14-15, 17, 24 и др.

[37] Jensen E. L., Jepsen J. Introduction / Juvenile Law Violators, Human Rights, and the Development of New Juvenile Justice Systems. Edited by Eric L. Jensen and Jørgen Jepsen - Oxford, 2006. P. 2.

[38] Козлова Н. Семью ставят в угол. Что такое ювенальная юстиция и почему с ней борются родители // Российская газета, 12.02.2013.

Для корреспонденции:

Ковалевский Михаил Александрович – профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, к.ф.-м.н. Тел. +7 (495) 621-89-43.
E-mail: kvl_sem@mail.ru
Адрес: 101000, Москва, Милютинский пер., 19/4.

Акулин Игорь Михайлович – профессор кафедры организации здравоохранения Санкт-Петербургского государственного университета, д.м.н. Тел. 8(812) 326-03- 26. E-mail: spbmf@mail.ru
Адрес: 199026, С.-Петербург, 21-я линия, д. 8а.

Ковалевская Наталия Сергеевна – доцент кафедры коммерческого права Санкт-Петербургского государственного университета, к.ю.н. Тел. 8(812) 329-28-26. E-mail: kvl_sem@mail.ru
Адрес: 199026, Санкт-Петербург, 22-я линия В.О., д. 7.

For correspondence:

Mikhail A. Kovalevsky – PhD in Physical Mathematical Sciences, Professor of the Chair for Public Health of the A.I. Evdokimow Moscow State Medical Dentistry University, Tel.: +7 (495) 621-89-43, E-mail: kvl_sem@mail.ru
Address: Milyutinsky per. 19/4, Moscow, 101000, Russia

Igor M. Akulin – MD, PhD, Professor of the Chair of Health Care Organization of the St.-Petersburg State University, Tel.: 8 (812) 326-03-26, E-mail: spbmf@mail.ru
Address: Line 21 B.O. 8a, St.-Petersburg, 199026, Russia

Natalia S. Kovalevskaya – PhD in Legal Sciences, Associate Professor of the Chair of Commercial Law of the St.-Petersburg State University, Tel.: 8 (812) 329-28-26, E-mail: kvl_sem@mail.ru
Address: Line 22 B.O. 7, St.-Petersburg, 199026, Russia

УДК 614.2

Здоровье урванцев - в надежных руках

«Лучшие люди живут в провинции…»
А.П. Чехов

И.В. Мишкова
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики

И.В. Мишкова

Резюме

ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы оказывает медицинскую помощь жителям г. Нарткалы и Урванского района Кабардино-Балкарской Республики.В больнице функционирует 12 отделений, имеется круглосуточный стационар и койки дневного пребывания, работает поликлиническое отделение, отделение «скорой медицинской помощи». В структуру учреждения входят врачебные амбулаторные и фельдшерско-акушерские пункты. Количество обслуживаемого медицинской помощью населения составляет 72 260 человек.

Ключевые слова: центральная районная больница, круглосуточный стационар, койки дневного пребывания, поликлиническое отделение, скорая медицинская помощь, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты.

Abstract

Health Urvanians is in safe hands

I.V. Mishkova
The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kabardino-Balkarian Republic

The Central Regional Hospital of the Nartkala city provides a medical care to the residents of the Nartkala city and Urvansky District of the Kabardino-Balkarian Republic. In the Hospital 12 Departments function In the Hospital 12 Departments are functioning there is also available a 24-hour clinic as well as beds for inpatient afternoon admission, outpatient department and medical emergency department. The structure of the institution included physicians' ambulance and paramedic first-aid obstetric points. The quantity of population served by the medical care is 72 260 individuals.

Key words: central regional hospital, a 24-hour clinic, beds for inpatient afternoon admission, outpatient department, medical emergency, physicians' ambulance, paramedic first-aid obstetric points.

В последние годы Центральная районная больница г. Нарткалы заметно преобразилась: больничный городок ухожен, везде зеленые деревья и газоны, а цветов всех оттенков – море. Есть даже обдающий прохладой в жаркий летний день миниатюрный водопад; кажется, что все невзгоды утекут, как вода, и всё со здоровьем будет хорошо.

История больницы насчитывает без малого полвека. Первых посетителей Урванская центральная районная больница приняла в мае 1967 года. В разное время Урванскую ЦРБ возглавляли опытные организаторы здравоохранения, заслуженные врачи А. Хацуков, Х. Тлапшоков, О. Безроков, Н. Жамборова. Каждый из них внес заметный вклад в развитие медицинского учреждения. В конце 2013 года Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики доверило одну из самых крупных районных больниц молодому врачу-хирургу Р.М. Калибатову.

Сегодня Урванская центральная районная больница – это современное медицинское учреждение межрайонного статуса, где оказывается высококачественная медицинская помощь по многим профилям. В больнице функционирует 12 отделений, имеется круглосуточный стационар на 370 коек и 20 коек дневного пребывания, работает поликлиническое отделение мощностью 500 посещений в смену (взрослое, детское отделения и женская консультация), отделение «скорой медицинской помощи». Кроме того, в структуру учреждения входят 11 врачебных амбулаторий и три фельдшерско-акушерских пункта. В амбулаторно-поликлинических подразделениях функционирует сеть дневных стационаров мощностью 99 коек дневного пребывания. Во всех поликлиниках и амбулаториях функционирует служба неотложной медицинской помощи. Всего у больницы 62 адреса осуществления медицинской деятельности на территории района, число обслуживаемого населения 72260 человек, и обслуживаемая территория составляет 468,4 кв. километров.

Вид из окна неврологического отделения ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

Офтальмологическое отделение ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

Фонтан на территории ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

специалистов – наше самое важное достижение».

В больнице сегодня работает около 1200 человек, в том числе 160 врачей разных специальностей, более 550 средних медицинских работников и более 240 работников из числа младшего медицинского персонала. Среди врачей – два доктора медицинских наук, семь кандидатов медицинских наук по специальностям «хирургия», «травматология-ортопедия», «офтальмология», «неврология», «акушерство-гинекология». Четыре врача имеют звание «Заслуженный врач КБР», пять медицинских работников - звание «Отличник здравоохранения», один медработник среднего звена - звание «Заслуженный работник здравоохранения КБР».

Рассказывая об учреждении, Р.М. Калибатов в первую очередь отмечает коллектив: «Это люди, влюбленные в свое дело, понимающие, сколь важна и ответственна их работа. Коллектив высококлассных

Врачи больницы регулярно повышают профессиональный уровень, посещают специализированные форумы и семинары, помогающие овладевать самой актуальной информацией о современных видах и способах лечения. Стремление к саморазвитию

Слева направо: Р.М. Калибатов, главный врач ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы; А.О. Асанов, заместитель министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики; И.М. Каблахова, врач-педиатр СВА с. Псыгансу и пациенты на открытии ФАП в с. Псыгансу

вкупе с новым современным оборудованием позволяют специалистам использовать инновационные методы лечения и диагностики. Министерство здравоохранения республики и районная муниципальная власть ценят инициативность и творческий подход коллектива больницы к своему делу и оказывают всяческую поддержку. Многие вопросы удается снимать за счет поддержки от предпринимателей района, которые, видя результаты, с удовольствием оказывают помощь больнице, где получают помощь жители района.

«Наша цель – оказание своевременной и качественной медицинской помощи с максимально возможным комфортом для пациента», – подчеркивает Р.М. Калибатов.

Заведующий офтальмологическим отделением ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы – А.Ю. Рубаев осматривает пациентку

За год в среднем в стенах больницы получает стационарное лечение около 13,86 тыс. больных; регистрируется более 440 тыс. посещений поликлиник и амбулаторий, в том числе около 64 тыс. посещений по поводу заболеваний. В 2014 году профилактическими осмотрами охвачено 18 тыс. детей и подростков (100 %), диспансерными и профилактическими осмотрами – более 8,7 тыс. взрослого населения.

Коллектив офтальмологического отделения ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

Коллектив хирургического отделения ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

Одна из реанимационных палат хирургического отделения ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

ЛОР-отделение ГБУЗ «Центральная районная больница» г. Нарткалы

Важно отметить, что ЦРБ Урванского района оказывает широкий спектр медицинских услуг по многим профилям, и жителям района нет необходимости ехать в другие лечебные учреждения республики или за её пределы, чтобы получить, например, качественную хирургическую помощь. Вот как об этом говорит главный врач Р.М. Калибатов: «Еще десять лет назад эндохирургия была высшим пилотажем для немногих хирургов, а сегодня здесь, в хирургии, это уже рутинное дело. Почти бескровные операции позволяют выписывать пациентов на третий день. Сотрудники больницы производят большой спектр эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости, в травматологии, гинекологии, урологии, малотравматичные офтальмологические операции (факоэмульсификация), интервенционные вмешательства под контролем ультразвука и рентгеноскопии (пукционные холецистостомия, холангиостомия, нефростомия, энодобилиарные стентирования и другие), а также операции при ожирении (бариатрические операции – бандажирование, продольная резекция желудка и другие). Хорошее лечебное и диагностическое оборудование позволяет оказывать помощь максимально быстро, безболезненно, качественно, с минимальными последствиями для пациента – это является стимулом и для врачей. Мы намерены развивать больницу и дальше. Имеющийся потенциал позволяет думать о будущем и строить реальные планы».

Для корреспонденции:

Мишкова Ирина Васильевна - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики.Тел.:(8662)44-29-81. E-mail: kbtfoms@yandex.ru
Адрес: 360000, г. Нальчик, ул. Шогенцукова, 42.

For correspondence:

Irina V. Mishkova – Director of the Territorial Foundation of compulsory health insurance of the Kabardino-Balkarian Republic
Address: Ul. Shogentsukova 42, Nalchik 360000, Russia
Tel.: +7 (8662) 44-29-81; e-mail: kbtfoms@yandex.ru

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Обмануть вирус

Новый метод борьбы с инфекциями заменит антибиотики. Новосибирскими учеными созданы вещества, которые сулят революцию в лечении многих, в том числе самых тяжелых болезней. Например, навсегда уйдут в прошлое антибиотики, их заменят «волшебные пули», которые будут поражать гены вирусов, а также подавлять активность онкогенов, ответственных за злокачественный рост клеток. Надо сказать, что новосибирские ученые были пионерами в этой области.

- Наши исследования - это продолжение работ новосибирских ученых Нины Ивановной Гриневой и Дмитрия Георгиевича Кнорре, которые еще в 1967 году выдвинули революционную концепцию терапевтических препаратов на основе коротких фрагментов нуклеиновых кислот, способных адресно связываться с ДНК и РНК, в том числе и вирусов, и влиять на работу генов, - рассказывает заместитель директора Института химической биологии и фундаментальной медицины (ИХБФМ) СО РАН Дмитрий Пышный. Идея звучит красиво. Раз геномы болезнетворных вирусов и бактерий уже расшифрованы, то можно подобрать конструкцию генов, которая доберется до гена вируса, а затем его отключит. В итоге этот вредитель перестанет размножаться, а значит, болезнь отступит. Кроме того, появляется возможность устранять «ошибки природы» - исправлять в геноме человека вредные мутации, вызывающие наследственные заболевания.

Этот метод получил название антисенс-терапия. Он абсолютно универсален, ведь в «пуле» нужно только менять последовательность букв: для каждой инфекции будет свой набор. Эту идею борьбы с инфекциями подхватили во всем мире. За прошедшие десятилетия ее удалось доработать до технологии, близкой к практическому применению. Для этого пришлось решать массу проблем. Одна из самых сложных - «лечебные пули» быстро разрушаются, попав в организм. Они не успевают провести терапию. Дело в том, что все живые организмы защищаются от проникновения чужой ДНК, в том числе и лечебной. Новосибирским ученым удалось создать целую систему, которая позволяет «волшебной пуле» фактически обмануть оборону организма и попасть в мишень.

Как показывает практика, немало интереснейших разработок ученых так и не выходит за стены лабораторий. Поэтому свою инновацию ученые ИХБФМ продвигают через технопарк Академгородка. «Сейчас изучаются свойства этих соединений, и уже понятно, что спектр их возможностей удивительно широк», - говорит сотрудник лаборатории нанотехнологий Максим Купрюшкин. Новосибирские ученые отправили заявку на получение международного патента на новый класс химических аналогов нуклеиновых кислот - так называемых «фосфорилгуанидинов».

Справка «РГ»

Антисенс-терапия - метод лечения, основанный на остановке синтеза белка, участвующего в развитии заболевания, за счет подавления трансляции его матричной РНК с помощью адресных коротких последовательностей ДНК или РНК.

Российская Газета, Москва,
Алексей Хадаев
(20.01.2016)

Вероника Скворцова прокомментировала вопросы, поднятые на Гайдаровском форуме

Вопросы, поднятые на Гайдаровском форуме, показали общие позиции стратегической настроенности российского здравоохранения и определили основные направления, по которым будет продолжено развитие отечественной медицины в ближайшем будущем. Такой вывод сделала Вероника Скворцова, подводя итоги выступлений на форуме.

Многие из вопросов, сказала она, уже активно проработаны не только субъектами Российской Федерации, но законодательной властью, Государственной Думой, Советом Федераций и юридическим сообществом. В частности, поднятый на форуме вопрос о пациентах, работающих в теневом секторе экономики, налоги за которых не поступают в бюджет, обсуждается на государственном уровне уже в течение полутора лет. По Конституции Российской Федерации, отметила Скворцова, каждый гражданин страны имеет право на медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. Однако основная доля денег на медицинскую помощь поступает из фондов ОМС, куда они направляются благодаря налоговым выплатам работодателей за своих сотрудников. Выплату за неработающих пациентов осуществляют субъекты федерации без возможности в дальнейшем получить соответствующие дотации из налогов. Если ранее вопрос об оплате граждан, утаивающих от налоговых органов свои доходы, обсуждался крайне мало, то сейчас почти все субъекты РФ выступили с протестом. К сожалению, отметила Скворцова, решить эту проблему, просто изъяв соответствующие категории людей из системы здравоохранения, невозможно. Государство обязано проводить ранние скрининги здоровья, оказывать людям экстренную и необходимую стационарную помощь. Для решения этого вопроса, добавила она, подготовлены два альтернативных варианта законопроектов, один из них

— компенсационный, другой — исходно не допускающий к системе. Какой из этих вариантов следует применить, сказала Скворцова, решит российское гражданское общество, но, скорее всего, в силу вступит законопроект о компенсационном варианте, при котором регион будет сам отвечать за проверку статуса неработающих граждан. В случае выявления теневых неплательщиков налогов субъект получит законодательную возможность компенсировать эти средства специальным дополнительным налогом, идущим в бюджет РФ

Важный вопрос, поднятый на форуме, — неравномерное распределение денежных средств из фондов ОМС по регионам. Причина такого распределения — в подушевых нормативах, пояснила глава Минздрава России. Некоторые регионы выделяют федеральной системе меньшее количество финансовых средств, чем получают в силу плотности своего населения, другие регионы, особенно такие мегаполисы, как Москва, выделяют больше средств, чем получают затем по линии ОМС. Однако в данном случае основным является принцип равного права граждан на медицинское обслуживание — каждый гражданин должен получать медицинскую помощь одинакового качества, независимо от того, где проживает.

Важный вопрос, поднятый в ходе форума, продолжила Вероника Скворцова, — обеспечение граждан лекарственными средствами в амбулаторных условиях. По словам министра здравоохранения, это одна из важнейших программ ближайшего будущего. В настоящее время, рассказала она, завершен пилотный проект по составлению модели государственного частичного возмещения стоимости лекарств по одному из наиболее значимых направлений – заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Стоимость программы уже просчитана, ее финансирование будет осуществляться из средств ОМС, а не из региональных бюджетов. Сложность составляет льготное обеспечение орфанных заболеваний — значительная часть оплаты препаратов для этой категории пациентов возложена на субъекты РФ. В течение последних двух лет при утверждении федерального бюджета Минздрав России вносил предложение полностью перевести оплату орфанных препаратов в обязательство федерального бюджета. Пока такое предложение не принято, но есть надежда, что в ближайшем будущем этот вопрос будет решен.

Значительно, с 200 до 410, увеличилось количество клинико-статистических групп, продолжила Скворцова. В связи с этим организована специальная комиссия, которая занимается отслеживанием и перерасчетом каждой клинико-статистической группы. В помощь работе комиссии создана специальная электронная система, позволяющая в режиме онлайн следить за изменением себестоимости каждой группы в зависимости от варьирования стоимости лекарств, медицинских изделий, условий оплаты труда и т.д.

В отношении износа оборудования, вопрос о котором также был поднят на форуме, Скворцова сообщила, что в конце 2014 года был принят законопроект, согласно которому внутри территориальных структур ОМС будут созданы специальные фонды, средства из которых направятся на образовательные сертификаты, дополнительное профессиональное образование и переоснащение медицинскими приборами, в том числе и тяжелого дорогого оборудования. Средств, выделенных на переоборудование медучреждений, достаточно, чтобы полностью покрыть необходимые расходы.

Практически все выступающие на форуме коснулись темы удовлетворенности населения качеством медицинских услуг. Как напомнила Вероника Скворцова, в 2014 году был принят федеральный закон о независимой экспертизе качества медицинских услуг, которая основывается на мнении населения и медицинского сообщества. В связи с этим Минздрав издал три приказа, в которых четко прописаны требования к открытости информации и формат единой анкеты, которая позволяет оценить удовлетворенность как стационарной, так и амбулаторной помощью. Анкетирование населения проводилось в течение 2015 года — за это время анкету заполнили сотни тысяч граждан. В настоящий момент информация анализируется специалистами, и после окончания обработки она будет опубликована в открытом доступе на сайтах государственных структур и пациентских организаций.

Кроме того, с 2015 года был введен клинико-экономический и фармакоэкономический анализы, которые призваны дать ясное представление о необходимости для здравоохранения тех или иных новых технологии, лекарств и медицинских изделий. Методика анализа предложена Всемирной организацией здравоохранения. «Если мы видим новый препарат, который на 50% улучшает исход лечения или обрывает течение заболевания через год или два, — сказала Скворцова, — независимо от стоимости он будет включен в программу. Но если биотехнология такова, что значительно увеличивает стоимость продукта, но при этом разница в эффектах составляет 0,5% — в ней нет смысла. Это касается и персонифицированных продуктов и таргетной терапии».

Важнейшей темой для России Вероника Скворцова назвала вопрос о медицинском менеджменте. В прошлом году, сообщила она, было подготовлено 3,5 тысячи специалистов-фармакоэкономистов. Следующий шаг будет связан с оперативным медицинским менеджментом. Кроме того, в 2015 году было принято решение о введении института страховых поверенных. Эта специальность потребует отдельной подготовки, которая займет примерно 500 часов. При этом учащийся должен будет уже иметь диплом средне-специального или высшего медицинского образования. Задачей наступившего года станет отработка компьютерного места такого работника, так как, по сути, страховой поверенный является оператором, имеющим доступ к расписаниям приема участковых врачей, специалистов первичного звена, графикам плановых госпитализаций основных стационаров своего региона и другой необходимой информации. В его обя-

занности будет входить помощь закрепленному за ним пациенту в выборе необходимой медицинской организации и специалиста. Ресурсы на оплату работы страховых поверенных уже предусмотрены в системе ОМС.

На прошедшем форуме говорилось об оптимизации федерального бюджета и возможном его 10-процентном сокращении. Это не может не коснуться бюджета здравоохранения, однако, заметила Скворцова, почти 85% средств на медицинскою помощь приходит из системы ОМС, которая является внесистемным фондом. Таким образом, никаких средств из системы страхования изъято быть не может. Из доли федерального бюджета примерно 95миллирадов рублей составляют деньги на лекарственное обеспечение, под публичное обязательство государства, — препараты для льготных категорий граждан, на лечение семи высокозатратных нозологий и т.д. Эта часть также не может быть сокращена. Таким образом, сказала Скворцова, речь может идти только о сокращении статей, в которых уже предусмотрена такая возможность, и по поводу сокращения финансирования здравоохранения можно не волноваться.

Ярослав Агафонников
РИА АМИ, Москва,
(22.01.2016)

Гонка за микробами

Ученые пытаются продлить эпоху антибиотиков

Почему антибиотики до сих пор остаются тайной для ученых? На какие бактерии «охотятся» микробиологи в пещерах, мангровых зарослях и на морском дне? Почему природные антибиотики эффективнее синтетических? Об этом «РГ» рассказал доктор биологических наук, заведующий сектором НИИ по изысканию новых антибиотиков им. Г.Ф. Гаузе **Алексей Тренин.**

Алексей Сергеевич, микробы мутируют быстрее, чем ученые разрабатывают новые антибиотики?

Алексей Тренин: Да, эту «гонку» мы пока проигрываем. Инфекционные болезни остаются главной причиной смертности в отстающих странах. Более того, они вновь становятся серьезной угрозой для передовых государств. Например, вызванные устойчивыми формами микроорганизмов пневмония, туберкулез, брюшной тиф, разные виды сепсиса, глубокие микозы... Лечить их с каждым годом все труднее. Почему? С одной стороны, механизм, определяющий появление устойчивости к антибиотикам, заложен природой. С другой стороны, виноват и сам человек: ухудшение экологии, бездумное применение лекарственных препаратов...

Так что же, эра антибиотиков закончилась?

Алексей Тренин: Нет, я бы так не сказал, но сложности есть, причем огромные. Стоимость разработки антибиотика, разрешенного к применению в клинике, может составлять до 900 миллионов долларов. Даже в самых продвинутых странах создание и всесторонние испытания нового препарата занимают минимум 8 лет. При этом устойчивость к препарату у некоторых бактерий и грибов может появиться практически сразу после начала его широкого применения. Сухие цифры: если с 1983 по 1987 годы на мировом рынке появилось 17 новых антибиотиков, то в «пятилетку» с 2013 по 2017-й годы ожидается всего лишь три, в лучшем случае пять по-настоящему новых препаратов. К сожалению, подавляющее большинство внедряемых препаратов - это всего лишь очередные формы старых антибиотиков. Вывод - нужны принципиально новые лекарственные средства с другим более эффективным механизмом действия.

Альтернатива антибиотикам есть?

Алексей Тренин: Бороться с возбудителями некоторых заболеваний (например, брюшным тифом) могут их естественные враги - бактериофаги. Но тут есть свои сложности в выделении вирусов, активных против конкретных возбудителей. Да и подбор нужных фагов - процесс трудоемкий, а область их применения весьма ограничена. Антибактериальные пептиды, активно исследуемые в последние годы, пока не оправдывают ожиданий. Есть еще иммуномодуляторы, применяемые в комплексной терапии, в том числе в лечении рака. Однако механизм иммунного ответа чрезвычайно сложен и до конца не изучен. Вряд ли в этой области можно ждать быстрых оглушительных успехов.

Так что лекарственных препаратов, сопоставимых по эффективности с антибиотиками, сегодня нет. Поэтому нужно развивать систему профилактики болезней, вакцинацию, повышать уровень жизни людей. Чем меньше больных, тем меньше риск появления новых устойчивых инфекций.

Как ученые ищут новые антибиотики?

Алексей Тренин: В основном исследуют микроорганизмы, живущие в почвах. Ищут новых «производителей» и в морской воде, и в мангровых зарослях, других необычных источниках... Схема поиска нового антибиотика выглядит примерно так: микроорганизм (например, бактерия или грибок) выделяется из природного места обитания и культивируется в лаборатории. Затем из него извлекаются продукты жизнедеятельности - претенденты на «звание» антибиотика. Их ученые тщательно анализируют. Над созданием антибиотиков работают микробиологи, химики, фармацевты, врачи...

Всего известно около трех тысяч антибиотиков, но в клинике применяется не более ста. Все потому, что препарат должен быть не только высокоактивным, но и малотоксичным. А таких как раз немного. Еще один путь - разработка оригинальных синтетических антибиотиков «с нуля». Но они оказываются не самыми эффективными: полностью искусственный препарат, который был бы лучше созданного природой, ученые пока придумать не могут. Однако они успешно подвергают химической модификации антибиотики, уже полученные из природы.

А что антибиотики делают в природе?

Алексей Тренин: Нередко антибиотики называют «оружием» микроорганизмов: они вырабатывают подобные вещества, чтобы защититься от врагов - других микробов. Разные антибиотики имеют разные механизмы действия: одни подавляют синтез клеточной стенки, другие - нарушают синтез белка, нуклеиновых кислот, работу клеточных мембран микробных возбудителей и т.д.

И все-таки какова истинная природа антибиотиков, ученые до сих пор не знают. Например, противоопухолевые антибиотики - блеомицин, митомицин, антрациклины. В почвах микробы - «производители» этих лекарственных соединений со злокачественными опухолями никогда не сталкивались. Почему же тогда они синтезируют антибиотики, столь эффективные против разных видов рака? Как выработался этот механизм? Вопрос. Микроорганизмы остаются важнейшим источником лекарственных соединений. Уверен, что их изучение принесет нам еще немало открытий, ведь антибиотики далеко не исчерпали себя как класс.

Ксения Колесникова
Российская Газета, Москва,
(22.01.2016)

Российский чехол для iPhone оценит ритм сердца своего владельца

Российские ученые разработали кардиомонитор в виде чехла для iPhone, который поможет владельцу гаджета делать кардиограмму с медицинской точностью в любое время и в любом количестве. По планам разработчиков, в продаже он появится уже в марте этого года.

В России разработали прибор для снятия кардиограммы в виде чехла для iPhone. Кардиомонитор прошел клинические исследования, а в марте его обещают уже продавать в магазинах. В планах разработчиков – создание такого же устройства для телефонов на базе Android.

- Кардиомонитор CardioQVARK разработан в виде чехла для iPhone 5/5S и 6/6S и работает от аккумулятора телефона. С помощью такого чехла и специального приложения можно самостоятельно записать кардиограмму в любое время и в любом месте. Это очень легко, нужно только приложить указательные пальцы обеих рук к датчикам, расположенным на корпусе, и на дисплее появится кардиограмма. Измерения производятся с медицинской точностью, как в больнице. Снимать кардиограмму можно неограниченное количество раз в сутки, при желании пользователь может оставлять комментарии к каждому измерению – сразу после сна, после прогулки, выпил кофе и т.д.», - рассказала агентству городских новостей «Москва» директор проекта CardioQVARK Ольга Сунцова.

После записи данные будут отправляться в облачное хранилище, откуда после секундной обработки возвращаться в мобильное приложение. Владелец гаджета не только сможет увидеть на экране параметры и изменения своего сердечного ритма, но и отправить данные врачу. Для медиков создано отдельное приложение, которое позволит им наблюдать за состоянием здоровья своих пациентов. «Приложение предоставляет данные кардиологу из любой точки мира. То есть пациент сам выбирает себе врача, которому доверяет, и консультируется с ним. Но для желающих мы добавили опцию «Врачи» в нашем мобильном приложении, когда можно будет воспользоваться консультацией дежурного кардиолога. На этапе развития проекта консультация бесплатная», - уточнила Ольга Сунцова.

ДокторПитер, Санкт-Петербург,
(25.01.2016)

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) предоставляется 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 подрисуночными 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, практичная 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-аналитичсеких 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 wgste – management practices vary arcoss Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21, № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft fur 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,
ООО «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: *journal-oms@yandex.ru*