ISSN 2221-9943

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 – 2016

Послание Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию

Федеральный закон от 31.10.2016 года № 379-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год»

Расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов ОМС

ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 6, 2016

ISSN 2221-9943

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 6, 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 председателя редакционного совета
Н.А. Хорова – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

В.А. Зеленский – Директор Московского городского фонда ОМС, к.э.н.
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
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 08.12.2016 года. Тираж: 2000 экз.
Формат: 205 х 275 мм. Объем: 78 полосы

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

**Подписка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» производится в ООО «Издательство офтальмология»
Тел.:(495)485-40-66; (499)488-87-03, e-mail: iol.buh@mail.ru**

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»
№ 6, 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

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

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 08.12.2016, Circulation: 2000 copies
Format: 205 x 275 mm, Volume: 78 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

**The subscription to the journal «Obyazatelnoe meditsinskoe strakhovanie v Rossiyskoy Federatsiy" (Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation) is made in the "Ophthalmology Publishing House»
Tel.:(495)485-40-66; (499)488-87-03, e-mail: iol.buh@mail.ru**

ISSN 2221-9943
9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Послание президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию 4

Выступление министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на совещании президента Российской Федерации В.В. Путина с членами правительства 6

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования. 8

Новые кадровые назначения 15

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова
Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год 16

Федеральный закон от 31 октября 2016 года № 379-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год» . . . 21

КОНГРЕСС СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ

VII Всероссийский конгресс союза пациентов. 32

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

С.П. Трошин, И.Н. Легкова, К.В. Гавриленко
Создание пациентоориентированной модели ОМС на основе применения современных информационных технологий

S.P. Troshin, I.N. Legkova, K.V. Gavrilenko
Creation of patient-oriented models of obligatory medical insurance based on the application of current information technologies. 34

С.В. Козаченко, А.В. Павлов, М.А. Катаева
Обеспечение доступности и качества медицинской помощи женщинам в период беременности в негосударственных медицинских организациях на территории Красноярского края

S.V. Kozachenko, A.V. Pavlov, M.A. Katayeva
Ensuring the availability and quality of medical care to women during pregnancy in non-state medical institutions of Krasnoyarsk territory 42

И.Б. Симкина, И.Н. Маклаков
Реализации проекта «Новая скорая и неотложная помощь» в Вологодской области

I.B. Simkina, I.N. Maklakov
Implementation of the project "A new emergency and urgent assistance" in the Vologda region 48

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО

Д.Ю. Кузнецов, А.А. Старченко
В чём польза обязательного медицинского страхования?

D.Y. Kuznetsov, A.A. Starchenko
What is an advantage of the obligatory medical insurance? 52

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 58

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 61

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2016 г. № 425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» **(62)**

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 августа 2016 г. № 575н «Об утверждении порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» **(65)**

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 сентября 2016 г. № 654н «Об утверждении порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» **(68)**

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2016 г. № 736н «О внесении изменения в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» **(72)**

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2016 г. № 807н «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2015 г. № 1014н «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету» **(73)**

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 апреля 2016 г. № 85 «О внесении изменений в порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 227» **(75)**

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 мая 2016 г. № 105 «Об утверждении порядка и форм представления отчетности о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования и использовании предоставленных средств для их финансового обеспечения» **(77)**

Послание президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию

1 декабря 2016 г., Москва, Кремль

О здравоохранении

Смысл всей нашей политики – это сбережение людей, умножение человеческого капитала как главного богатства России. Поэтому наши усилия направлены на поддержку традиционных ценностей и семьи, на демографические программы, улучшение экологии, здоровья людей, развитие образования и культуры.

Знаете, не могу не сказать два слова о том, что реально происходит, что у нас здесь есть, чего мы добились.

Естественный прирост населения продолжается. В 2013 году – у демографов есть такое понятие «коэффициент рождаемости» – он в России составил 1,7, это выше, чем в большинстве европейских стран. Для примера скажу: Португалия – 1,2, в Испании, Греции – 1,3, Австрия, Германия, Италия – 1,4, в Чешской Республике – 1,5. Это данные за 2013 год. В 2015 году суммарный коэффициент рождаемости в России будет ещё больше, чуть-чуть, но всё-таки больше – 1,78.

Мы продолжим изменения в социальной сфере, чтобы она становилась ближе к людям, к их запросам, была более современной и справедливой. Социальные отрасли должны привлекать квалифицированных людей, талантливую молодёжь, поэтому мы повышаем и зарплаты специалистов, улучшаем условия их труда.

Отмечу, что конкурс в медицинские и педагогические вузы – совсем недавно он был почти нулевой – уверенно растёт. В 2016 году на педагогические специальности он составил 7,8 человека, а после прошедшего приёма в 2016 году общий конкурс на бюджетные места в медицинские вузы составил уже почти 28 человек на место. Дай бог всем здоровья и успехов – молодым специалистам – в их работе в будущем.

Хорошо помню, как в своё время обсуждали с коллегами проекты развития высокотехнологичной медицинской помощи, а также сети перинатальных центров, которых у нас и не было совсем. Сейчас их, в 2018 году, в России уже будет 94.

И сегодня наши врачи спасают новорождённых в самых трудных случаях. И по этим показателям мы также вышли на позиции передовых стран мира.

По итогам ещё 2015 года показатели младенческой смертности составили в России 6,5 на тысячу родившихся живыми, а в европейском регионе Всемирной орга-

низации здравоохранения показатель 6,6, то есть у нас уже был чуть получше. По итогам 10 месяцев 2016 года Россия вышла на уровень 5,9.

За последние десять лет в 15 раз увеличился объём высокотехнологичной медицинской помощи. Сотни тысяч сложных операций делаются не только в ведущих федеральных центрах, но и в региональных клиниках. Если в 2005 году, когда мы начали эту программу, 60 тысяч человек в России получали высокотехнологичную медицинскую помощь, в 2016 это будет уже 900 тысяч. Тоже нужно ещё двигаться дальше. Но всё-таки сравните: 60 тысяч и 900 – разница существенная.

В следующем году нам нужно внедрить механизмы устойчивого финансирования высокотехнологичной помощи. Это даст возможность и дальше повышать её доступность, сокращать сроки ожидания операций.

В целом, надо прямо сказать, проблемы в здравоохранении сохраняются, их ещё очень много. И прежде всего, они касаются первичного звена. Его развитию необходимо уделить приоритетное внимание.

Граждане зачастую сталкиваются с очередями, с формальным, безразличным отношением к себе. Врачи перегружены, трудно попасть к нужному специалисту. Нередки случаи, когда поликлиники оснащены новейшим оборудованием, а у медицинских работников элементарно не хватает квалификации, чтобы применить это оборудование.

Начиная с будущего года, на базе федеральных и региональных медицинских центров и вузов будет организована регулярная переподготовка врачей. При этом специалист с помощью образовательного сертификата сможет сам выбрать, где и как повысить свою квалификацию.

Продолжим наращивать и уровень информатизации здравоохранения, чтобы сделать удобной и простой запись на приём, ведение документации. Нужно освободить врачей от рутины, от заполнения вороха отчётов и справок, дать им больше времени для непосредственной работы с пациентом.

Также с помощью информационных технологий будет существенно повышена эффективность контроля за рынком жизненно важных лекарств. Это позволит избавиться от подделок и контрафакта, пресечь завышение цен при закупках медикаментов для больниц и поликлиник.

Оглашение Послания президента Российской Федерации В.В. Путина состоялось в Георгиевском зале Большого Кремлевского дворца

В течение ближайших двух лет предлагаю подключить к скоростному интернету все больницы и поликлиники нашей страны. Это позволит врачам даже в отдалённом городе или посёлке использовать возможности телемедицины, быстро получать консультации коллег из региональных или федеральных клиник.

Хочу обратить на это внимание Министерство связи. Министр заверил нас, что эта задача абсолютно реалистична, выполнима.

Я сейчас сказал об этом с трибуны, вся страна теперь будет за этим смотреть внимательно.

С учётом географии, огромных, порой трудно доступных территорий, России нужна и хорошая оснащённая служба санитарной авиации. Уже со следующего года программа развития санитарной авиации охватит 34 региона страны, которые получат средства из федерального бюджета.

Прежде всего, это Сибирь, Север, Дальний Восток. На эти цели (депутаты знают об этом, это была в том числе и ваша инициатива) в 2017 году на закупку авиационных услуг в рамках проекта развития санитарной авиации будет предусмотрено (во втором чтении это должно пройти) 3,3 миллиарда рублей.

Выступление министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на совещании президента Российской Федерации В.В. Путина с членами правительства

2 ноября 2016 г., Ново-Огарево

В своем выступлении В.И. Скворцова отметила, что в соответствии с поручениями, прозвучавшими в посланиях президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию, Минздравом проведены мероприятия, направленные на увеличение объёма высокотехнологичной медицинской помощи и обеспечение её бесперебойного финансирования, а также на совершенствование защиты прав граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, по получению доступной и бесплатной медицинской помощи.

«Прежде всего, по первому вопросу хотелось бы отметить, что в 2014 году создана новая организационная модель оказания высокотехнологичной медицинской помощи, которая построена на поэтапном погружении отдельных методов высокотехнологичной помощи в систему обязательного медицинского страхования.

Наиболее растиражированные методы погружаются в базовую программу ОМС, а наиболее сложные, уникальные, ресурсоёмкие методы в основном оказываются федеральными медицинскими организациями. Это позволило существенно нарастить объёмы высокотехнологичной помощи. Поручение президента увеличить в полтора раза объём высокотехнологичной помощи к уровню 2013 года к 2017 году было выполнено в середине 2015 года. В 2013 году мы пролечили 505 тысяч больных высокотехнологичными методами, по результатам 2015 года – уже более 823 тысяч, в этом году мы пролечим более 900 тысяч человек.

При этом важно отметить, что очень существенно увеличились объёмы тех высокотехнологичных методов, которые оказываются в наиболее востребованных направлениях. Скажем, стентирование сосудов сердца. Количество стентирований увеличилось более чем в три раза. По данным 2015 года, уже 126 тысяч. Причём 70% стентирований проводятся в экстренных условиях, при остром коронарном синдроме, при остром инфаркте миокарда, и это позволило в прошлом году сохранить более 80 тысяч жизней.

Эндопротезирование крупных суставов увеличилось на 44%, до 89 тысяч. И отдельно хотелось бы отметить существенное увеличение объёма вспомогательных репродуктивных технологий, экстракорпорального оплодотворения в 3,6 раза. Это позволило нам в прошлом году родить 30 тысяч здоровых детей через ЭКО.

Сегодня высокотехнологичная помощь оказывается 919 медицинскими организациями, из них только 15,5% (142) – это федеральные организации. При этом федеральные центры оказывают более 70% всех видов сложной высокотехнологичной помощи и 21% – высокотехнологичной помощи, включённой в базовую программу ОМС.

Создание новой организационной модели оказания высокотехнологичной помощи потребовало изменения финансовой модели. И в этом году, в июле, Вами был подписан федеральный закон о внесении изменений в закон об обязательном медицинском страховании, где вводится новая модель финансового обеспечения тех видов высокотехнологичной помощи, которые не включены в базовую программу ОМС, также из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования, но на основе соглашения между Фондом и федеральными органами исполнительной власти, которые являются учредителями федеральных центров. Таким образом, федеральным центрам выделяется субсидия на основе государственного задания, которое формулируют учредители. Закон вступает в силу с 1 января 2017 года. Все проекты нормативных актов для его реализации подготовлены и в срок внесены в Правительство Российской Федерации. Мы учли все необходимые объёмы финансирования в бюджете Фонда на 2017–2019 годы, и хотелось бы отметить, что они предусматривают дальнейшее увеличение объёмов высокотехнологичной помощи, на будущий год это уже более 960 тысяч человек, из которых 450 тысяч будут пролечены в федеральных центрах.

По второму вопросу, если можно. Вопрос – оказание бесплатной доступной медицинской помощи населению. Хотелось бы отметить, что, безусловно, одной из наиболее приоритетных и очень сложных задач для отечественного здравоохранения является совершенствование первичной медицинской помощи, помощи первичного звена,

особенно в сельской местности и в труднодоступных районах страны. Однако в этом направлении за последние два года проведён целый комплекс мероприятий и достигнуты определённые положительные результаты. Совместно с Фондом ОМС в 2014 и 2015 годах мы обеспечили персональное прикрепление каждого застрахованного лица к конкретному врачу или фельдшеру первичного звена, что позволило оценить фактическую нагрузку на каждого медицинского работника, оптимизировать количество прикреплённого населения и, кроме того, существенно повысить ответственность врача и фельдшера за результаты своей персональной работы.

Впервые в 2014 году – рекомендательно, а в 2015 году уже в обязательном порядке внедрены предельные сроки ожидания разных видов медицинской помощи, которые закреплены программой государственных гарантий, и этим обеспечена своевременность её оказания. Подобные сроки введены для ожидания участковых врачей, специалистов первичного звена, диагностических различных процедур и мероприятий, плановой и экстренной госпитализации, скорой и неотложной помощи.

Полностью обновлены или впервые созданы необходимые нормативные акты по территориальному планированию размещения медицинской инфраструктуры, и в 2015 году совместно с субъектами Российской Федерации создана и внедрена геоинформационная система, которая включает информацию обо всех населённых пунктах на территории страны, в каждом регионе со всей транспортной инфраструктурой как федерального, так и регионального значения и всей сетью медицинских организаций.

Внедрение геоинформационной системы позволило нам к началу текущего 2016 года определить зоны повышенного риска вне выполнения тех предельных сроков ожидания, которые являются сейчас обязательными на всей территории. Это позволило нам 15 марта текущего года утвердить федеральный комплекс мероприятий по развитию первичной медико-санитарной помощи и на его основе в каждом регионе составить региональную программу. Компонентами этой программы наряду с развитием медицинской инфраструктуры и транспортной инфраструктуры является оптимизация маршрутов доставки пациентов и, кроме того, развитие выездных форм работы, санитарной авиации, информационных технологий и решения необходимых кадровых вопросов. За реализацией этих программ мы очень жёстко смотрим.

Важным направлением совершенствования первичной медико-санитарной помощи явилось создание единой системы лицензионного контроля за деятельностью медицинских организаций, этот закон был принят в этом году в апреле, и фактически мы сформировали централизацию на федеральном уровне лицензионного контроля. Росздравнадзор проводит мероприятия по контролю за доступностью и своевременностью медицинской помощи на всей территории страны.

Кроме того, в 2015 году Минздравом был внедрён еженедельный и ежемесячный мониторинг эффективности мер по снижению смертности на каждом из 60 тысяч терапевтических участков и в каждом регионе в целом. Фактически у нас появилась возможность точечного регулирования ситуации в любом территориальном образовании.

В соответствии с Вашим поручением, озвученном в Послании, Министерство здравоохранения совместно с Федеральным фондом ОМС активно формирует пациентоориентированную модель деятельности страховых медицинских организаций, создаётся институт страховых представителей, которые, по сути, и должны быть помощниками и защитниками прав пациентов.

Ваше задание было – начать эту работу с 2016 года. В начале года были сформулированы функциональные обязанности страховых представителей и прописан механизм их взаимодействия с пациентами, застрахованными на всех этапах оказания медицинской помощи. В начале года были приняты все необходимые нормативно-правовые акты, в том числе внесены изменения в правила деятельности обязательного медицинского страхования, и были разработаны и внедрены программы по подготовке страховых представителей разного функционального уровня.

На сегодняшний день подготовлено более 1600 специалистов. С 1 июля мы внедрили первый этап системы, во всех страховых медицинских организациях открыты контакт-центры и «горячие» телефонные линии, где обученные специально операторы отвечают на вопросы и проводят информационные консультации по получению бесплатной медицинской помощи, условиям и срокам её получения, а также помогают организовывать проведение диагностических мероприятий и выбор медицинских организаций для оказания плановой госпитальной медицинской помощи.

С 1 января 2017 года мы запускаем второй этап – информирование уже индивидуального и СМС-оповещения всех застрахованных о необходимости прохождения диспансеризации, вакцинации, о попадании в ту или иную группу здоровья по результатам диспансеризации, необходимого диспансерного наблюдения.

И последний этап будет включён 1 января 2018 года, когда будет внедрена программа повышения ответственности за своё здоровье каждого застрахованного, то есть мотивирование каждого гражданина к выполнению рекомендаций врачей, приверженности к лечению. И, кроме того, будут внедрены программы по досудебному расследованию различных конфликтных ситуаций и спорных вопросов, фактически оказание правовой помощи. Таким образом, мы надеемся, что в течение ближайших полутора-двух лет будет сформирован эффективный механизм помощи и сопровождения каждого застрахованного в ОМС при получении медицинской помощи, кроме того, учёта и формирования ответственности за своё здоровье, что будет нам очень важно на следующих этапах развития отечественного здравоохранения».

https://www.rosminzdrav.ru

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования

24 ноября 2016 г., Москва

На фото : Н.Н. Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в центре); Л.П. Кононова, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике (слева); В.О. Флек, помощник министра здравоохранения Российской Федерации (справа)

В Москве состоялось расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования.

Открывая заседание, **председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко** напомнила, что бюджет ФОМС на 2017–2019 годы прошел процедуру первого чтения в Госдуме, и обратила внимание на базовые параметры финансового документа.

Н.Н. Стадченко подчеркнула, что в соответствии с «дорожной картой», которая утверждена правительством, в 2017 году заработная плата врачей составит 180% к средней по экономике региона, среднего медицинского персонала – 90%, младшего медицинского персонала – 80%; в 2018 году: 200%, 100% и 100% – соответственно. В 2019 году будет поддерживаться достигнутый уровень заработной платы.

Особое внимание Н.Н. Стадченко уделила подписанию трехсторонних соглашений по реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В течение последних трех лет такие соглашения подписывают главы регионов, министр здравоохранения Российской Федерации и председатель ФОМС, а готовят документы директора территориальных фондов ОМС. Н.Н. Стадченко указала, что в ряде регионов имеются

задержки сроков подписания, дисбаланс объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат по ним.

Другая проблема, о которой говорила председатель ФОМС, – тарифная политика. Н.Н. Стадченко отметила, что вследствие нарушений требований законодательства ухудшается финансовое обеспечение медицинских учреждений и, как следствие, возникают проблемы доступности медицинской помощи. Особенно страдают от такой тарифной самодеятельности федеральные учреждения здравоохранения, частные клиники и учреждения, расположенные в закрытых территориально-административных образованиях. Председатель ФОМС подчеркнула, что со следующего года о выявленных нарушениях в тарифных соглашениях будут информироваться органы прокурорского надзора.

Н.Н. Стадченко особо обратила внимание на поправки в закон об обязательном медицинском страховании, предусматривающие формирование средств в составе нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС на финансирование мероприятий по повышению квалификации медицинских работников и по приобретению и ремонту медицинского оборудования.

«Мы с вами сформировали резерв, который позволяет обновлять, обучать персонал, делать обновление медицинского оборудования и производить ремонт медицинской техники. Не секрет, что субъекты испытывают дефицит средств. Вместе с тем, в ряде регионов до сих пор не внесены соответствующие изменения в бюджеты фондов. В рамках бюджетного кодекса Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на 2017 год вправе перекинуть остатки, если на таковые будет предоставлено подтверждение. Не все фонды выдерживают сроки. Нет документов, нет подтверждения – не будет возвратов», - подчеркнула председатель ФОМС.

Первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Л.П. Кононова сообщила: «Деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в последнее время уделяется повышенное внимание со стороны сенаторов и лично председателя Совета Федерации В.И. Матвиенко, так как сфера здравоохранения является той отраслью, которая наиболее остра для нашего населения. Учитывая то, что Совет Федерации является палатой регионов, одна из основных наших задач (наряду с законодательной деятельностью) – отстаивать интересы регионов: в том числе всё то, что касается формирования бюджетов регионов – доходной и расходной частей. Одним из серьезнейших и сложнейших для регионов расходных полномочий является выплата на неработающее население. И сегодня развернулась очень серьезная дискуссия по этой теме, говорят о некоторых существующих переплатах, называются разными субъектами разные цифры. Но мы прекрасно понимаем, что сегодня назвать точную цифру этих переплат не представляется возможным, потому что нет соответствующей выверенной зоны числу застрахованных, нет соответствующего законодательства».

Л.П. Кононова отметила, что на сегодняшний день одной из основных задач, которая ставится сенаторами, является необходимость совершенствования персонифицированного учета. Соответствующий законопроект уже готовится и позволит частично решить вопрос совершенствования персонифицированного учета, в том числе – в части категории военнослужащих и приравненных к ним лиц, сообщила она.

Сенатор уделила особое внимание вопросу налогообложения, так называемых «серых денег», который иногда некорректно называют «налогом тунеядцев». «Речь идет о той категории граждан, которые на сегодняшний день являются трудоспособными, не относятся ни к одной из льготных категорий, на что-то живут и в тоже время не платят никаких налогов и сборов. Сейчас началось обсуждение, в том числе на площадках Государственной Думы и Совета Федерации, идеи введения так называемого взноса или сбора на поддержание социальной инфраструктуры. Предполагается, что если эта идея будет каким-то образом воплощена, то позволит регионам частично компенсировать те переплаты за неработающее население, которые на сегодняшний день у них есть», – отметила Л.П. Кононова.

Еще один вопрос, который вызывает у сенаторов опасения, касается перехода администрирования страхового взноса от Пенсионного фонда к налоговой службе. «Мы прекрасно понимаем, что есть определенные риски. И опыт предыдущих десятилетий, когда такие переходы осуществлялись, применялась система администрирования, показывает, что могут возникнуть определенные проблемы в связи с тем, что некоторые субъекты – особенно малого и среднего бизнеса – на сегодняшний день могут оказаться неготовыми к изменениям администратора, могут появляться так называемые невыясненные подтверждения и так далее. Это то, что мы с ФОМС и Минздравом обязательно будем мониторить», – заверила Л.П. Кононова. В завершение своего выступления сенатор подчеркнула, что Совет Федерации является верным союзником ФОМС при совершенствовании системы обязательного медицинского страхования.

Подробно на вводимых в законодательство новеллах остановился **заместитель председателя ФОМС Ю.А. Нечепоренко.** Он сообщил, что подготовленный законопроект о персонифицированном учете застрахованных граждан уточняет категорию граждан, не подлежащую страхованию в системе ОМС. В частности, в документе четко прописано: к «военнослужащим и приравненным к ним лицам» относятся сотрудники МЧС, МВД, ФСБ и еще 6 федеральных ведомств, с которыми со следующего года ФОМС будет осуществляться информационное взаимодействие. В рамках такого взаимодействия специалисты этих ведомств получат доступ к регистру застрахованных лиц, чтобы обеспечивать контроль за своевременной сдачей своими сотрудниками полисов ОМС. «Порядок доступа к регистру будет установлен Правительством», – проинформировал собравшихся Ю.А. Нечепоренко.

В законопроекте появляется новая норма – «прекращение обязательного медицинского страхования», и вводятся три направления, по которым этот случай наступает: смерть застрахованного, прекращение гражданства РФ, переход застрахованного лица в категорию военнослужащего или приравненного к нему лица. «Все недействительные полисы ОМС страховые медицинские организации, Федеральный и территориальные фонды ОМС обязаны будут вывести из единого регистра застрахованных лиц», – уточнил Ю.А. Нечепоренко.

Участники расширенного совещания Совета директоров фондов ОМС в зале заседания

Кроме того, будет введена ответственность граждан, которые переходят в категорию военнослужащих и приравненных к ним лиц, по сдаче недействительных полисов ОМС в течение 30 дней – через подачу заявления в любую страховую медорганизацию или ТФОМС. «Это сделано специально, ввиду того, что граждане этой категории могут быть очень оперативно перемещены в разные субъекты Российской Федерации. И чтобы создать им определенные удобства для реализации этой нормы, было предусмотрено, что можно подать такое заявление в любой страховой медицинской организации либо в другом территориальном фонде», – пояснил Ю.А. Нечепоренко. Заместитель председателя ФОМС отметил, что законопроектом вносятся изменения в Кодекс об административных правонарушениях: вводится ответственность страховых медицинских организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, налоговых органов за предоставление недостоверной информации, которая отражается в едином регистре застрахованных лиц. «Ответственность в Кодексе об административных правонарушениях накладывается и на гражданина, который, перейдя в категорию военнослужащего и приравненного к нему лицу в оказании медицинской помощи, обязан в тридцатидневный срок сдать недействительный полис», –добавил он.

Ю.А. Нечепоренко также напомнил еще об одном нововведении: территориальные фонды ОМС начнут предоставлять гражданам возможность доступа к страховой информации через личный кабинет пациента на Едином портале государственных муниципальных услуг (ЕПГУ). «В первом квартале 2017 года будут подготовлены технические требования, в соответствии с которыми ТФОМС начнут предоставлять гражданам возможность доступа к страховой информации через личный кабинет пациента на ЕПГУ», – сказал он.

Заместитель председателя ФОМС отметил, что подобные требования обусловлены реализацией пилотного проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий». Проектом предусмотрено формирование на ЕПГУ личного кабинета пациента, в котором появится в том числе информация по ОМС.

«Территориальные фонды обязаны будут предоставлять сведения гражданину об оказанной ему медицинской помощи и ее стоимости», – пояснил Ю.А. Нечепоренко, заметив, что ТФОМС уже осуществляют такое информирование в рамках субъекта через свои интернет-порталы.

В ходе своего выступления **помощник министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек** выделил два ведущих направления до 2025 года: формирование пациентоориентированной модели здравоохранения и создание национальной единой системы здравоохранения, снимающей межведомственные барьеры.

Он также сообщил участникам заседания, что в середине декабря, после выхода соответствующего постановления Правительства в Минздраве начнется анализ проектировок ТФОМС на 2017 год. Особое внимание будет уделено территориям, где несбалансированы программы, где существует большая разница между утвержденными нормативами и полученными данными по итогам года.

В.О. Флек также продолжил поднятую Н.Н. Стадченко тему доступности и качества медицинской помощи в закрытых территориально-административных образованиях. «Правительство на 2017 год ставит в приоритет моногорода. Их в России около 500, – сообщил он. – Будет

Рис. 1. Мониторинг деятельности контакт-центров

принят план работы с моногородами». По словам представителя Минздрава, в 2017 году будут анализироваться мониторинги объёмов и стоимости медицинской помощи в моногородах, а также приближение специализированной помощи к жителям моногородов.

Начальник Управления организации ОМС С.Г. Кравчук в своем докладе проанализировала финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования, рассказала об исполнении территориальных программ, а также о нормативно-правовом регулировании деятельности страховых представителей и работе в регионах контакт-центров (*рис. 1*).

Начальник Управления модернизации системы ОМС О.В. Царева подробно остановилась на вопросах контроля за тарифообразованием в Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

По итогам года в 31 субъекте Российской Федерации тарифные соглашения содержат нарушения, приводящие к недофинансированию отдельных лечебных учреждений, в том числе: исключение из тарифа отдельных статей расходов, установление непредусмотренных или неправильное применение установленных коэффициентов, занижение тарифов по диспансеризации и гемодиализу, установление индивидуальных тарифов. Была отмечена необходимость строгого соблюдения правил и сроков предоставления отчетности по приказу ФОМС от 24.02.2016 г. № 23 «Об утверждении порядка представления сведений об оплате медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний».

Особое внимание О.В. Царева уделила показателям выполнения в регионах высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования. Так, в целом по Российской Федерации, по состоянию на 10 ноября 2016 года, было выполнено и оплачено 82,2% от запланированных объемов, или 344, 4 тыс. госпитализаций на общую сумму 48,2 млрд рублей. Однако в ряде регионов, таких как Республика Ингушетия, Камчатский край, Республика Карелия, Магаданская область, Республика Северная Осетия-Алания, Ямало-Ненецкий АО показатели составили от 0–50% от плана.

Кроме того, была затронута проблематика, связанная с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на мероприятия по приобретению и ремонту медицинского оборудования, а также по повышению квалификации медицинских работников. Было отмечено, что в 3 регионах, в том числе в Республике Дагестан, Сахалинской области и Ненецком автономном округе, не были внесены соответствующие изменения в законы о бюджете территориальных фондов обязательного медицинского страхования, позволяющие использовать средства НСЗ на указанные мероприятия, а в 5 субъектах – не приняты планы мероприятий.

Вице-президент Национальной Медицинской Палаты Н.Л. Аксенова подчеркнула важность диалога медицинских общественных сообществ и ФОМС. Она напомнила, что по предложению руководства Федерального фонда ОМС в регионах были созданы координационные советы при многих ТФОМС, заключены соглашения по работе с общественными организациями. «Перед нами стоят задачи на всех территориях развития третейского судопроизводства урегулирования споров в досудебном порядке», – отметила она.

В завершающей части совещания выступила **член комитета ГД по охране здоровья Т.И. Фролова,** ранее работавшая директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тамбовской области. Депутат заявила, что по собственному опыту знает – «нет более исполнительной, четкой и прозрачной организации, чем фонды ОМС». Она заверила, что будет осуществлять тесный контакт на законодательном уровне с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Состоялась церемония награждения медалями, почетными грамотами и памятными знаками.

За заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования награждены медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением»

Галаничева Нина Павловна – генеральный директор Открытого Акционерного Общества Страховая компания «РОСНО - МС»

Гришина Надежда Ивановна – генеральный директор общества с ограниченной ответственностью «РГС - Медицина»

За проявленный профессионализм при оказании неотложной медицинской помощи 30.10.2016 г. в нештатной ситуации на борту самолета, следовавшего рейсом SU-290 по маршруту Москва – Ханой награждены почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Джанкезов Айдемир Сеитбиевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики

Низов Андрей Алексеевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области

За добросовестный труд в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации награждены

Памятным знаком «За заслуги в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации»

Альбова Валентина Константиновна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Псковской области

Курцев Андрей Владимирович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области

Труфанова Валентина Николаевна – и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тамбовской области

Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Зеленский Владимир Анатольевич – директор Московского городского фонда обязательного медицинского страхования

Калашников Николай Михайлович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Мочалов Дмитрий Владимирович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области

Черноношкина Ирина Петровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области

Туруло Виктор Михайлович, 1967 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области на основании Распоряжения губернатора Брянской области от 24.11.2016 г. № 1114-рг.

Туруло В.М. окончил в 1992 г. Курский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело».

По распределению института был направлен на работу врачом интерном-терапевтом в Борщовскую участковую больницу, где проработал до июня 1993 г.

В июле 1993 г. был назначен главным врачом Кистерской сельской врачебной амбулатории, в мае 1998 г. – главным врачом Борщовской участковой больницы. В ноябре 2000 г. был переведен на должность участкового врача-терапевта поликлиники МУЗ «Погарская ЦРБ». В августе 2001 г. назначен заместителем главного врача по лечебной работе.

С сентября 2007 г. по октябрь 2016 г. работал в должности главного врача ГБУЗ «Погарская ЦРБ».

С 21 октября 2016 г. исполнял обязанности директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области

Кабанова Марина Александровна, 1965 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на основании Распоряжения правительства Ивановской области от 23.11. 2016 г., № 240 - рп

Кабанова М.А. окончила в 1989 г. педиатрический факультет Ивановского государственного медицинского института. В 2006 г. – ГОУ высшего и профессионального образования «Северо-Западная академия государственной службы» по специальности «юриспруденция».

В системе социальной защиты населения работает с 1993 г.

С 1997 г. – начальник отдела социальных учреждений управления социальной защиты населения Ивановской области.

С 2007 г. – начальник управления социального обслуживания Департамента социальной защиты населения Ивановской области.

С 2011 г. – заместитель начальника департамента. Курировала вопросы социальных выплат, компенсаций, субсидий, информатизации системы социальной защиты населения, предоставление государственных услуг в сфере системы социальной защиты населения в электронной форме.

С июня 2014 г. – начальник Департамента социальной защиты населения Ивановской области.

С ноября 2016 г. – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области.

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год

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

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования исполнил бюджет 2015 года в соответствии с целями, поставленными Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (далее - Федеральный закон), со сводной бюджетной росписью расходов бюджета Фонда с учетом внесенных в нее изменений в течение отчетного года (далее - уточненная сводная роспись) и сводной бюджетной росписью федерального бюджета на 2015 год в части межбюджетных трансфертов, передаваемых Фонду на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением отдельным категориям плательщиков пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование (ОМС).

Бюджет Фонда исполнен по доходам в сумме 1 573 543,4 млн. рублей, или 97,1% от размера, утвержденного Федеральным законом (1 619 774,0 млн. рублей). По сравнению с 2014 годом доходы увеличились на 322 998,3 млн. рублей, или на 25,8%.

Расходы бюджета Фонда за 2015 год составили 1 638 814,6 млн. рублей, или 98,6% от размера, утвержденного Федеральным законом (1 662 786,2 млн. рублей). Расходы бюджета Фонда увеличились по сравнению с 2014 годом на 370 156,8 млн. рублей, или на 29,2%.

Из федерального бюджета в бюджет Фонда поступили межбюджетные трансферты в объеме 23 860,0 млн. рублей (100% от размера, утвержденного Федеральным законом).

Объем межбюджетных трансфертов, переданных из бюджета Фонда бюджету Фонда социального страхова-

Таблица 1

Основные показатели исполнения бюджета Фонда за 2015 год характеризуются следующими данными

(млн. рублей)

Основные показатели	Утверждено на 2015 год Федеральным законом	Уточненная сводная роспись расходов на 2015 год	Кассовое исполнение за 2015 год	Кассовое исполнение в % к:	
				Федеральному закону	уточненной сводной росписи
Доходы	1 619 774,0	-	1 573 543,4	97,1	-
Расходы	1 662 786,2	1 668 267,5	1 638 814,6	98,6	98,2
Дефицит	43 012,2		65 271,2	-	-

ния Российской Федерации в соответствии с заявками, представленными в Фонд, составил 18 367,6 млн. рублей (96,5%).

Бюджет Фонда за 2015 год исполнен с дефицитом в размере 65 271,2 млн. рублей, источником финансового обеспечения которого являлись остатки средств на счетах по учету средств ОМС по состоянию на 1 января 2015 г.

Основные показатели исполнения бюджета Фонда за 2015 год характеризуются следующими данными (*табл. 1*).

ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФОНДА

Страховые взносы на ОМС

Основным источником формирования доходов бюджета Фонда являются страховые взносы на ОМС, доля которых в общем объеме доходов Фонда в 2015 году составила 97,8%. Страховые взносы на ОМС в 2015 году поступили на общую сумму 1 537 634,2 млн. рублей, или 97% от размера, утвержденного Федеральным законом. По сравнению с 2014 годом объем их поступлений вырос на 319 193,7 млн. рублей, или на 26,2%.

Страховые взносы на ОМС работающего населения

С 2015 года снято ограничение с предельной величины базы для начисления страховых взносов на ОМС работающего населения. В результате принятых изменений в Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон № 212-ФЗ) указанные страховые взносы уплачивались плательщиками со всех сумм выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц, за исключением сумм, не подлежащих обложению страховыми взносами (статья 9 Федерального закона № 212-ФЗ).

Основной категорией плательщиков страховые взносы уплачивались исходя из тарифа страхового взноса в размере 5,1%, льготными категориями плательщиков страховых взносов - исходя из пониженных тарифов страховых взносов, установленных статьями 58, 58.1, 58.4, 58.5 Федерального закона № 212-ФЗ.

Общий объем поступлений страховых взносов на ОМС работающего населения за 2015 год составил 921 348,8 млн. рублей, или 95,2% от объема, утвержденного Федеральным законом. Недопоступление страховых взносов ОМС работающего населения в 2015 году связано с существенным уменьшением фонда заработной платы в прогнозе социально-экономического развития Российской Федерации по сравнению с прогнозом, положенным в основу утвержденного бюджета.

По сравнению с 2014 годом поступление страховых взносов на ОМС работающего населения увеличилось на 181,2 млрд. рублей, или на 24,5%. В 2015 году коэффициент сбора сложился на уровне 0,977.

Страховые взносы на ОМС неработающего населения

Уплата уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2015 году осуществлялась в соответствии со статьей 23 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ).

Объем поступлений страховых взносов на ОМС неработающего населения за 2015 год составил 616 285,5 млн. рублей, или 99,8% от утвержденного годового объема (617 346,5 млн. рублей), рассчитанного в соответствии со статьей 23 Федерального закона № 326-ФЗ исходя из численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля 2014 г. в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». По сравнению с 2014 годом объем поступлений страховых взносов на ОМС неработающего населения возрос на 138 001,8 млн. рублей, или на 28,9%, в связи с переходом с 2015 года на полный тариф.

В 2015 году Республика Дагестан и Республика Калмыкия не выполнили свои обязательства по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения за декабрь 2015 г. и не уплатили в бюджет Фонда 967,1 млн. рублей и 103,4 млн. рублей соответственно.

Налоги на совокупный доход

Общий объем поступлений налогов на совокупный доход составил 5,6 млн. рублей, в том числе:

- единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 г.) – 3,3 млн. рублей;
- единый сельскохозяйственный налог – 0,4 млн. рублей;
- налог, взимаемый с налогоплательщиков, применяющих упрощенную систему налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 г.) – 1,9 млн. рублей.

Прочие налоговые и неналоговые доходы

Прочие налоговые и неналоговые доходы поступили в бюджет Фонда в общей сумме 147,6 млн. рублей, в том числе:

- единый социальный налог – 83,9 млн. рублей;
- недоимка, пени и штрафы по взносам – 53,2 млн. рублей;
- поступления по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам – 5,8 млн. рублей;
- денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48–51 Федерального закона № 212-ФЗ, – 4,2 млн. рублей;
- денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, а также бюджетного законодательства – 0,1 млн. рублей;
- прочие доходы от компенсации затрат бюджета Фонда – 0,2 млн. рублей;
- прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба – 0,2 млн. рублей.

БЕЗВОЗМЕЗДНЫЕ ПОСТУПЛЕНИЯ

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета

За 2015 год общая сумма бюджетных ассигнований, переданных Фонду из федерального бюджета в виде межбюджетных трансфертов на компенсацию выпадающих доходов бюджета Фонда в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС для отдельных категорий страхователей, составила 23 860 млн. рублей, или 100% от утвержденного объема.

Прочие безвозмездные поступления

Доходы бюджета Фонда от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет составили 11 897,3 млн. рублей.

РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ФОНДА

Расходы на предоставление субвенций

В расходах бюджета Фонда основную долю (87,1%) составляют субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС (далее - территориальные фонды) на осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона № 326-ФЗ полномочий по организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации.

В 2015 году бюджетам территориальных фондов предоставлены субвенции в размере 1 427 051,5 млн. рублей, что составляет 100,9% от размера, утвержденного Федеральным законом. Превышение объема субвенции над запланированным обусловлено направлением средств нормированного страхового запаса (далее - НСЗ) Фонда в размере 15 000 млн. рублей на увеличение субвенций на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, подведомственными Минздраву России, ФМБА России и ФАНО России, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 мая 2015 г. № 493 «Об утверждении Правил направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями».

По сравнению с 2014 годом размер предоставленных субвенций увеличился на 253 123,6 млн. рублей, или 21,6%.

Расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь

За счет средств НСЗ на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, из бюджета Фонда в 2015 году направлено 82 677,8 млн. рублей, в том числе:

- 77 100 млн. рублей – в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 1559 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2015 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»;
- 5 000 млн. рублей – в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2014 г. № 1572 «О предоставлении в 2015 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»;
- 542,8 млн. рублей – для медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполни-

тельной власти, и 35 млн. рублей – для медицинских организаций субъектов Российской Федерации в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2015 г. № 1246 «О порядке направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)».

Расходы на удорожание лекарственных средств

Из бюджета Фонда в 2015 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2015 г. № 1246 были направлены средства НСЗ бюджетам территориальных фондов в виде иных межбюджетных трансфертов на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов) в сумме 9422,2 млн. рублей.

Расходы на единовременные компенсационные выплаты

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ (часть 121 статьи 51) в 2015 году из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов направлялись иные межбюджетные трансферты по заявкам уполномоченного органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, переехавшим работать в сельскую местность и рабочие поселки.

Распределение указанных межбюджетных трансфертов между субъектами Российской Федерации утверждено распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2014 г. № 2594-р, которое в том числе предусматривало нераспределенный резерв в размере 679 млн. рублей.

Расходы бюджета Фонда на осуществление единовременных компенсационных выплат в 2015 году составили 1870,4 млн. руб., все заявки субъектов Российской Федерации были выполнены, и указанные выплаты получили почти 3,8 тыс. медицинских работников. Средства из резерва в общем размере 121,2 млн. рублей были направлены бюджетам территориальных фондов 30 субъектов Российской Федерации, перевыполнившим установленные указанным распоряжением объемы.

Расходы на оплату родового сертификата

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

На указанные цели из бюджета Фонда бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в 2015 году перечислено по заявочному принципу 18 367,6 млн. рублей (96,5% от запланированного объема). Общее количество родовых сертификатов, предъявленных к оплате за медицинскую помощь, оказанную женщинам в период беременности и родов, а также за диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни, составило порядка 5,8 млн.

Указанные средства направлялись медицинскими организациями на оплату труда, а также на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

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

Расходы на изготовление и доставку полисов

Кассовые расходы Фонда на изготовление и доставку полисов ОМС единого образца в 2015 году составили 1193 млн. рублей, или 108,8% от размера, утвержденного Федеральным законом, в том числе за счет средств НСЗ – 96,8 млн. рублей. В 2015 году было изготовлено для обеспечения застрахованных граждан более 18 млн. полисов.

Расходы на перинатальные центры

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в 2015 году Фондом осуществлялось в соответствии с соглашениями, заключенными высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации с Минздравом России и Фондом, в порядке и на условиях, установленных постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011–2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (далее – Правила).

В 2015 году направлены субсидии Фонда в размере 5481,3 млн. рублей, не перечисленные в 2014 году в связи с невыполнением условий предоставления субсидий, бюджетам территориальных фондов следующих субъектов Российской Федерации:

- Республика Саха (Якутия) – 1197,3 млн. рублей;
- Красноярский край – 1159,4 млн. рублей;
- Архангельская область – 1106,8 млн. рублей;
- Сахалинская область – 465,3 млн. рублей;
- Челябинская область – 936,8 млн. рублей.
- Республике Татарстан было направлено в соответствии с установленным трехсторонним соглашением в феврале 2015 года 615,3 млн. рублей.

Дотация на сбалансированность

После исполнения всех текущих расходных обязательств бюджета в федеральный бюджет была передана дотация на сбалансированность в размере 92 122,7 млн. рублей, или 79,2% к объему, утвержденному Федеральным законом.

Для корреспонденции:

Соколова Ирина Васильевна – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (495) 987-03-86, (495) 987-08-80 доб. 1003. E-mail: isokolova@ffoms.ru

For correspondence:

Irina V. Sokolova - Deputy Chairman of the FCHIF

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: 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 31 октября 2016 года № 379-ФЗ

МОСКВА

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2015 ГОД

Принят Государственной Думой 21 октября 2016 года
Одобрен Советом Федерации 26 октября 2016 года

Статья 1

1. Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2015 год со следующими основными показателями:

1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 573 543 366,0 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 23 860 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 638 814 565,5 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные федеральному бюджету в сумме 174 800 488,0 тыс. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 18 367 586,5 тыс. рублей;

3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 65 271 199,5 тыс. рублей.

2. Утвердить источник финансирования дефицита бюджета Фонда за счет остатков средств бюджета Фонда в сумме 65 271 199,5 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2015 год:

1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2015 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;

2) структура расходов бюджета Фонда за 2015 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;

3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2015 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;

4) распределение субвенций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, за 2015 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Москва, Кремль
31 октября 2016 года
№ 379-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Приложение 1
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2015 год»

ДОХОДЫ
БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2015 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы, всего			1 573 543 366,0
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	1 537 787 572,1
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	1 537 634 230,6
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 160	1 537 634 230,6
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	1 02 02100 08 0000 160	1 537 634 230,6
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02101 08 0000 160	921 348 778,1
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	395	1 02 02102 08 0000 160	616 285 452,5
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	5 624,4
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	1 933,1
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 01 0000 110	-645,0
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01012 01 0000 110	-645,0
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 01 0000 110	-1 205,8
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01022 01 0000 110	-1 205,8
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01030 01 0000 110	3 783,9
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 02 0000 110	3 323,3

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 02020 02 0000 110	3 323,3
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 01 0000 110	368,0
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	368,0
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	137 124,4
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	53 194,1
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	53 194,1
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	83 913,3
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	83 913,3
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 09 11000 02 0000 110	17,0
Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 09 11020 02 0000 110	17,0
Доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	214,9
Доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02000 00 0000 130	214,9
Прочие доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02990 00 0000 130	214,9
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 02998 08 0000 130	214,9
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	0,1
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	394	1 14 02080 08 0000 440	0,1
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	4 545,1
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджетов государственных внебюджетных фондов)	000	1 16 20000 00 0000 140	4 307,1
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)	151	1 16 20030 08 0000 140	112,5

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
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»	392	1 16 20050 01 0000 140	4 194,6
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба	000	1 16 90000 00 0000 140	238,0
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 90080 08 0000 140	238,0
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	1 18 08000 08 0000 180	5 832,6
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	35 755 793,9
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	23 860 000,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 05000 00 0000 151	23 860 000,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 02 05600 08 0000 151	23 860 000,0
Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование	394	2 02 05608 08 0000 151	23 860 000,0
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации и организациями остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 000	11 897 312,0
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 151	11 897 312,0
Доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 06000 00 0000 151	11 897 312,0

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 06030 08 0000 151	11 897 312,0
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 19 00000 00 0000 000	-1 518,1
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов	000	2 19 06000 00 0000 151	-1 518,1
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов в федеральный бюджет	000	2 19 06010 00 0000 151	-1 518,1
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 19 06013 08 0000 151	-1 518,1

Приложение 2
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2015 год»

СТРУКТУРА
РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2015 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации				Кассовое исполнение
	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 638 814 565,5
Общегосударственные вопросы	01	00			559 705,5
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			23 852,1
Софинансирование, связанное с реализацией соглашений с международными финансовыми организациями, в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 2796	800	16 600,0
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 9999	200	454,4

Наименование	Код бюджетной классификации				Кассовое исполнение
	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 9999	800	6 797,7
Другие общегосударственные вопросы	01	13			535 853,4
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 0059	100	211 816,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Г 0059	200	320 011,8
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Г 0059	800	4 025,5
Образование	07	00			9 508,0
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			9 508,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Г 0059	200	9 508,0
Здравоохранение	09	00			1 638 186 496,4
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 638 186 496,4
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни в рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 4 3964	500	18 367 586,5
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 5093	500	1 427 051 543,7
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 Д 0059	200	1 192 983,3

Наименование	Код бюджетной классификации				Кассовое исполнение
	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 5401	500	77 642 819,4
Софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 5402	500	5 035 000,0
Иные межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 5478	500	9 422 177,4
Иные межбюджетные трансферты на осуществление единовременных выплат медицинским работникам в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 7 5136	500	1 870 407,7
Реализация программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений в рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 4 5230	500	5 481 309,8
Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 8 5400	500	92 122 668,6
Социальная политика	10	00			58 855,6
Социальное обеспечение населения	10	03			58 855,6
Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения в рамках подпрограммы «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России» государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации» (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	10	03	05 1 3594	300	58 855,6

Приложение 3
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2015 год»

ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2015 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			65 271 199,5
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	65 271 199,5
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	65 271 397,5
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-1 601 184 475,9
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-1 601 184 475,9
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-1 601 184 475,9
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-1 601 184 475,9
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	1 666 455 873,4
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	1 666 455 873,4
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	1 666 455 873,4
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	1 666 455 873,4
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	-198,0
Курсовая разница	000	01 06 03 00 00 0000 000	-198,0
Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 03 00 08 0000 171	-198,0

Приложение 4
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2015 год»

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗА 2015 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	1 427 051 543,7
Республика Адыгея (Адыгея)	3 440 699,4
Республика Алтай	3 075 205,1
Республика Башкортостан	36 826 117,0
Республика Бурятия	11 971 447,8
Республика Дагестан	20 659 446,7
Республика Ингушетия	3 594 457,6
Кабардино-Балкарская Республика	6 326 084,7
Республика Калмыкия	2 279 994,4
Карачаево-Черкесская Республика	3 418 718,5
Республика Карелия	9 050 975,1
Республика Коми	13 573 186,1
Республика Крым	16 189 278,6
Республика Марий Эл	5 720 358,3
Республика Мордовия	6 609 242,3
Республика Саха (Якутия)	20 816 652,3
Республика Северная Осетия - Алания	5 775 347,8
Республика Татарстан (Татарстан)	30 841 028,3
Республика Тыва	4 874 374,4
Удмуртская Республика	14 120 108,3
Республика Хакасия	6 423 363,6
Чеченская Республика	10 532 934,8
Чувашская Республика - Чувашия	10 342 908,9
Алтайский край	22 509 516,5
Забайкальский край	13 141 356,5

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Камчатский край	7 107 145,0
Краснодарский край	42 878 567,0
Красноярский край	37 409 334,5
Пермский край	25 051 810,0
Приморский край	22 697 820,6
Ставропольский край	22 355 236,8
Хабаровский край	18 462 328,3
Амурская область	10 294 013,7
Архангельская область	17 106 118,2
Астраханская область	8 435 649,7
Белгородская область	12 757 956,7
Брянская область	10 317 380,3
Владимирская область	11 729 121,3
Волгоградская область	20 827 455,5
Вологодская область	11 241 838,4
Воронежская область	19 464 887,2
Ивановская область	8 816 884,7
Иркутская область	30 319 242,8
Калининградская область	7 962 199,3
Калужская область	8 533 866,2
Кемеровская область	26 253 407,9
Кировская область	12 072 418,1
Костромская область	5 645 550,4
Курганская область	8 271 684,2
Курская область	9 483 460,5
Ленинградская область	12 769 950,4
Липецкая область	9 820 261,0
Магаданская область	3 396 421,0
Московская область	71 708 138,5
Мурманская область	12 824 107,7
Нижегородская область	27 514 501,8
Новгородская область	5 213 907,2
Новосибирская область	25 963 084,8
Омская область	18 029 624,2
Оренбургская область	18 822 660,9
Орловская область	6 628 104,7
Пензенская область	11 342 359,2
Псковская область	5 440 782,2
Ростовская область	33 982 972,4

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Рязанская область	9 483 048,3
Самарская область	26 699 065,3
Саратовская область	21 481 974,0
Сахалинская область	9 137 010,6
Свердловская область	41 401 016,0
Смоленская область	8 151 733,2
Тамбовская область	8 554 011,9
Тверская область	11 191 686,2
Томская область	12 874 497,9
Тульская область	12 560 554,5
Тюменская область	13 123 166,0
Ульяновская область	10 562 121,0
Челябинская область	32 696 092,1
Ярославская область	10 758 409,5
Город Москва	142 205 006,5
Город Санкт-Петербург	51 529 251,0
Город Севастополь	3 172 397,9
Еврейская автономная область	2 188 948,3
Ненецкий автономный округ	803 029,0
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	24 695 999,6
Чукотский автономный округ	1 282 714,6
Ямало-Ненецкий автономный округ	10 987 156,0
Город Байконур	447 598,0

VII Всероссийский конгресс союза пациентов

9–10 ноября 2016 г., Москва

На фото слева направо : Е.Н. Сучкова, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования; Я.В. Власов, сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов Министерства здравоохранения Российской Федерации; Т.В. Яковлева, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации; Ю.А. Жулев, сопредседатель Всероссийского союза пациентов, президент Всероссийского общества гемофилии

В рамках церемонии открытия VII Всероссийского конгресса союза пациентов «Государство и граждане в построении пациентоориентированного здравоохранения в России» к участникам, в число которых вошло более 200 некоммерческих организаций пациентов России и мира, обратились министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, заместитель министра здравоохранения Т.В. Яковлева, заместитель министра промышленности и торговли России С.А. Цыб, глава Росздравнадзора М.А. Мурашко, а также представители других ведомств и организаций системы здравоохранения.

Открывая мероприятие, сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов Минздрава России Я.В. Власов предложил реформировать комиссию Минздрава России по формированию перечней лекарственных препаратов и предложил министру здравоохранения В.И. Скворцовой пересмотреть ее состав. «Как профессиональное сообщество, мы готовы участвовать в настоящем принятии решений, от которых зависят судьбы пациентов», - заверил он.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов, президент Всероссийского общества гемофилии Ю.А. Жулев отметил важность диалога общественных организаций с властью, чтобы «совместно противостоять новым вызовам и сообща преодолеть существующие барьеры».

Он выделил ряд базовых направлений пациентоориентированного здравоохранения, в числе которых, прежде всего, открытость системы здравоохранения. Этот критерий включает в себя вовлеченность пациентских организаций в принятие решений и разработку нормативно-правовых актов. Ю.А. Жулев обратил внимание

на значимость информирования пациентов – причем в удобной для людей форме. Сопредседатель Всероссийского союза пациентов указал также на необходимость совершенствования нормативно-правовой базы – для повышения эффективности работы системы здравоохранения. Ю.А. Жулев подчеркнул: некоммерческие организации имеют право осуществлять функции общественного контроля – через мониторинг и общественные обсуждения.

В своем выступлении министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова сообщила присутствующим о работе Минздрава России по формированию пациентоориентированной модели здравоохранения: «С 2016 года все виды медицинской помощи имеют определенные сроки ожидания: начиная от ожидания участкового врача, специалистов первичного звена неотложной скорой помощи и заканчивая лабораторными исследованиями. Этого не было никогда – ни в советский, ни в постсоветский период. Сейчас это не просто регламентируется, это закреплено программой государственных гарантий и утверждено постановлением правительства Российской Федерации», – подчеркнула В.И. Скворцова.

Министр сообщила, что представители пациентских организаций входят в Общественный совет при Минздраве России. На заседаниях совета обсуждаются основные общественно значимые вопросы развития здравоохранения, ежегодно рассматривается государственная программа «Развитие здравоохранения» и Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Отдельно было рассказано о возрастающей роли страховых медицинских организаций. Формируется аппарат страховых представителей - с середины текущего года в каждой страховой организации были открыты контакт-центры и «горячие линии», где обученные телефонные операторы отвечают на вопросы пациентов и дают информационные консультации по разным вопросам. «С 1 января 2017 года начнут работать страховые представители второго уровня. Это специальный аппарат, который осуществляет индивидуальное информирование, смс-оповещения о необходимости и сроках проведения диспансеризации и других видов профилактических осмотров, вакцинации, оповещения о диспансеризации – о том, в какую группу здоровья пациенты попали, о необходимости прохождения диспансерного наблюдения у того или иного специалиста. С 2018 года у нас начинается новый этап с подключением третьего уровня страховых представителей. Фактически, этап, направленный на мотивирование каждого застрахованного, и, следовательно, каждого пациента в нашей стране к ответственному отношению к своему здоровью», – заключила В.И. Скворцова.

В завершение своего выступления глава Минздрава поблагодарила участников обществ пациентов и НКО за их работу.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко в тексте своего приветствия отметила колоссальное влияние конгресса на принятие стратегических решений в сфере совершенствования и развития институтов государственных социальных гарантий нашим гражданам.

«Задачи системы обязательного медицинского страхования сегодня шире, чем просто финансирование медицинской помощи, - говорится в приветствии. - Все последние изменения в системе обязательного медицинского страхования ориентированы на пациента. Внедрение принципов пациентоориентирования и персонифицированного сопровождения каждого застрахованного – это качественный прорыв в совершенствовании механизмов защиты прав наших граждан, нуждающихся в медицинской помощи».

Н.Н. Стадченко констатировала, что сегодня полностью перестраивается алгоритм деятельности системы обязательного медицинского страхования. «Введенный в этом году институт страховых поверенных призван обеспечить оптимальную маршрутизацию пациентов, контроль выполнения профилактических и лечебных мероприятий, сопровождение и поддержку пациента на всех медицинских этапах. Новый формат информационного взаимодействия всех участников системы ОМС должен подтвердить, что центральное звено здравоохранения – пациент», – подчеркивается в приветственном слове.

В свою очередь, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Е.Н. Сучкова обратила внимание присутствующих на то, что развитие пациентоориентированной модели продолжается. «Безусловно, уже очень многое для этого сделано государством, медицинскими сообществами и общественными организациями, - сказала она. - И только нашими общими усилиями мы сможем и далее решать те сложнейшие социально значимые задачи, которые стоят сегодня перед здравоохранением, в числе которых - и развитие информационных технологий, и внедрение современных методов лечения».

УДК 614.2

Создание пациентоориентированной модели ОМС на основе применения современных информационных технологий

С.П. Трошин, И.Н. Легкова, К.В. Гавриленко
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края

С.П. Трошин

И.Н. Легкова

К.В. Гавриленко

Резюме

В данной публикации подведены итоги работы ТФОМС Ставропольского края по созданию в регионе единого информационного ресурса, предназначенного для информационного сопровождения застрахованных лиц и управления госпитализацией, а также некоторых других сервисов для застрахованных граждан и инструментов, необходимых для работы страховых представителей. Описан функционал программного обеспечения и особенности примененных технических решений, приведены результаты проведенных мероприятий.

Ключевые слова: защита прав застрахованных, страховой представитель, информационное сопровождение, информатизация, качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи, контакт-центр, личный кабинет пациента, специализированная медицинская помощь, плановая госпитализация, управление госпитализацией, сельская медицина, телемедицина, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Abstract

Creation of patient-oriented models of obligatory medical insurance based on the application of current information technologies

S.P. Troshin, I.N. Legkova, K.V. Gavrilenko
The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Stavropol Territory

This publication summarizes the results in the activity of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance (TFOMI) of the Stavropol territory in the creation of a unified regional information resource intended for an information support of insured persons and in the management of hospitalization and also other services for insured citizens and tools required for the work of insurance representatives. This article describes the functionality of the software and the features of the applied engineering solutions, as well as the results of the performed events.

Key words: protection of the rights for the insured persons, insurance representative, information support, informatization, quality of medical care, accessibility of medical care, contact center, personal account of patient, specialized medical care, planned hospitalization, management of hospitalization, rural medicine, telemedicine, mortality due to cardiovascular diseases.

Сегодня перед системой обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) стоят новые задачи: создание так называемой «пациентоориентированной» модели здравоохранения и развитие страховых принципов.

В чем же будет выражаться пациентоориентированность системы ОМС? В принципиально новом подходе к защите прав застрахованных и повышении ответственности страховых компаний.

Усовершенствовать работу страховых медицинских организаций в 2015 году поручил президент России Владимир Путин. Уже в 2017 году в нашей стране появится институт страховых представителей. Страховые поверенные или «менеджеры здоровья», как назвала их министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, будут консультировать и сопровождать пациентов на всех этапах оказания им медицинской помощи, включая диспансеризацию. При этом каждый застрахованный будет прикреплен к конкретному страховому представителю, так же, как и к врачу. По словам председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, в будущем каждый пациент будет знать имя и телефон своего поверенного.

Переход на новые пациентоориентированные принципы возможен только благодаря применению современных информационных технологий. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края, естественно, не остается в стороне от новшеств и преобразований. Еще в 2014–2016 годах мы реализовали ряд проектов, которые позволили усовершенствовать предоставление медицинской помощи пациентам и создать инструменты для работы страховых представителей.

В первую очередь усовершенствовано оказание самой ресурсоемкой медицинской помощи – стационарной. Повышение уровня ее доступности и качества должно обеспечиваться не за счет увеличения объемов ее предоставления и финансирования, а посредством оптимизации расходов и управления госпитализацией. При этом каждый, кто действительно нуждается в стационарной помощи, должен получить ее в оптимальные сроки.

Для реализации этой задачи ТФОМС СК в 2014 году был создан единый информационный ресурс, с помощью которого обеспечивается маршрутизация пациентов, нуждающихся в плановой стационарной помощи

Схема взаимодействия программных комплексов, эксплуатируемых в ТФОМС СК

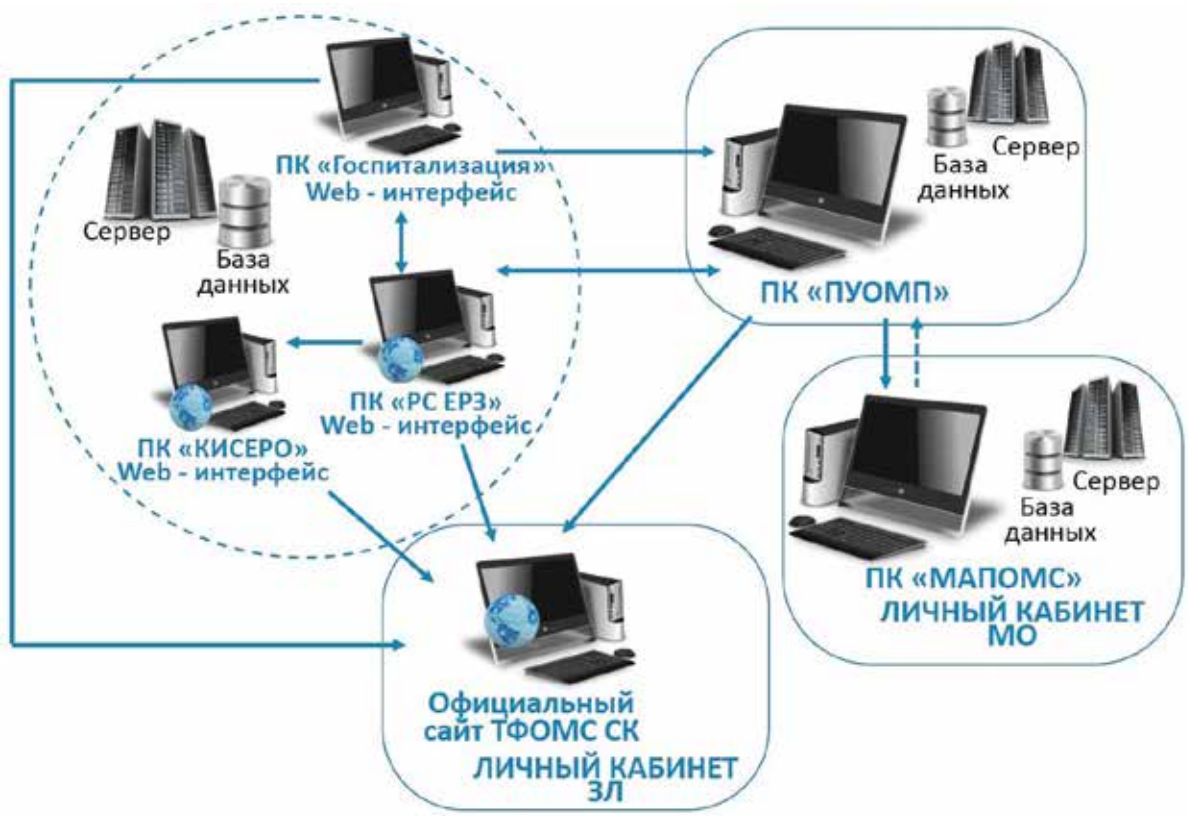
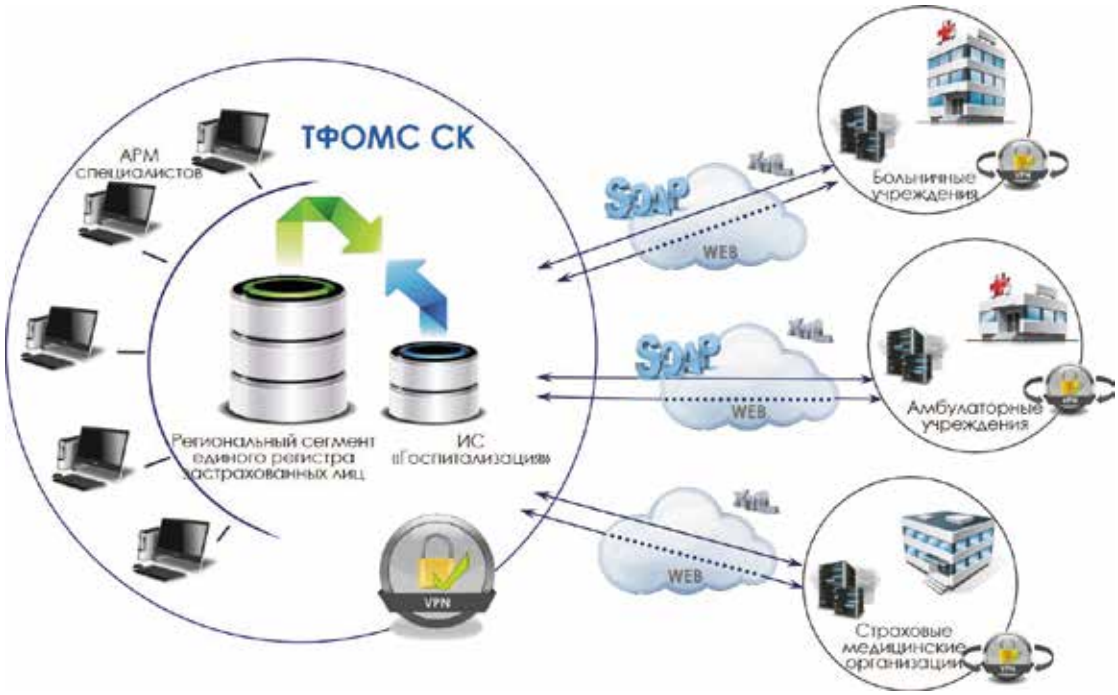
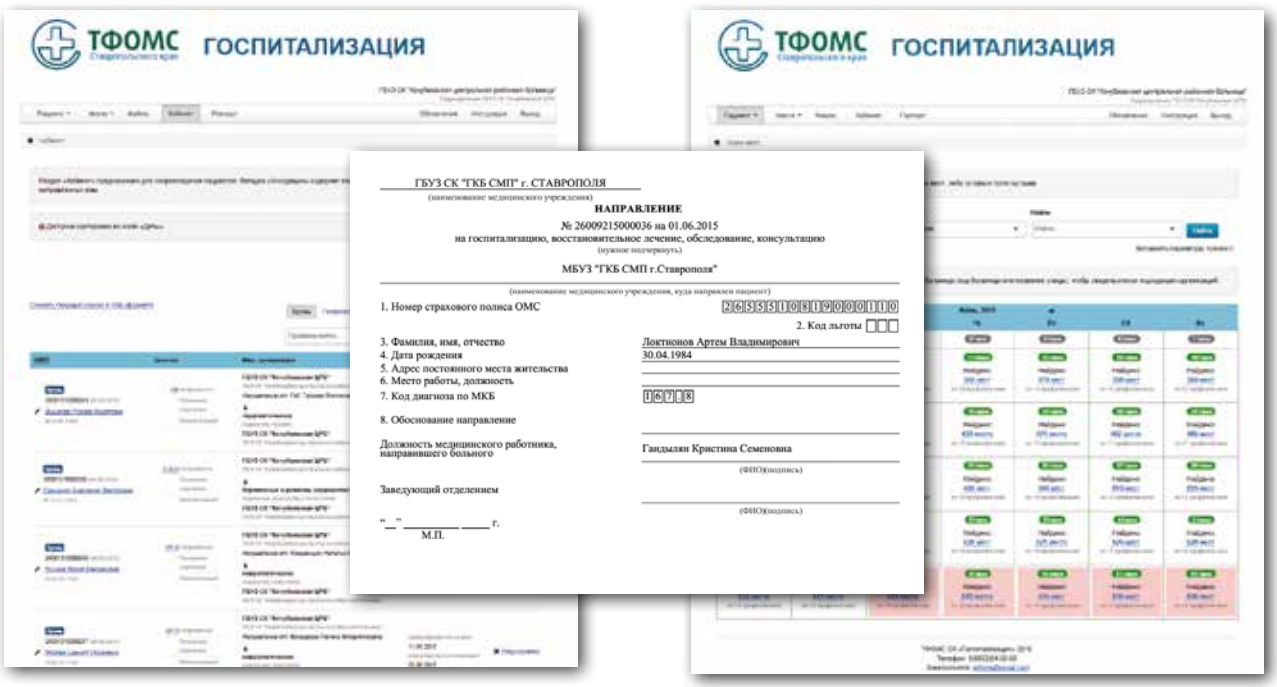


Схема информационного взаимодействия при госпитализации в стационар



(далее – ИС «Госпитализация»). Создавая систему информационного сопровождения застрахованных лиц, ТФОМС СК учитывал, что постоянная передача большого объема сведений в единое хранилище информации повлечет увеличение нагрузки на персонал медицинских учреждений. Поэтому территориальный фонд организовал единый ресурс, который позволяет обмениваться информацией в online-режиме и имеет потенциал дальнейшего развития.

Некоторые интерфейсы информационной системы «Госпитализация»

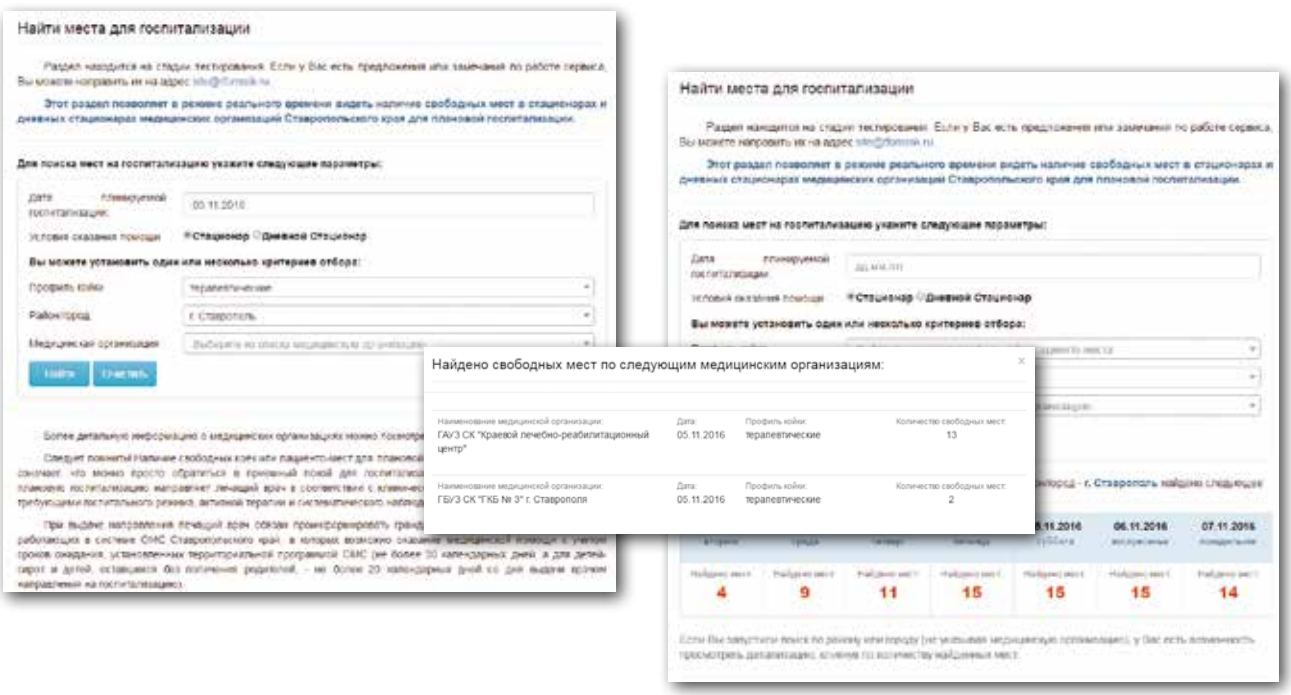


Пациент выбирает медицинскую организацию и дату госпитализации

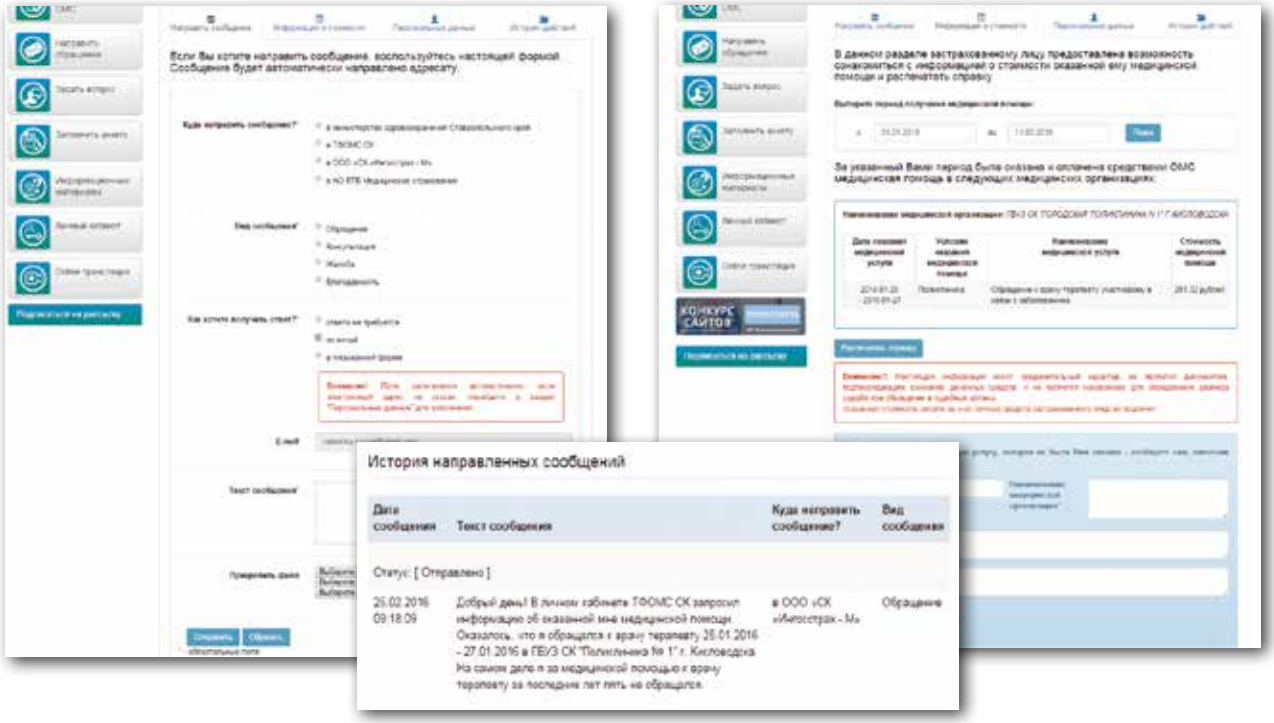
На тот момент ТФОМС СК уже обладал опытом оперативного создания и внедрения «облачных» решений при формировании и ведении глобальной базы данных, понимал перспективы и широкие возможности такой организации обмена данными (с 1 мая 2011 года посредством web-технологий в крае организована работа страховых агентов в базе данных фонда о застрахованных лицах при их регистрации и выдаче полисов).

Коротко о том, как работает ИС «Госпитализация». Основной интерфейс ресурса представляет собой «Ка-

Раздел «Найти места для госпитализации» на сайте фонда



Некоторые интерфейсы «Личного кабинета» застрахованного лица на сайте фонда



лендарь свободных коек», в котором отображается информация о свободном на текущий момент или искомую дату коечном фонде стационаров всего края. Оператор может производить отбор коек по целому ряду параметров, например, по интересующему профилю или учреждению. Кнопка «Поиск» выведет на экран компьютера календарь с отсортированной информацией. Нажимая на количество мест искомой даты, оператор вместе с пациентом выбирает медицинскую организацию и бронирует для него койку соответствующего профиля. То есть пациенту предоставлена реальная возможность выбрать стационар, в том числе за пределами населенного пункта, в котором он проживает. Например, в текущем году таких пациентов на 80% больше. При необходимости оператор может распечатать из системы направление и вручить его застрахованному. Информация о плановом пациенте сразу становится доступной стационару и страховой компании.

Страховой представитель в реальном времени может контролировать соблюдение прав застрахованных. Встроенная в ресурс система мониторинга позволяет анализировать госпитализацию. На сегодняшний день сведены к минимуму случаи превышения сроков ожидания плановой госпитализации, по всем таким фактам оперативно проводится проверка. При необходимости страховая компания может аннулировать госпитализацию – снять бронь или перенести дату госпитализации по обращению застрахованного лица.

Чтобы заинтересовать медицинские организации в этой работе, реализованы механизмы, упрощающие их взаимодействие при госпитализации пациентов. Так, для руководителей медицинских организаций создан сервис «Кабинет», в котором предусмотрены инструменты для управления нагрузкой коечного фонда. В «Кабинете» можно не просто просматривать статистику направлений на госпитализацию и самой госпитализации, но и загружать информацию, необходимую для анализа их обоснованности, оптимизации оборота койки.

После достижения первоначально поставленных целей ТФОМС СК приступил к дальнейшему совершенствованию ресурса: создал подсистему для контроля за организацией оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара. В апреле 2016 года подсистема «Дневной стационар» была внедрена в крае, а в сентябре усовершенствована модулем «Диализ», учитывающим различные схемы оказания услуг по медицинскому диализу и следующие им особенности графика занятости пациенто-мест.

В итоге ТФОМС СК удалось создать и внедрить востребованную информационную систему, обеспечивающую реализацию права застрахованного лица на выбор медицинской организации, достоверное планирование

Схема технологического построения «Комплексной информационной системы единой регистрации обращений»

госпитализации и гарантированное бронирование мест, что препятствует коррупционным проявлениям в здравоохранении. ИС «Госпитализация», объединив в единую систему защищенного обмена информацией все поликлиники, стационары и страховые компании, позволила создать базу данных оперативной информации о выполнении территориальной программы ОМС, улучшить показатели ее реализации в крае.

На основе вышеописанного ресурса в октябре 2016 года был развернут сервис «Найти места для госпитализации». Каждый, кто зашел на наш сайт, может посмотреть, какие места в стационарах и в дневных стационарах края свободны. Бесспорно, наличие свободных коек или пациенто-мест не означает, что можно просто обратиться в приемный покой для госпитализации, но доступная информация о реальной занятости коек и пациенто-мест позволяет застрахованному занимать более активную позицию при решении вопроса о выборе медицинской организации.

На сайте фондом реализованы и другие сервисы для застрахованных граждан. Здесь можно получить всю необходимую информацию об ОМС и контактах специалистов, которые будут сопровождать граждан при оказании медицинской помощи, распечатать листовки – помощники при реализации прав застрахованных. Если необходимо, можно заполнить анкету или направить обращение, проверить полис или задать вопрос в форуме, который пользуется особенной популярностью.

Для информирования граждан о затратах государства на оказание им медицинской помощи, выявления «приписок» медуслуг, которые пациенты на самом деле не получали, с 1 января 2016 года на сайте ТФОМС СК работает «Личный кабинет застрахованного лица». Этот сервис не только формирует справки об оплаченной за счет средств ОМС помощи, но и упрощает процедуру обращения граждан в компетентные ведомства для защиты их прав. Аутентификация посетителей «Личного кабинета» выполняется посредством используемой для предоставления государственных и муниципальных услуг системы (ЕСИА). Поэтому не выходя из дома, пользователь может направить сообщения в региональный минздрав, в территориальный фонд и в свою страховую компанию. Оперативная и доступная «обратная связь» с гражданами позволяет выявить критичные точки – приоритеты, которые определяют программу дальнейшего развития регионального здравоохранения.

С 1 июня 2016 года заработал единый Контакт-центр ОМС, программный комплекс которого – также собственная разработка сотрудников фонда на основе web-технологий. Этот сервис не только упрощает обращение граждан за помощью к специалистам в сфере ОМС, но позволяет фонду контролировать и оперативно реаги-

Единая система телемедицинских электрокардиографических консультаций в Ставропольском крае

ровать на все факты формального подхода страховых компаний к работе с жалобами и обращениями застрахованных лиц.

К октябрю 2016 г. фондом дополнительно внедрены модули «Телефонный опрос» и «Диспансеризация». Функционал «Диспансеризация», например, на основе списков лиц, подлежащих диспансеризации и профилактическим осмотрам, предоставленных поликлиниками, при наличии в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц контактного телефона формирует для оператора Контакт-центра перечень граждан, которым необходимо позвонить и пригласить пройти диспансеризацию или профилактику.

В заключении хотелось бы рассказать еще об одном проекте, который фонд реализовал совместно с Министерством здравоохранения Ставропольского края. Учитывая неравномерность распределения кардиологических отделений на территории Ставропольского края, отсутствие кардиологов на амбулаторном приеме в ряде районов края, повсеместное преобладание фельдшерских бригад на станциях скорой медицинской помощи, была проведена работа по внедрению системы дистанционной передачи данных электрокардиографии (далее – ЭКГ), своевременной диагностики неотложных состояний в кардиологии и широкого внедрения тромболизисной терапии на догоспитальном этапе.

В 2015 году созданная в 2012-2013 годах система телемедицинских консультаций при оказании скорой помощи была дополнена первичным звеном. Оборудованием теле-ЭКГ отечественной разработки были оснащены 269 врачебных амбулаторий, участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, а также 78 бригад скорой медицинской помощи. Организована деятельность 26 первичных дистанционно-диагностических центров на базе центральных районных больниц, 5 дистанционно-консультативных пунктов в структуре станций скорой медицинской помощи и 2 экспертных – в краевой клинической больнице и краевом кардиологическом диспансере. В 2016 году за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС СК оснащено еще 161 медицинское подразделение, расположенное в сельской местности.

Единая система дистанционной передачи и анализа ЭКГ позволяет врачам стационаров районных больниц в online-режиме – в сложных случаях – проконсультироваться с экспертами краевых учреждений. Благодаря этому региональная медицина вышла на совершенно

новый уровень в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а появление на пороге дома фельдшера с небольшим чемоданчиком уже спасло жизни многим пациентам.

Внедрение перечисленных проектов позволило существенно повысить качество и доступность бесплатно предоставляемой населению края медицинской помощи, увеличить эффективность ее оказания – то есть приблизиться к тому состоянию, при котором комфортно будут себя чувствовать и пациент, и медицинский работник.

Для корреспонденции:

Трошин Сергей Петрович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края
Тел.: (8652) 94-11-25, факс (8652) 94-11-24, e-mail: info@tfomssk.ru

Легкова Инна Николаевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края (в сфере информатизации ОМС)
Тел.: (8652) 94-11-30, 94-11-44 (доб. 262), e-mail: legkova@tfomssk.ru

Гавриленко Константин Валентинович – начальник управления информационно-аналитических технологий Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края
Тел.: (8652) 94-11-47, 94-11-44 (доб.223) e-mail: gavrilenko@tfomssk.ru

Адрес: 355004, г. Ставрополь, ул. Мира, 267, сайт: www.тфомсск.рф

For correspondence:

Sergey P. Troshin – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Stavropol territory.
Tel.: (8652) 94-11-25, Fax: (8652) 94-11-24, e-mail: info@tfomssk.ru

Inna N. Legkova – Deputy Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Stavropol territory (in the sphere of OMI informatization).
Tel.: (8652) 94-11-30, 94-11-44 (доб. 262), e-mail: legkova@tfomssk.ru

Konstantin V. Gavrilenko – Head of the Department for Informational Analytic Technologies of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Stavropol territory
Tel.: (8652) 94-11-47, 94-11-44 (add. 223) e-mail: gavrilenko@tfomssk.ru

Address: Ul. Mira 267, Stavropol, 355004, site: www.тфомсск.рф

УДК 614.2

Обеспечение доступности и качества медицинской помощи женщинам в период беременности в негосударственных медицинских организациях на территории Красноярского края

С.В. Козаченко[1], А.В. Павлов[2], М.А. Катаева[3]
[1]Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края;
[2]ККККЦОМД «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;
[3]ООО Семейная клиника «Арника»

С.В. Козаченко

А.В. Павлов

М.А. Катаева

Резюме

Представлен опыт работы по взаимодействию государственных и негосударственных медицинских организаций при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования. Показана трехуровневая система перинатального мониторинга, реализованная на территории Красноярского края.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи, программа «Пренатальный мониторинг», государственно-частное партнерство в сфере предоставления медицинских услуг «ведение беременности», организационно-правовое регулирование, соглашение.

Abstract

Ensuring the availability and quality of medical care to women during pregnancy in non-state medical institutions of Krasnoyarsk territory

S.V. Kozachenko[1], A.V. Pavlov[2], M.A. Katayeva[3]
[1]The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Krasnoyarsk Territory;
[2]The Krasnoyarsk Territorial Clinical Center of Protection for Motherhood and Childhood;
[3]The Family Clinic "Arnika" Ltd.

The article presents the experience of an interaction between the state and private medical organizations in the provision of medical care to women during the pregnancy, insured in the system of obligatory medical insurance. The paper shows a three-level system of peri-natal monitoring implemented in the territory of Krasnoyarsk region.

Key words: availability and quality of medical care, the program "Prenatal Monitoring," state-private partnership in the provision of medical services "management of pregnancy", the legal regulation, agreement.

Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства (Перинатальный центр)

Повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам в период беременности и родов является одной из приоритетных задач системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения в целом. Важную роль в снижении материнской и младенческой смертности играет своевременное выявление факторов риска развития осложнений беременности и принятие решений по тактике ведения женщин, позволяющих качественно организовать родовспомогательную функцию, сохранив жизнь матери и ребенка.

В 2011–2013 годах в медицинских организациях системы обязательного медицинского страхования Красноярского края была внедрена трехуровневая система перинатального мониторинга с информационно-аналитической поддержкой принятия совместных решений экспертом и лечащим врачом (далее программа «Пренатальный мониторинг»).

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. По совокупности факторов, имеющихся у беременных женщин, определяется принадлежность к группе риска: низкой, средней, высокой. Порядком оказания медицинской помощи предусматривается дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин групп среднего и высокого риска специалистами межрайонных центров и краевого перинатального центра, соответственно. Общая схема взаимодействия участников процесса динамического наблюдения представлена на *рис. 1*.

Врач женской консультации при постановке на диспансерное наблюдение женщины в период беременности заносит в систему перинатального мониторинга формализованную историю болезни (далее ФИБ) и набор данных о состоянии пациента для определения группы риска.

При выявлении женщины группы среднего и высокого риска врач женской консультации ставит пациента на диспансерное динамическое наблюдение и в дальнейшем ведет ее совместно со специалистами межрайонного центра или краевого перинатального центра.

Врач межрайонного центра или краевого перинатального центра, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение беременной женщины, на основании информации из ФИБ дает необходимую консультацию и рекомендации лечащему врачу (гинекологу женской консультации) по дальнейшей тактике ведения женщины

Рис. 1. Трехуровневая система перинатального мониторинга в Красноярском крае

с учетом клинической ситуации, указывает дату и время следующей консультации. При ухудшении клинической ситуации и переходе женщины из группы среднего риска в группу с высоким риском динамическое наблюдение беременной передается в краевой перинатальный центр.

На основании данных ФИБ и группы риска принимается решение о сроках и месте родоразрешения.

Информационная система «Перинатальный мониторинг» является региональной трехуровневой системой поддержки принятия врачебных решений. В июле 2016 года к системе перинатального мониторинга присоединились 5 частных медицинских организаций.

В последнее время на территории края женщины в период беременности все чаще выбирают для диспансерного наблюдения частные медицинские организации, по всей вероятности, за высокий уровень сервисной составляющей, наличия различных программ «удобного» обслуживания и профилактической работы. Так, по данным статистического наблюдения, в 2014 году в частных клиниках наблюдалось 462 женщины, в 2015 году – 1363, в 2016 году (по состоянию на 01.10.2016) – 1232.

Важно отметить, оказание акушерско-гинекологической помощи является одним из приоритетов современного здравоохранения, правовая регламентация которой осуществляется в том числе Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также принятыми во исполнение его иными подзаконными нормативно-правовыми актами. Вместе с тем, необходимо обратить особое внимание на недостаточность нормативной регламентации правоотношений, возникающих при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности частными медицинскими организациями. Так, отсутствие законодательно закрепленной обязанности негосударственных медицинских организаций участвовать в системе перинатального мониторинга с использованием программы «Пренатальный мониторинг» не позволяет обеспечить полноценный информационный обмен на всех этапах оказания медицинской помощи в системе здравоохранения, а как следствие – препятствует реализации прав застрахованных женщин в системе обязательного медицинского страхования на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь.

Цель

Определить механизмы, позволяющие повысить доступность и качество медицинской помощи женщинам в период беременности, оказываемой частными медицинскими организациями.

Актуальность проблемы обусловлена следующим. В городе Красноярске лицензию на предоставление медицинской услуги «ведение беременности» имеют 22 медицинские организации частной формы собственности. В 2015 году в частной системе здравоохранения наблюдались в период беременности 1363 женщины, что составило 8,5% от общего числа беременных в указанном муниципальном образовании. Анализ формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» показал, что у 901 (60%) беременной женщины в процессе диспансерного наблюдения

Работа с новорожденными

Операционная Перинатального центра

были выявлены 1010 различных заболеваний. Так, соматическую патологию имели 575 беременных женщин, что составило 63,8% от числа заболеваний, имеющихся у беременных женщин, акушерские осложнения – 267 (29,6%). Патология состояния плода установлена у 59 (6,5%) женщин, из них у 9 (15,2%) врожденные пороки развития плода.

В целом 33,8% беременных женщин имели среднюю и высокую группы риска перинатальной патологии. Специалисты центра охраны материнства и детства сведений о данной категории женщин не имели, так как частные организации не участвовали в государственной системе перинатального мониторинга.

В целях защиты прав и законных интересов женщин в период беременности 12 ноября 2015 года Общественный Совет при КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» под председательством директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования принял решение о разработке порядка взаимодействия государственных и частных медицинских организаций.

Предварительная работа по разработке соответствующего порядка велась в течение нескольких месяцев. Была создана рабочая группа, включающая специалистов Министерства здравоохранения Красноярского края, ТФОМС Красноярского края, Краевого клинического центра охраны материнства и детства, представителей частных медицинских организаций, специалистов Красноярского краевого информационно-аналитического центра, главных врачей родильных домов и страховых медицинских организаций. Координатором проекта выступил Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края.

В результате совместной работы было принято решение о необходимости организации взаимного сотрудничества между медицинскими организациями различных форм собственности путем заключения гражданско-правового Соглашения о взаимодействии сторон. Подписание такого документа состоялось 24 июня 2016 года в краевом клиническом центре охраны материнства и детства.

В настоящее время «Соглашение о взаимодействии между государственными и негосударственными медицинскими организациями Красноярского края» (далее Соглашение) имеет трехсторонний характер. Участники обладают правами и обязанностями, направленными на обеспечение доступности и качества акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности. Единая государственная система перинатального мониторинга, являющаяся одним из направлений взаимодействия участников Соглашения, позволяет врачам Красноярского краевого клинического центра охраны

Заседание Общественного Совета. Козаченко С.В., председатель Общественного Совета

Члены Общественного Совета

материнства и детства проводить дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин групп среднего и высокого риска, которые наблюдаются в частных медицинских организациях. В случае риска развития осложнений беременности специалисты перинатального центра оказывают необходимую медицинскую помощь, в том числе и высокотехнологичную.

За период с июня по ноябрь 2016 года Соглашение подписали 11 (50%) частных клиник, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности. Из них в программе «Пренатальный мониторинг» работают пять организаций. Остальные проводят необходимые подготовительные работы, в том числе по установке соответствующего программного обеспечения, защищенных электронных каналов связи, обучению персонала и др.

На сегодняшний день в частной системе здравоохранения в программе «Пренатальный мониторинг» наблюдаются 349 беременных женщин.

Группа низкого риска установлена у 128 беременных женщин, что составило 36,7%, среднего риска у 102 (29,2%). Группу высокого риска имеют 119 (34,1%) беременных женщин.

Выводы

1. Соглашение о взаимодействии между государственными и негосударственными медицинскими организациями Красноярского края позволяет установить правовую регламентацию, обязывающую частные медицинские организации обеспечить оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в трехуровневой системе перинатального мониторинга в Красноярском крае.

2. Ведение женщин в период беременности в программе «Пренатальный мониторинг» дает специалистам перинатального центра возможность дистанционного динамического наблюдения беременных женщин, оперативного контроля и управления всеми разделами работы врачей акушеров-гинекологов частных медицинских организаций. Позволяет анализировать полученные клинические результаты, своевременно выявлять патологию у беременных женщин и принимать меры по обследованию и лечению и, как следствие, повышать качество диспансерного наблюдения женщин во время беременности, последующих родов, послеродового периода и здоровья новорожденного.

3.Соглашение о взаимодействии является:

- инструментом защиты прав и законных интересов женщин в период беременности на получение медицинской помощи в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;
- регулятором медико-правовых вопросов в оказании акушерско-гинекологической помощи, законодательно не урегулированных;
- защитой прав врача, который в рамках программы «Пренатальный мониторинг» должен быть обеспечен всеми необходимыми ресурсами, в том числе информационными, для надлежащего выполнения порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;
- положительным эффектом поддержания и укрепления концепции государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Красноярского

края, направленного на обеспечение доступности и качества медицинской помощи лиц, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.

Принимая во внимание вышеизложенное, в целях обеспечения единства правового пространства участников системы обязательного медицинского страхования вне зависимости от формы собственности, реализации прав и законных интересов граждан на получение доступной, качественной и своевременной акушерско-гинекологической помощи, полагаем обоснованной необходимость дальнейшего совершенствования законодательного регулирования, в том числе по вопросам диспансерного наблюдения женщин в период беременности и роли частной системы здравоохранения в реализации указанных мероприятий. Приведенный пример заключения Соглашения о взаимодействии между государственными и негосударственными медицинскими организациями Красноярского края является эффективным, но недостаточным способом устранения пробела в правовой регламентации соответствующих правоотношений. На современном этапе развития системы обязательного медицинского страхования очевидна потребность в решении указанных вопросов на законодательном уровне как способе системного, общеобязательного, обеспеченного мерами ответственности регулирования правоотношений в сфере охраны здоровья граждан.

Литература

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско- гинекологической практике // Медицинское право.2012.№ 6.
2. Ковалевский С.М. Правовые и организационные проблемы предоставления акушерско-гинекологической помощи. // Здравоохранение. 2015.№ 10.
3. Постановление Правительства Красноярского края от 13.07.2009 №359-п «Об утверждении типового положения об общественном совете при краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения».
4. Приказ Минздрава России от 01.10.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
5. Приказ Министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг.
6. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года»// Российская газета. Федеральный выпуск. 2009. №4912. 19 мая.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». // М.,2011.

Для корреспонденции:

Козаченко Сергей Витальевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края
Тел.: (391) 256-69-01, факс: (391) 256-69-47, e-mail:office@krasmed.ru
Адрес: 660021, г.Красноярск, ул.Копылова, 2 б.

Павлов Андрей Владимирович – главный врач Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства
Тел.:(391) 222-02-66, факс: (391) 243-97-76, e-mail:kkkc@pericentr.ru
Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2 а.

Катаева Мария Александровна – директор ООО «Семейная клиника “Арника”»
Тел.: (391) 299-88-88, факс: (391) 299-88-89, e-mail:arnika06@bk.ru
Адрес: 660021, г. Красноярск, ул. Красная площадь, 9 а

For correspondence:

Sergey V. Kozachenko – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Krasnoyarsk Territory
Tel.: (391) 256-69-01, Fax: (391) 256-69-47, e-mail:office@krasmed.ru
Address: Ul. Kopylova 2”b”, Krasnoyarsk, 660021.

Andrey V. Pavlov – Chief Physician of the Krasnoyarsk Territorial Clinical Center of Protection for Motherhood and Childhood
Tel.:(391) 222-02-66, Fax: (391) 243-97-76, e-mail:kkkc@pericentr.ru
Address: Ul. Akademika Kirenskogo 2”a”, Krasnoyarsk, 660074.

Maria A. Katayeva – Director of the Family Clinic «Arnika» Ltd.
Tel.: (391) 299-88-88, Fax: (391) 299-88-89, e-mail:arnika06@bk.ru
Address: Ul. Krasnaya ploscad 9 “a”, Krasnoyarsk, 660021.

УДК 614.2

Реализации проекта «Новая скорая и неотложная помощь» в Вологодской области

И.Б. Симкина[1], И.Н. Маклаков[2]
[1] Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области;
[2] Департамент здравоохранения Вологодской области

И.Б. Симкина

И.Н. Маклаков

Резюме

В статье подведены основные итоги работы Вологодской области по реализации федерального проекта «Новая скорая и неотложная помощь». Представлена система мер, статистические данные, последовательность шагов по исполнению нормативно-правовых актов. Выявляется тенденция к повышению качества оказания услуг скорой медицинской помощи. Значительная роль при этом отводится обновлению автопарка на условиях государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: качество медицинского обслуживания, автомобили скорой медицинской помощи, выездные бригады, транспортная услуга, аутсорсинг.

Abstract

Implementation of the project "A new emergency and urgent assistance" in the Vologda region
I.B. Simkina[1], I.N. Maklakov[2]
[1]The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Vologda region
[2]The Health Department of the Vologda region.

The article summarized the main results of the work in the realization of the federal project "A new emergency and urgent assistance" in the Vologda region. The paper presents a system of measures, statistical data, a sequence of steps in the execution of legal acts. The paper reveals a tendency to an improvement of quality of rendering of emergency medical services. A significant role is given to update the vehicle fleet on conditions of public-private partnerships.

Key words: quality of medical services, ambulance cars, mobile teams, transportation, outsourcing.

По афоризму, приписываемому известному историку В.О. Ключевскому, «у хорошего доктора лекарство не в аптеке, а в его собственной голове». Сейчас уже можно добавить, что этот кладезь опыта и знаний ещё требуется оперативно доставить к пациенту. И хотя дальнейшее изложение будет с вкраплениями статистики и расчетов, это – живая история маленьких шагов, скрытая за сухой суммой чисел.

Губернатор Вологодской области О.А. Кувшинников в октябре 2013 года подписал с автономной некоммерческой организацией «Агентство инвестиций в социальную сферу» соглашение, направленное на полное обновление регионального автопарка службы скорой помощи в течение 5 лет на условиях государственно-частного партнерства. Планировалось, что это позволит повысить качество медицинского обслуживания, удовлетворить потребности лечебных учреждений в необходимом транспорте. На протяжении нескольких лет через взаимодействие разных структур формировался предварительный итог всех проводимых мероприятий.

На первом этапе реализации проекта были задействованы БУЗ ВО «Вологодская станция скорой медицинской помощи» и БУЗ ВО «Череповецкая станция скорой медицинской помощи». По итогам проведенного в декабре 2013 года совместного аукциона для двух городов заключены договоры с ООО «Эффективная система здравоохранения» на оказание транспортных услуг в течение 3 лет (с 1 января 2014 года по 1 января 2017 года). Были получены 20 автомобилей скорой медицинской помощи класса «В» в Вологде (сумма договора на услугу транспорта 12 автомобилей – 86 млн рублей) и в Череповце (сумма договора на услугу транспорта 8 автомобилей – 57 млн рублей). Данное мероприятие позволило обновить автопарк городских станций на 30%. С этой точки началась положительная динамика.

Уже на втором этапе реализации проекта на аутсорсинг была передана транспортная услуга оставшегося парка автомобилей станций скорой медицинской помощи в объеме 40 автомобилей скорой медицинской помощи. Был получен транспорт различного класса: «А», «В» и «С».При этом общее количество поступивших автомобилей распределилось следующим образом: 16 – для Вологды и 24 – для Череповца. По итогам совместного аукциона в конце 2014 года заключены контракты на оказание транспортных услуг в течение более 2-х лет (с 1 октября 2014 года по 1 января 2017 года) на сумму 101 млн рублей для Вологды и 152 млн рублей для Череповца.

В настоящее время реализован и третий этап проекта. В августе 2015 года заключены контракты на оказание комплексных услуг по обеспечению деятельности учреждений скорой медицинской помощи (транспортная услуга) с ООО «Эффективная система здравоохранения» в количестве 28 автомобилей на сумму 186 млн руб. (с 1 октября 2015 года по 1 января 2018 года). Новые автомобили поступили в семь центральных районных больниц Вологодской области.

По словам губернатора области О.А. Кувшинникова, «Вологодская область стала первым регионом, который подключился к реализации этого проекта. Новые санитарные машины позволили полностью покрыть текущие потребности больниц в дежурных и резервных автомобилях и, самое главное, сократить время в пути к пациенту». В критических случаях дорога каждая минута. Именно поэтому нами заостряется внимание на этом критерии.

Здание Правительства Вологодской области

По результатам реализации проекта в Вологде и в Череповце достигнуты следующие показатели:

1) среднее время ожидания бригады скорой медицинской помощи сократилось на 1,6 мин.;
2) количество случаев несвоевременного прибытия (более 20 минут) бригад скорой помощи до пациентов сократилось на 5%;
3) уровень заработной платы водителей вырос на 1,4%.

Достижения на этом не закончились. На территории Вологодской области в период с 2014 по 2016 гг. в рамках реализации проекта были обновлены 79 автомобилей скорой медицинской помощи без учета резервного автопарка. Общее количество дежурных бригад на территории региона составляет 125 единиц. Сегодня порядка 60% от общего объема услуг предоставляется с использованием автотранспорта частного оператора.

Губернатор Вологодской области О.А. Кувшинников передает реанимобили в отдалённые районы Вологодской области

Разумеется, всё это требовало экономических и бюджетных ресурсов. Единицей измерения объема транспортной услуги является стоимость одного транспортного машино-часа. При её расчете за основу брался фактически сложившийся на станции скорой помощи уровень расходов на транспортную составляющую за предыдущие периоды (2012-2013 гг.). По результатам анализа финансово-хозяйственной деятельности станций скорой помощи была рассчитана себестоимость 1 машино-часа, включающая в себя следующие статьи расходов:

- заработную плату водителей, включая все дополнительные надбавки, материальную помощь и прочие выплаты стимулирующего характера;
- заработную плату административно-управленческого персонала, ответственного за транспорт;
- заработную плату работников ремонтно-механических мастерских (при наличии);
- начисления на заработную плату и другие налоги;
- горюче-смазочные материалы;
- ремонт и техническое обслуживание;
- оплату коммунальных услуг в помещениях, связанных с транспортной функцией;
- прочие расходы, связанные с эксплуатацией автомобилей скорой медицинской помощи, кроме амортизационных отчислений.

Фактически сложившийся уровень расходов в различных муниципальных образованиях существенно отличается в связи с географическими характеристиками и распределением населения на территории обслуживания, качеством дорожного покрытия, среднегодового пробега автомобилей и иными факторами.

В цену коммерческого предложения (при формировании начальной (максимальной) цены контракта на оказание услуг с целью подготовки документации на закупку) включается амортизационная составляющая. В итоге общая сумма контрактов всех этапов составила 584 млн рублей, а средняя цена машино-часа по трем этапам проекта составляет 306 рублей.

Отдельно надо отметить рентабельность коммерческого оператора. При исполнении контракта она формируется за счет экономии, получаемой при оптимизации статей расходов на горючее, ремонт, закупку расходных материалов и прочее. Фонд оплаты труда водителей и налоговые отчисления не являются предметом оптимизации при реализации проекта.

При расчете тарифа на второй и последующие годы проекта использовался индекс-дефлятор, величина которого существенно ниже сложившегося уровня роста индекса потребительских цен на территории РФ.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств обязательного меди-

Начальник Департамента здравоохранения Вологодской области И.Н. Маклаков показывает губернатору области О.А. Кувшинникову оснащённость автомобиля

цинского страхования. В соответствии с «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2016 год», утвержденной Постановлением Законодательного Собрания Вологодской области 27 января 2016 года, оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с федеральными нормативами. Дополнительный тариф за счет средств ОМС не устанавливался.

Главный врач БУЗ Вологодской области «Верховажская центральная районная больница» Н.Н. Попов принимает автомобиль скорой помощи

Реализация федерального проекта «Новая скорая и неотложная помощь» позволит решить стратегические задачи здравоохранения посредством создания единой транспортной и диспетчерской службы скорой медицинской помощи области, а также, в условиях дефицита областного бюджета, существенно обновить автопарк медицинской помощи, сократить время в пути к пациенту, сведёт к минимуму количество поломок автомобилей.

Для корреспонденции:

Симкина Ирина Борисовна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области
Адрес: 160017, г. Вологда, Тепличный микрорайон, 8а
Тел.: 8(8172)71-77-05, e-mail: postmaster@oms35.ru

Маклаков Игорь Николаевич – начальник Департамента здравоохранения Вологодской области
Адрес: 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, 19
Тел.:8(8172)23-00-70, e-mail: vologdauso@gov35.ru

For correspondence:

Irina B. Simkina – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Vologda region.
Address: Teplichny mikrorayon 8a, Vologda, 160017,
Tel.: 8(8172)71-77-05, e-mail: postmaster@oms35.ru.

Igor N. Maklakov – Head of the Health Department of the Vologda region.
Address: Ul. Predtechenskaya 19, Vologda, 160000,
Tel.: 8(8172)23-00-70, e-mail: vologdauso@gov35.ru.

УДК 614.2

В чём польза обязательного медицинского страхования?

Д.Ю. Кузнецов[1,2], А.А. Старченко[3]
[1] Межрегиональный Союз Медицинских Страховщиков;
[2] Всероссийский союз страховщиков;
[3] ООО «РОСГОССТРАХ-Медицина»

Д.Ю. Кузнецов

А.А. Старченко

Резюме

В статье тезисно излагаются ответы на вопросы о роли страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования и перспективном развитии самой системы, активно обсуждаемые в последнее время на дискуссионных площадках различного уровня и волнующие широкий круг как руководителей профессиональных медицинских объединений, клиник, так и рядовых практических врачей, а также и их пациентов.

Ключевые слова: система отечественного здравоохранения, обязательное медицинское страхование (ОМС), страховые медицинские организации (СМО), экспертная деятельность СМО, пациентоориентированная система ОМС.

Abstract

What is an advantage of the obligatory medical insurance?
D.Y. Kuznetsov[1,2], A.A. Starchenko[3]
[1] The Interregional Union of Medical Insurer; [2] The All-Russian Union of Insurers; [3] The ROSGOSSTRAKH-Medicine Ltd.

The article briefly presents the answers to questions about the role of the insurance medical organizations in the obligatory medical insurance (OMI) system and in the future development of the system itself, actively discussed recently on the forums of various levels the questions concern a wide circle both leaders of professional medical associations, clinics, and ordinary practitioners as well as their patients.

Key words: system of national health care, obligatory medical insurance (OMI), the insurance medical organization (IMO), expert activities of the IMO, patient-oriented OMI system.

Система оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации, да вся система отечественного здравоохранения находится в последнее время в зоне особого, пристального внимания, причем не только со стороны руководства государства, законодателей, общественно-политических объединений, медиков, но и простых граждан.

Учитывая этот факт, хотелось бы тезисно сформулировать ответы на некоторые злободневные вопросы, волнующие широкий круг как руководителей профессиональных медицинских объединений, клиник, так и рядовых практических врачей и их пациентов.

Что дает система обязательного медицинского страхования медучреждению и врачу?

1. Экспертная деятельность страховых медицинских организаций (СМО) в системе ОМС для медицинских организаций (МО) представляет собой безвозмездный независимый системный профессиональный аудит медицинской помощи, оказываемой пациентам, и реализует принцип «обратной связи» для принятия управленческих решений по совершенствованию качества медицинской помощи.

Для надлежаще работающих в системе ОМС МО это инструмент, позволяющий по итогам отчетного периода аргументированно и доказательно требовать увеличения объемов от тарифных комиссий, так как это требование подтверждено актами экспертизы СМО, свидетельствующими о возможностях МО реализовать увеличенные объемы при надлежащем качестве медицинской помощи. СМО заинтересованы в том, чтобы их застрахованные получали медицинскую помощь исключительно в тех МО, которые по результатам экспертизы качества демонстрируют высокую степень доступности при надлежащем качестве медуслуг.

2. Экспертная деятельность СМО - инструмент защиты прав рядовых медицинских работников при ненадлежащем менеджменте в МО, допускающем отсутствие в распоряжении рядового лечащего врача необходимых ресурсов. В этом случае СМО авторитетно и профессионально перекладывает ответственность с невиновного необеспеченного ресурсами рядового врача на плечи руководства, допустившего ресурсную недостаточность в МО.

3. Экспертная деятельность СМО - инструмент справедливости в оценке труда и материальной мотивации для рядовых медицинских работников, осуществляющих свою деятельность без дефектов медпомощи, также является основанием для применения санкций в отношении медработников, допустивших дефекты в оказании медицинской помощи.

4. Экспертная деятельность СМО - инструмент гражданского общества. Она способствует формированию в сфере здравоохранения между всеми субъектами адекватных гражданских правоотношений. Профессионал-эксперт СМО предъявляет профессионалу-врачу допущенные им дефекты в профессиональном споре, а результатом является профессиональный консенсус, на основе которого МО вправе выплатить в досудебном порядке пострадавшему пациенту возмещение вреда. В этом суть гражданских правоотношений.

Альтернативой таким гражданским правоотношениям СМО и МО является уголовный процесс, отличающийся отсутствием возможности профессионального консенсуса.

5. Экспертная деятельность СМО – инструмент для принятия управленческих решений органом управления здравоохранением субъекта РФ.

Что дает система обязательного медицинского страхования пациентам?

1. Экспертная деятельность СМО представляет собой независимый инструмент защиты прав пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества и восстановление их прав и законных интересов при возникновении споров с МО по поводу ненадлежащего качества оказанной помощи и причинения вреда здоровью и жизни в процессе ее получения.

Финансовая устойчивость СМО – главный фактор независимости и объективности эксперта в системе ОМС. Основным гарантом независимости и объективности эксперта является финансовая устойчивость и независимость от местных органов власти страховой медицинской организации. Чем СМО финансово более устойчива, чем больше застрахованных из большего числа субъектов РФ отдали ей предпочтение, тем больше социальная база и опора этой страховой компании, тем больше возможностей привлекать разных экспертов к работе, тем объективнее выводы экспертов, тем уважительнее к этим выводам относятся представители судебно-медицинской службы, правоохранительных органов и суда.

Независимый статус эксперта медицинской помощи страховой медицинской организации обеспечивается:

- финансовой независимостью страховой медицинской организации и ее экспертов от федеральных и территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых медицинских организаций;
- служебно-трудовой независимостью экспертов СМО от территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых экспертом медицинских организаций;
- правовой регламентацией экспертной деятельности страховой медицинской организации и ее экспертов на основе норм закона;
- уровнем профессиональной подготовки, подтверждаемым наличием авторских работ, ученой

степенью, ученым званием, опытом экспертной работы, стажем работы по специальности, врачебной квалификационной категорией, аккредитацией в регистре экспертов.

2. Экспертная деятельность СМО - инструмент защиты прав пациента на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи путем минимизации возможного причиняемого в процессе оказания помощи вреда его жизни и здоровью. Очная экспертная деятельность СМО выявляет несоответствие этапа оказания медицинской помощи заболеванию пациента и указывает на необходимость соблюдения порядка оказания медицинской помощи, предписывающего оказывать помощь пациенту с данной нозологией на более высоком этапе медицинской помощи, тем самым спасая его жизнь.

Какие возможности обязательного медицинского страхования недостаточно используются пациентами?

1. Система ОМС самостоятельно не решает главной проблемы пациента – получения возмещения материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи. Решение данной проблемы возложено на судебные инстанции, досудебное возмещение материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи, в системе ОМС не предусмотрено. Пациенты (застрахованные лица) в районных центрах, малых городах, в сельской местности предпочитают не обращаться в суд с исками к МО о компенсации материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи, т.к. опасаются негатива со стороны администрации и медицинского персонала этих МО.

По этим основаниям пациенты считают недостаточной защиту их прав исключительно экспертной деятельностью СМО и представительством их интересов в суде. Застрахованные лица указывают на необходимость развития досудебных институтов защиты их прав на возмещение материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи.

2. Пациенты (застрахованные лица) не обращаются в СМО с жалобами на нарушение их прав на выбор медицинской организации для госпитализации, так как СМО не обладает правом непосредственного прямого восстановления этого нарушенного права пациента.

СМО при получении жалобы на нарушение права на выбор пациентом МО предписывает нарушающей право пациента организации восстановить его, вместо того, чтобы самостоятельно восстановить нарушенное право непосредственно выдачей направления на госпитализацию в выбранную пациентом МО.

3. Пациенты считают бессмысленными обращения в СМО с жалобами на отказ в оказании медицинской помощи, так как СМО не обладает реально (существенно) значимыми экономическими рычагами профилактики этого нарушения и наказания МО за отказ в оказании медпомощи.

В настоящее время финансовая санкция со стороны СМО в системе ОМС к медицинской организации за отказ застрахованному лицу (пациенту) в оказании медицинской помощи составляет размер подушевого норматива, то есть в среднем около 8-9 тысяч рублей. Застрахованные лица, понимая ничтожность наказания МО за отказ в оказании помощи в таком мизерном размере, не обращаются в СМО.

Перспективы системы обязательного медицинского страхования

В.В. Путин, выступая с Посланием Федеральному Собранию 3 декабря 2015 года, определил: «Со следующего года российское здравоохранение полностью переходит на страховые принципы». Банк России, являющийся регулятором финансовых рынков, рассматривает систему медицинского страхования в числе трех драйверов отечественного страхового рынка.

Конкретизация обязанностей страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи медицинскими организациями – это новое перераспределение страховых рисков пациентов при получении ими медицинской помощи в системе ОМС на плечи СМО.

К страховым рискам пациентов относятся:

- отказ в оказании медицинской помощи;
- навязывание платных услуг, которые могут быть оплачены СМО, т.к. включены в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;
- отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено программой государ-

ственных гарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);

- возможность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни при оказании медицинской помощи;
- возможность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни отказом в оказании медицинской помощи;
- возможность потери трудоспособности при оказании ему медицинской помощи;
- возможность остаться без средств при затяжных судебных процессах по искам о возмещении материального и морального вреда при оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

В строгом соответствии с требованием президента Российской Федерации «отстаивать права пациента, в том числе при необоснованных отказах в бесплатном оказании медицинской помощи», страховые принципы (страховые риски) в системе ОМС должны обеспечиваться и реализовываться СМО. Это включает:

- Введение обязанности СМО иметь офисы (филиалы, представительства) во всех субъектах РФ, независимо от наличия или отсутствия в этих субъектах РФ застрахованных лиц. Это финансовый риск для СМО - вести ОМС в субъекте при малом числе или отсутствии застрахованных лиц. Но это – предотвращение риска для застрахованного лица, оказавшегося в данном субъекте РФ (командировка, отпуск), оказаться без медицинской помощи в отсутствие поддержки страховой компании. Этот страховой принцип можно было бы назвать федерализацией СМО.
- Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного навязыванием ему платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС.
- Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного ему обязательством оплатить лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в программу ОМС.
- Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью при отказе в оказании ему медицинской помощи (Y66 - Случайное нанесение вреда больному: непредоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи).
- Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью по формулировке диагноза по МКБ-Х, например, оставлением инородного тела; перфорацией органа; ошибочностью дозировки; недостаточной стерильностью; несовместимостью крови и др. причинами, конкретизированными разделом Y60-Y65 МКБ-Х пересмотра.
- Прямое непосредственное право СМО восстанавливать нарушенное МО право застрахованного лица (пациента) на выбор медицинской организации для целей госпитализации выдачей СМО направления на госпитализацию.

Принцип пациентоориентированности

С целью реализации принципа пациентоориентированности в системе контрольно-надзорных органов ОМС целесообразно внедрение новых норм предотвращения смертности - объективизация контроля преемственности оказания медицинской помощи, соблюдения этапности оказания медицинской помощи и ее стандартизации. Для этого было бы актуальным:

1. Указание в нормативных актах руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих требований по последовательности внедрения обязательных позиций стандартов медицинской помощи в форме утвержденных:

- перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16-19 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной медицинской организации в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность и качество оказания медицинской помощи пациенту;
- правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной медицинской организации одного этапа оказания медицинской помощи на другой, вышестоящий

этап с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соразмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.

2. Введение в реестр пролеченных онкологических пациентов данных:

- стадия онкологического процесса в соответствии с отечественной классификацией (I-IV стадия) – для оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики (стандарты для разных стадий) и контроля результата;
- номенклатурный код или наименование хирургического вмешательства, выполненного пациенту, определяющее КСГ болезней.

3. Введение в Программу государственных гарантий конкретных цифровых значений критериев качества медицинской помощи:

- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;
- доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов;
- доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;
- количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромболизисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи;
- доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;
- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом.

Основанием для подобного предложения является ежегодное постановление Правительства РФ, которым утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающая раздел «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи», но она не содержит цифровых параметров критерия качества медицинской помощи, поэтому субъекты РФ нередко устанавливают произвольные цифры. Из такого подхода к критериям качества медицинской помощи следует возможность нарушения конституционной гарантии на равное право граждан РФ на получение медицинской помощи равно надлежащего качества, что способствует дискриминации граждан в равноправии на надлежащее качество медицинской помощи в зависимости от места проживания.

С целью общественного контроля и медицинской экспертизы документ должен содержать цифровые параметры критериев качества медицинской помощи, которые бы соответствовали и отражали именно надлежащее качество медицинской помощи.

4. Введение в реестр пролеченных пациентов с ОНМК и ОКС:

1) на догоспитальном этапе:
   - время доезда кареты СМП (время контакта с больным с момента вызова СМП);
   - дату выполнения тромболитической терапии (ТЛТ);
   - код препарата для ТЛТ;
   - доза препарата для ТЛТ;
   - при отсутствии введения препарата – причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата;
2) на госпитальном этапе:
   - дату выполнения тромболитической терапии;
   - код препарата для ТЛТ;
   - доза препарата для ТЛТ;
   - при отсутствии введения препарата – причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата или др.
   - время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации (доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда);
   - сведения о проведенной тромболитической те-

рапии (препарат, доза и т.д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.) (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);

- сведения о стентировании коронарных артерий (дата операции, номенклатурный код вмешательства и т.д.), в случае отказа: причина (конкретное противопоказание для постановки стента, отсутствие стента, др.) (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);
- время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации (доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями);
- сведения о проведенной тромболитической терапии (препарат, доза и т.д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.) (доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом).

Исходя из приведенных выше положений, пациентоориентированность в отечественном здравоохранении следует рассматривать как двуединую принцип-задачу:

- конкретный набор реально реализуемых организационно-медицинских предложений, которые могут существенным образом снизить негативные риски пациентов при получении медицинской помощи и в первую очередь летальный исход как безвозвратную потерю для общества;
- создание ориентированной на результат системы контроля с интегрированным функционированием всех контрольно-надзорных органов (СМО-ТФОМС-Росздравнадзор) с целью выявления дефектов при оказании пациенту медицинской помощи и последующего их предупреждения.

Для корреспонденции:

Кузнецов Дмитрий Юрьевич – Президент Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков, вице-президент Всероссийского союза страховщиков
Тел.: +7(495) 956-55-23. E-mail: ofis@iumi.ru
Адрес: 115093, г. Москва, ул. Люсиновская, д. 27, стр. 3, оф. 225

Старченко Алексей Анатольевич – д.м.н., профессор, зам.генерального директора ООО «РОСГОССТРАХ-Медицина», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, сопредседатель комитета независимой медицинской экспертизы НП «Национальная медицинская палата»
Тел.: +7(495) 287-81-27. E-mail: oms@rgs-oms.ru
Адрес: 121059, г. Москва, ул. Киевская, д. 7

For correspondence:

Dmitry Y. Kuznetsov – President of the Interregional Union of Medical Insurers, Vice President of the All-Russian Union of Insurers
Tel.: +7(495) 956-55-23. E-mail: ofis@iumi.ru
Address: Ul. Lyusinovskaya 27, bld. 3, off. 225, Moscow, 115093.

Alexey A. Starchenko, MD.PhD, Professor – Deputy Director General of the ROSGOSSTRAKH-Medicine Ltd. , Member of the Public Council for Protection of Patients' Rights at the Roszdravnadzor, Co-chairman of the Committee of Independent Medical Expert Examination of the National Medical Chamber
Tel.: +7(495) 287-81-27. E-mail: oms@rgs-oms.ru
Address: Ul. Kievskaya 7, Moscow, 121059.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Подмосковные врачи спасли пенсионерку, у которой остановилось сердце

Врачи в Орехово-Зуевском районе Подмосковья спасли 79-летнюю женщину, которой внезапно стало плохо на прогулке, а после остановилось сердце, говорится в сообщении пресс-службы Министерства здравоохранения Московской области.

Экстренной госпитализацией в Орехово-Зуевскую городскую больницу закончилась в ноябре прогулка 79-летней женщины. Почувствовав острое недомогание, она вовремя обратилась к прохожим, которые вызвали скорую помощь. Врачи прибыли в считанные минуты, отмечается в материале.

«В приемном отделении больницы у пациентки остановилось сердце. Благодаря своевременно выполненной фибрилляции сердечная деятельность восстановилась. Сегодня ветеран уже дома, находится в активном состоянии и благодарит врачей за спасенную жизнь», - говорится в сообщении.

По словам министра здравоохранения региона Дмитрия Маркова, которые приводятся в материале, в рамках проводимой модернизации подмосковного здравоохранения постоянно улучшается качество оказания медицинской помощи.

«Учреждения оснащаются современным оборудованием, позволяющим оказывать высокоэффективную медицинскую помощь нашим пациентам», - резюмировал Марков.

РИАМО (riamo.ru), Красногорск, (23 ноября 2016, 18:27)

Маленького екатеринбуржца с серьезной болезнью привезли спецбортом МЧС из Москвы

Ребенка доставили вместе с семьей на Ан-148 с аппаратом искусственного дыхания и другой аппаратурой.

Вечером в среду, 23 ноября, из аэродрома в подмосковном Раменском в Екатеринбург прилетел самолет МЧС с тяжелобольным ребенком на борту. Екатеринбуржца на Ан-148 привезли в детскую больницу № 9. Как сообщают в МЧС по Свердловской области, лечение ребенка будет продолжаться по месту жительства.

В Москве он проходил лечение в Научно-исследовательском институте неотложной детской хирургии и травматологии.

Спецборт МЧС России, который проводил эвакуацию, оснащен самым современным оборудованием и специальными медицинскими модулями, аппаратом искусственного дыхания и кардиомониторами, которые позволили оказывать медицинскую помощь пострадавшему во время полета. За время перелета состояние ребенка было стабильным, - рассказал начальник службы аэромобильного госпиталя отряда «Центроспас» МЧС России Игорь Якиревич.

На борту маленького пациента и его родных сопровождали медицинские специалисты Государственного центрального аэромобильного спасательного отряда «Центроспас» МЧС России и Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава РФ.

Наша газета (ngzt.ru), Екатеринбург, (24 ноября 2016, 7:14)

В Самаре ученые создали экспериментальный образец импланта шейного позвонка

Самарские ученые создали экспериментальный образец первого российского импланта шейного позвонка, сообщила пресс-служба Самарского национального исследовательского университета имени академика С.П. Королева.

«Ученые университета... спроектировали и изготовили на 3D-принтере экспериментальный образец анатомически адаптированного импланта позвонка шейного отдела позвоночника», - говорится в сообщении.

Как отмечает вуз, имплант полностью соответствует индивидуальным особенностям пациентов, изготовлен из отечественных материалов и стоит в несколько раз дешевле импортных аналогов.

«Почти 60% населения Земли в возрасте после 40 лет имеет рентгенологическое подтверждение дегенерации шейного отдела позвоночника. И в ряде случаев у врачей нет другого выхода, кроме как заменить один из поврежденных шейных позвонков имплантом - искусственным суставом. Только в России ежегодно проводится около 500 подобных операций», - отмечает пресс-служба университета.

В вузе отметили, что сейчас в России отсутствуют официально зарегистрированные и разрешенные к применению высококачественные импланты для травматологии и ортопедии отечественного производства. Кроме того, используемые сейчас в медицине имплантационные системы для шейных отделов позвоночника являются унифицированными, то есть они обладают разными размерами, но одинаковы по форме.

Задача максимальной совместимости импланта и кости человека решается за счет использования методов порошковой металлургии. При изготовлении экспериментального образца анатомически адаптированного

импланта позвонка шейного отдела позвоночника на 3D-принтере в самарском университете был применен металлический порошок титана. С помощью 3D-печати имплант изготавливается около 4 часов.

Сейчас ученые готовят программу клинических исследований имплантов, на совместимость с живыми тканями человека. Эта работа проводится совместно с учеными и специалистами Самарского государственного медицинского университета и Самарской городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. Кроме того, медики заинтересованы в таком методе изготовления эндопротезов и других частей тела человека.

«Отработав технологию изготовления импланта одной конструкции, появляется возможность изготавливать новые модели эндопротезов различной конструкции и конфигурации для других частей тела. Например, на сегодняшний день совместно с Самарским медицинским университетом проводятся работы по изготовлению с помощью 3D-печати имплантов костей мелкой моторики», - отметил заведующий лабораторией аддитивных технологий самарского университета Виталий Смелов.

РИА Новости, Москва,
(24 ноября 2016, 14:14)

Кликнем доктора

Врача из обычной городской поликлиники можно будет вызвать на дом с помощью мобильного приложения. Такая услуга, только по вызову коммерческих докторов, уже существует в некоторых регионах. И в ближайшее время планируется выработать общие правила для такого рода технологий.

Пока вызывать на дом платного врача через онлайн-сервисы (агрегаторы) и дорого, и опасно. Нет никакой гарантии компетентности врача, контакты которого нашли в Интернете. Получается, что можно заплатить 4 тысячи рублей за вызов и не получить профессиональной помощи. Чтобы изменить ситуацию, нужно корректировать законодательства о здравоохранении. Об этом говорили на форуме «Интернет+Медицина».

«Необходимо, чтобы люди, которые пользуются интернет-медициной, понимали, что этот врач имеет право оказывать услуги и отличается от шарлатана, предлагающего свои услуги в Интернете, - уверен глава комитета Госдумы по информационной политике, информационным технологиям и связи Леонид Левин. - Для этого надо выработать формы и принципы, которые отделяли бы легальных врачей от мошенников».

Такие поправки в закон будут вноситься вместе с предложениями о легализации телемедицины. «Мы в ближайшее время ждем правительственный законопроект, чтобы создать совместную рабочую группу правительства и Института развития Интернета по работе над итоговым вариантом», - сказал депутат. Как раз этот проект закона и будет регулировать работу медицинских компаний, врачей частной и государственной практики, а также возможности вызова этих врачей на дом через мобильные приложения.

Кроме того, обсуждается возможность сделать официально значимыми онлайн-рецепты. Ведь если будет принято решение узаконить дистанционный прием врача через Интернет, то должна быть и возможность продажи лекарств в Сети по электронным рецептам.

Легализация продажи лекарств через Интернет будет идти постепенно. Сначала речь может идти только о безрецептурных препаратах, сказал советник президента по вопросам Интернета Герман Клименко. Но в любом случае работа по корректировкам законодательства в этой сфере планируется после принятия закона о телемедицине, а это может произойти уже весной 2017 года.

Российская газета, Москва
(25 ноября 2016, 6:00)

Москва поддержит сельских фельдшеров в Алтайском крае - Николай Герасименко

Алтайский край может получить федеральное софинансирование на программу «Сельский фельдшер». Об этом на своей пресс-конференции в Барнауле рассказал депутат Государственной Думы Николай Герасименко.

О важности получения федерального софинансирования программой Алтайского края «Сельский фельдшер» депутат говорил еще во время избирательной кампании летом текущего года. «Старший брат» программы - «Земский доктор» - также постоянно находится в поле зрения парламентария. Эти вопросы Николай Герасименко поднимал во время последних встреч с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой и руководителем ФОМС Натальей Стадченко на заседании комитета ГД по охране здоровья и на фракции «Единая России» при обсуждении с Правительством РФ бюджета на 2017–2019 годы.

«Действие программы «Земский доктор» завершалось в 2016 году, фракция настояла на ее продлении на 2017. Теперь будем стараться продлять ее ежегодно, - рассказал Николай Герасименко журналистам. - Дело в том, что деньги, выделенные бюджетом на реализацию программы, полностью не осваивались - многие регионы не могут обеспечить свое участие в «Земском докторе» из-за отсутствия собственных средств для софинансирования. В 2014-2015 годах использование средств составляло 53-54 процента. Чтобы изменить эту ситуацию, поскольку кадровый вопрос является одним из наиболее актуальных в здравоохранении регионов, мы изменили условия софинансирования, теперь 60 процентов составляет доля Федерации, 40 процентов - вклад регионов. По данным на ноябрь 2016 года, использование средств на реализацию программы уже составило 64 процента».

Теперь, по словам депутата, нужно помочь регионам, где созданы региональные программы «Сельский фельдшер»: «Я много езжу по районам края, знаю ситуацию в других регионах, поэтому могу сказать, что положение со средними медицинскими работниками на местах еще сейчас более плачевное, чем с врачами. Нам нужно помочь регионам более активно привлекать средний медицинский персонал в лечебные учреждения в сельской местности. Мониторинг показал, что всего семь субъектов Федерации, в числе которых и Алтайский край - кстати, один из инициаторов этой программы, поддерживают у себя сельских фельдшеров. Министр обещала помочь в индивидуальном порядке этим регионам. Для этого сейчас Главному управлению по здравоохранению Алтайского края срочно надо подать информацию в Министерство здравоохранения о потребности в фельдшерах для сельской местности и выделяемых краем ресурсах для финансирования программы», - пояснил Николай Герасименко.

Капиталист (kapitalist.tv), Барнаул
(25 ноября 2016, 9:13,)

В Дмитрове открыли детский консультативно-диагностический центр

Городская больница подмосковного Дмитрова пополнилась детским консультативно-диагностическим центром, прием в нем ведут врачи десяти профилей, говорится в сообщении пресс-службы Министерства здравоохранения Московской области.

«В ГБУЗ МО «Дмитровская городская больница» открылся окружной консультативно-диагностический центр для детей, в котором ведут прием врачи десяти профилей: аллерголог-иммунолог, пульмонолог, нефролог, оториноларинголог, офтальмолог, гастроэнтеролог, кардиолог, эндокринолог, врачи ультразвуковой и функциональной диагностики», - говорится в сообщении.

В центре проводят исследования: ЭКГ, ФВД, УЗИ, ЭЭГ и видео-ЭЭГ мониторинг. Все исследования проводятся на самом современном оборудовании, отмечается в материале.

По данным пресс-службы, с момента открытия специалистами осмотрено более 4 тысяч детей и проведено более 1 тысячи исследований.

«Работа по сохранению здоровья детей является приоритетной задачей для Министерства здравоохранения Московской области. Вновь открывшийся клинико-диагностический центр позволит существенно улучшить качество оказания медицинской помощи детям Подмосковья», - приводятся в сообщении слова министра здравоохранения региона Дмитрия Маркова.

РИА Новости, Москва
(25 ноября 2016, 10:31)

Перинатальный центр для сопровождения сложных родов открылся в Уфе

Новый перинатальный центр на 130 коек, построенный госкорпорацией Ростех, начал работу в Уфе.

«Мы сегодня открываем один первых центров, который строит госкорпорация Ростех. (…) Центр - один из самых современных центров у нас в России, сюда поставили самое современное, самое последнее оборудование, и центр позволит обеспечить высококвалифицированной медицинской помощью всех жителей Башкортостана», - сказал гендиректор Ростеха Сергей Чемезов на торжественном открытии центра в пятницу.

Присутствовавшая на церемонии открытия министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова поблагодарила руководство госкорпорации и власти республики за то, что совместно «сумели за короткий период построить такой чудесный центр, который позволит нам сделать дальнейшие шаги вперед».

«Я хотела бы отметить, что в республике колоссальный резерв еще дополнительных возможностей и все, что уже успели вы сделать, – это такая большая выстроенная трехуровневая система, она как раз вся сейчас будет дополнительно настроена этим замечательным перинатальным центром, который явится координатором всей системы», - подчеркнула министр.

Ранее госкорпорация Ростех сообщала, что общая стоимость строительства перинатального центра, рассчитанного на 130 коек, составила 1,9 млрд рублей. Финансирование проекта осуществлял Федеральный фонд обязательного медицинского страхования совместно с республикой.

Новый центр будет оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь, включая интенсивную терапию и выхаживание детей с экстремально низкой массой тела и детей с врожденными патологиями.

В октябре этого года Ростех передал учреждение в собственность Башкирии.

Корпорация выступает участником программы развития перинатальных центров в стране наряду с Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и органами исполнительной власти субъектов РФ.

Распоряжением президента РФ Ростех определен заказчиком проектирования, строительства, оснащения и ввода в эксплуатацию перинатальных центров в 15 субъектах РФ.

Интерфакс – Россия, Москва
(25 ноября 2016, 13:00)

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 29 июня 2016 г. № 425н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

В соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 29 июня 2016 г. № 425н

ПОРЯДОК ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся на рассмотрении в медицинской организации и иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность на основании соответствующей лицензии (далее соответственно - медицинская документация, медицинская организация).

2. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

3. Письменный запрос содержит следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);

е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии);

ж) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

з) почтовый адрес для направления письменного ответа;

и) номер контактного телефона (при наличии).

4. Рассмотрение письменных запросов осуществляется руководителем медицинской организации или уполномоченным заместителем руководителя медицинской организации.

5. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации, предназначенном для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией (далее - помещение для ознакомления с медицинской документацией).

6. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления оригинала медицинской документации обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.

До сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

7. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией устанавливается руководителем медицинской организации с учетом графика работы медицинской организации и медицинских работников.

8. В помещении для ознакомления с медицинской документацией ведутся следующие учетные документы:

а) журнал предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал предварительной записи);

б) журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал учета работы помещения).

9. В журнал предварительной записи вносятся следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) число, месяц, год рождения пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) дата регистрации письменного запроса пациента либо его законного представителя;

д) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

е) предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией.

10. В журнал учета работы помещения вносятся следующие сведения:

а) дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией;

б) время выдачи медицинской документации на руки пациенту либо его законному представителю и ее возврата;

в) фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо его законного представителя, получившего на руки медицинскую документацию;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя (сведения заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента либо его законного представителя);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (сведения заполняются на основании документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента);

е) фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента;

ж) вид выданной на руки пациенту либо его законному представителю медицинской документации;

з) личная подпись пациента либо его законного представителя об ознакомлении с медицинской документацией.

11. Предварительные дата и время посещения пациентом либо его законным представителем помещения для ознакомления с медицинской документацией, предусмотренные подпунктом «е» пункта 9 настоящего Порядка, устанавливаются с учетом графика работы помещения для ознакомления с медицинской документацией и числа поступивших письменных запросов.

Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в медицинской организации письменного запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации*.

12. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и передвижение которых по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации указываются в письменном запросе и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения медицинской организации.

Заведующий структурным подразделением медицинской организации обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.

13. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).

* Федеральный закон от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 19, ст. 2060; 2015, № 45, ст. 6206).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 4 августа 2016 г. № 575н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЫБОРА МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с подпунктом «а» пункта 5 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 18, ст. 2626), приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 4 августа 2016 г. № 575н

ПОРЯДОК ВЫБОРА МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила выбора медицинским работником, замещающим должность в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее соответственно - образовательная программа, образовательная организация).

2. Выбор образовательной программы и образовательной организации осуществляется медицинским работником с использованием интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - интернет-портал), доступ к которому обеспечивается с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме» и Федерального регистра медицинских работников, ведение которого осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. № 1159н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2014 г., регистрационный № 32044).

3. Для обеспечения выбора медицинским работником образовательной программы и образовательной организации на интернет-портале размещается список образовательных программ, реализация которых направлена на освоение знаний и приобретение умений и навыков для оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования на текущий финансовый год* (далее - список образовательных программ).

4. В список образовательных программ вносятся образовательные программы, реализуемые образовательными организациями с применением одной или нескольких образовательных технологий: стажировки, симуляционного обучения, дистанционных образовательных технологий и электронного обучения, а также образовательные программы, реализуемые в сетевой форме.

На интернет-портале размещается следующая информация об образовательной программе:

- наименование образовательной программы;
- продолжительность и форма реализации образовательной программы;
- специальность (специальности) медицинских работников, на обучение которых направлена образовательная программа;
- краткое содержание образовательной программы;
- сведения о стажировке, симуляционном обучении, дистанционных образовательных технологиях и электронном обучении в ходе реализации образовательной программы;
- сведения о реализации образовательной программы в сетевой форме.

5. Выбор образовательной программы и образовательной организации осуществляется медицинским работником, обучение которого включено в заявку медицинской организации на включение в план мероприятий по организации

* Статья 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047; № 49, ст. 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758; 2013, № 7, ст. 606; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4084; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6955; 2014, № 11, ст. 1098; № 28, ст. 3851; № 30, ст. 4269; № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 52; № 27, ст. 4219).

дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования* (далее - медицинский работник).

6. В целях осуществления выбора образовательной программы и образовательной организации медицинский работник:

- проходит регистрацию на интернет-портале;
- осуществляет выбор образовательной программы из списка образовательных программ;
- создает предварительную заявку для зачисления на обучение по выбранной образовательной программе (далее - предварительная заявка), доступную для распечатывания на бумажном носителе;
- согласовывает с руководителем медицинской организации (далее - работодатель) выбранную образовательную организацию, а также сроки обучения и тематику образовательной программы;
- предоставляет работодателю заявление о направлении на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации в образовательную организацию** с приложением предварительной заявки, распечатанной на бумажном носителе.

7. В случае включения обучения медицинского работника в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, работодатель заключает с образовательной организацией договор об образовании на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе***.

* Пункт 9 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 18, ст. 2626) (далее - Правила).

** Подпункт «а» пункта 5 Правил.

*** Статья 54 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53, ст. 7598), подпункт «б» пункта 5 Правил.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 5 сентября 2016 г. № 654н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАДЗОРА ЗА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМ РЕГУЛИРОВАНИЕМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫМ ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПЕРЕДАННЫХ ПОЛНОМОЧИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с подпунктом 5.2.137(1) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2013, № 16, ст. 1970; № 20, ст. 2477; № 22, ст. 2812; № 33, ст. 4386; № 45, ст. 5822; 2014, № 12, ст. 1296; № 26, ст. 3577; № 30, ст. 4307; № 37, ст. 4969; 2015, № 2, ст. 491; № 12, ст. 1763; № 23, ст. 3333; 2016, № 2, ст. 325; № 9, ст. 1268), приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 5 сентября 2016 г. № 654н

ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАДЗОРА ЗА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМ РЕГУЛИРОВАНИЕМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫМ ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПЕРЕДАННЫХ ПОЛНОМОЧИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Настоящий порядок определяет процедуру осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее - надзор).

2. Надзор осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - Министерство)*.

3. Целью надзора является обеспечение надлежащего осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации нормативно-правового регулирования переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее - переданные полномочия).

4. Предметом надзора является осуществление субъектом Российской Федерации нормативно-правового регулирования в сфере обязательного медицинского страхования, включая:

наличие нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий (далее - нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации), соблюдение сроков их принятия;

соответствие нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации законодательству Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

своевременность внесения изменений в нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации в случае изменения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

исполнение предписания Министерства о внесении изменений в нормативный правовой акт субъекта Российской Федерации (далее - предписание о внесении изменений) либо предписания Министерства об отмене нормативного правового акта субъекта Российской Федерации** (далее соответственно - предписание об отмене).

5. Надзор осуществляется путем:

мониторинга нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации (далее - мониторинг) уполномоченными должностными лицами Министерства (далее - должностные лица);

проведения внеплановых документарных проверок (далее - проверки) в соответствии с приказом Министерства о проведении соответствующей проверки (далее - приказ о проверке).

6. В целях проведения мониторинга высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) обеспечивает представление в Министерство нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий в течение 3 дней со дня их принятия.

7. Рассмотрение нормативного правового акта субъекта Российской Федерации должностными лицами осуществляется в срок не более 15 рабочих дней со дня его поступления в Министерство.

В случае если нормативный правовой акт субъекта Российской Федерации не содержит правовых норм, регулирующих осуществление переданных полномочий, его рассмотрение не осуществляется.

8. В случае если нормативный правовой акт субъекта Российской Федерации вносит изменения в другой нормативный правовой акт (акты) субъекта Российской Федерации, рассматривается как нормативный правовой акт о внесении изменений, так и нормативный правовой акт, в который внесены изменения.

9. В случае если нормативный правовой акт субъекта Российской Федерации наряду с правовыми нормами, регулирующими осуществление переданных полномочий, содержит нормы, не относящиеся к регулированию осуществления

* Подпункт 5.5.33 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 25.06.2012, № 26, ст. 3526).

** Часть 1 статьи 7 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 48, ст. 6165).

переданных полномочий, рассмотрение правовых норм, не относящихся к регулированию осуществления переданных полномочий, такого нормативного правового акта не осуществляется.

10. Основаниями для проведения проверки являются:

поступление в Министерство обращений и заявлений субъектов и участников обязательного медицинского страхования* о нарушениях законодательства Российской Федерации при осуществлении нормативно-правового регулирования в сфере обязательного медицинского страхования (далее - нарушения);

поручения Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации о проведении проверки;

требование прокурора о проведении проверки;

контроль за исполнением ранее выданных предписаний;

решение Министра здравоохранения Российской Федерации.

11. Должностные лица в течение срока, устанавливаемого приказом о проверке, осуществляют сбор сведений о нормативных правовых актах субъекта Российской Федерации с использованием справочно-правовых систем, а также при необходимости направляют запрос высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) о представлении нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

12. Рассмотрение нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации в рамках проверки осуществляется в соответствии с пунктами 7–9 настоящего порядка.

13. Должностные лица при осуществлении надзора имеют право:

подготавливать и направлять запросы Министерства высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) о предоставлении дополнительных документов, информации, относящихся непосредственно к предмету надзора;

подготавливать и направлять высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) обязательные для исполнения предписания, указанные в пункте 4 настоящего Порядка.

14. Должностные лица при осуществлении надзора обязаны:

соблюдать установленные сроки рассмотрения нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации;

проводить проверки в случаях, предусмотренных настоящим порядком, на основании приказа Министерства о проведении соответствующей проверки;

знакомить высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) с результатами осуществления надзора.

15. Результатом осуществления надзора является направление высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации):

уведомления с приложением акта о результатах мониторинга;

уведомления с приложением акта о результатах проверки;

обязательных для исполнения предписаний, указанных в пункте 4 настоящего Порядка, подписанных Министром здравоохранения Российской Федерации (заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации), - в случае выявления нарушений либо несоответствия нормативного правового акта субъекта Российской Федерации требованиям законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

16. Должностные лица по результатам надзора осуществляют подготовку акта о результатах мониторинга и акта о результатах проверки в течение 5 рабочих дней со дня истечения срока осуществления мониторинга и проверки.

В акте о результатах мониторинга и акте о результатах проверки указываются:

дата, время и место составления;

наименование субъекта Российской Федерации, фамилия, имя, отчество (при наличии) высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации);

дата начала и продолжительность осуществления надзора;

сведения о результатах надзора.

Акт о результатах мониторинга и акт о результатах проверки подписываются должностными лицами, осуществлявшими мониторинг или проверку.

17. В случае если при осуществлении надзора нарушения не выявлены, высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) направляется письмо Министерства с приложением акта о результатах мониторинга и акта о результатах проверки.

* Статья 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422).

18. В случае выявления при осуществлении надзора нарушений либо несоответствия нормативного правового акта субъекта Российской Федерации требованиям законодательства в сфере обязательного медицинского страхования высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) направляется предписание о внесении изменений с указанием срока его исполнения с приложением акта о результатах мониторинга и акта о результатах проверки.

19. В целях исполнения предписания о внесении изменений высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) обеспечивает в срок, установленный предписанием о внесении изменений, представление в Министерство отчета об исполнении предписания о внесении изменений с приложением нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, принятого во исполнение указанного предписания.

20. Срок исполнения предписания о внесении изменений может быть продлен по решению Министра здравоохранения Российской Федерации (заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации) на основании обращения высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации), но не более чем на 30 рабочих дней.

21. При поступлении в установленный срок в Министерство отчета об исполнении предписания о внесении изменений с приложением нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, принятого во исполнение указанного предписания, должностные лица осуществляют его рассмотрение на предмет соответствия требованиям предписания о внесении изменений в течение 5 рабочих дней со дня поступления отчета об исполнении предписания о внесении изменений.

22. В случае если нормативный правовой акт субъекта Российской Федерации, принятый во исполнение предписания о внесении изменений, и (или) нормативный правовой акт, в который внесены изменения, не соответствуют требованиям предписания о внесении изменений, а также при непоступлении в установленный срок в Министерство нормативного правового акта субъекта Российской Федерации во исполнение предписания о внесении изменений должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) направляется предписание об отмене с указанием срока его исполнения.

23. В целях исполнения предписания об отмене высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) обеспечивает в срок, установленный предписанием об отмене, представление в Министерство отчета об исполнении предписания об отмене с приложением нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, принятого во исполнение указанного предписания.

24. При поступлении в установленный срок в Министерство отчета об исполнении предписания об отмене с приложением нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, принятого во исполнение предписания об отмене, должностные лица осуществляют надзор за соответствием содержания указанного акта требованиям предписания об отмене.

25. В случае если нормативный правовой акт субъекта Российской Федерации, принятый во исполнение предписания об отмене, не соответствует требованиям указанного предписания, а также при непоступлении в установленный срок в Министерство отчета об исполнении предписания об отмене с приложением нормативного правового акта субъекта Российской Федерации, принятого во исполнение указанного предписания, материалы, содержащие данные, указывающие на неисполнение предписания об отмене, направляются в органы прокуратуры.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 28 сентября 2016 г. № 736н

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

Приказываю:

Изложить пункт 84 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609), от 9 сентября 2011 г. № 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный № 28480), от 21 июня 2013 г. № 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), от 20 ноября 2013 г. № 859ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный № 30489), от 6 августа 2015 г. № 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный № 39119), от 25 марта 2016 г. № 192н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный № 41969), от 28 июня 2016 г. № 423н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный № 42892), в следующей редакции:

«84. Исключение из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого страховой медицинской организации территориальным фондом, осуществляется не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении.».

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 31 октября 2016 г. № 807н

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2015 г. № 1014н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, ИСТОЧНИКОМ КОТОРЫХ В ТОМ ЧИСЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИНЫЕ МЕЖБЮДЖЕТНЫЕ ТРАНСФЕРТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОМУ БЮДЖЕТУ»

В соответствии с пунктом 3 Правил формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 10 сентября 2012 г. № 904 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 38, ст. 5116; 2015, № 3, ст. 581), приказываю:

Внести изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2015 г. № 1014н «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2015 г., регистрационный № 40374), согласно приложению.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 октября 2016 г. № 807н

ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2015 г. № 1014н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, ИСТОЧНИКОМ КОТОРЫХ В ТОМ ЧИСЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИНЫЕ МЕЖБЮДЖЕТНЫЕ ТРАНСФЕРТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОМУ БЮДЖЕТУ»

1. Пункт 103 изложить в следующей редакции:

«

103.	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства»	119435, г. Москва, ул. М. Пироговская, д. 1А

».

2. Пункты 118 и 119 исключить.
3. Пункт 120 изложить в следующей редакции:

«

120.	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»	634009, Томская область г. Томск, пер. Кооперативный, д. 5

».

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 29 апреля 2016 г. № 85

г. МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2010 г. № 227

В соответствии с частью 6.4 статьи 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2014, № 49, ст. 6927; 2016, № 1, ст. 52) приказываю:

Внести изменения в Порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 227 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2011 г., регистрационный № 19588) с изменениями, внесенными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2011 г. № 245 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 февраля 2012 г., регистрационный № 23124).

Врио председателя
И.В. СОКОЛОВА

Приложение
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 29 апреля 2016 г. № 85

ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2010 г. № 227

1. Пункт 2 после слов «в составе» дополнить словом «расходов».

2. В пункте 3:

а) слова «полис обязательного медицинского страхования» дополнить словами «, и средств для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее - мероприятия)»;

б) предложение пятое дополнить словами «, за исключением средств нормированного страхового запаса, направляемых на цели, установленные в подподпункте «б» подпункта 2 и подпункте 3 пункта 4 настоящего Порядка».

3. В пункте 4:

а) подпункт 1 изложить в новой редакции:

«1) дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования путем предоставления страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств в соответствии с частью 6 статьи 38 Закона»;

б) дополнить подпунктом 3 следующего содержания:

«3) финансовое обеспечение мероприятий.».

4. Пункт 5 изложить в новой редакции:

«5. Финансовое обеспечение мероприятий осуществляется в пределах средств нормированного страхового запаса территориального фонда, сформированных в соответствии с частью 6.3 статьи 26 Закона.».

5. Пункт 6 изложить в новой редакции:

«6. Территориальный фонд в течение 5 рабочих дней со дня утверждения плана мероприятий, предусмотренного пунктом 8 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332*, (далее - Правила использования средств), письменно уведомляет медицинскую организацию о наличии в бюджете территориального фонда средств нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий, запланированных для данной медицинской организации.».

6. Дополнить пунктом 6.1 следующего содержания:

«6.1. Средства нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий предоставляются территориальным фондом в медицинские организации, расположенные в субъекте Российской Федерации, в которых предусматривается реализация мероприятий, при соблюдении условий, установленных пунктами 4–7 Правил использования средств, на основании заключенного территориальным фондом с медицинской организацией соглашения о финансовом обеспечении мероприятий.».

7. Пункт 9 после слов «, направленных» дополнить словами «медицинским организациям,».

* Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 25.04.2016, N 0001201604250009.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З *

от 26 мая 2016 г. № 105

г. МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И ФОРМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ О РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОГРАММАМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ, А ТАКЖЕ ПО ПРИОБРЕТЕНИЮ И ПРОВЕДЕНИЮ РЕМОНТА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ИХ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

В соответствии с пунктом 4 части 2 статьи 7, пунктами 4 и 7.1 части 2 статьи 20 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047, 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758; 2013, № 7, ст. 606; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4084; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6955; 2014, № 11, ст. 1098; № 28, ст. 3851; № 30, ст. 4269; № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 52), пунктом 15 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 18, ст. 2626), приказываю:

Утвердить:

порядок представления отчетности о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования и использовании предоставленных средств для их финансового обеспечения согласно приложению № 1;

формы отчетности о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования и использовании предоставленных средств для их финансового обеспечения согласно приложению № 2.

Председатель
Н.Н. СТАДЧЕНКО

* Приказ ФОМС от 26.05.2016 г. №105 размещен на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Документы», подразделе «Приказы ФОМС»

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*