ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ



МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко:

- Законопроект о персонифицированном учете направлен на исключение страхования граждан, не подлежащих ОМС
- Приоритетом базовой программы ОМС остается финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи
- Бюджет ФОМС на 2018-2020 годы предусматривает достижение плановых показателей увеличения зарплаты медицинских работников

Федеральный закон от 16.10.2017 года № 290-Ф3 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год»



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № **5**, **2017**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Nº 5, 2017

Научно-практический журнал

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 медикостоматологического 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 Страховшиков

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.

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 000 «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 31.10.2017 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 х 275 мм. Объем: 72 полосы

Адрес редакции: 000 «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», 2017

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 000 «Издательство офтальмология» Тел.:(495)485-40-66; (499)488-87-03, e-mail: iol.buh@mail.ru

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

Nº 5. 2017

Scientific practical journal

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.

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 31.10.2017, Circulation: 2000 copies Format: 205×275 mm, Volume: 72 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd. 59A, Beskudnikovsky Bĺvd., 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», 2017

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 ∏M № 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



СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО НОВОСТИ	региональ
Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Законопроект о персонифицированном учете	взаимодей управлени
направлен на исключение страхования граждан,	ОРГАНИЗ
не подлежащих ОМС	С.А. Малыц Основные оказания г гражданам
Бюджет ФОМС на 2018–2020 годы предусматривает	ЭКСПЕРТІ
достижение плановых показателей увеличения зарплаты медицинских работников	Е.В. Манухі Экспертна медицинсь
БЮДЖЕТ ФОМС	Н.И. Гриши
И.В. Соколова Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного	Тематичесі предупреж
медицинского страхования за 2016 год	медицинсн
Федеральный закон от 16 октября 2017 года № 290-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда	ШЕФСКА Федеральн
обязательного медицинского страхования за 2016 год» 1 1	страховані Дому ребе
ПЛЕНУМЫ. ФОРУМЫ. СЕМИНАРЫ	Сердце отд
V Пленум Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации	•
І-й Международный медицинский	НОРМАТИ
инвестиционный форум	Распоряже 2017 г. № 1 тельства РФ
Семинар «Основы профсоюзного менеджмента»	Приказ Ми
ПУБЛИКАЦИИ В СМИ	от 10 мая 2
С.Г. Кравчук Программа госгарантий стала отчетливей отражать пациентоориентированные направления развития отрасли	рального го федеральны технологич программу
А.В. Решетников ОМС: реальность и перспективы. По новым правилам в центре внимания	Российской тренных в бого страхова
страховых компаний должен быть пациент	период (66 Приказ Ми
Н.П. Дронов В правильно организованной страховой модели здравоохранения именно страховщики должны быть главными защитниками прав пациентов	от 24 мая 2 пертном со Федерации оказываюц
А.М. Ханов Упразднение обязательного медицинского страхования вызовет коллапс в отрасли	включенную страховани ассигнован обязательн
модернизация системы омс	вый год и п
О.В. Царева	Приказ Фед
Актуальные вопросы организации и финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи	вания от 21 представле го фонда об обеспечени
ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	дениями го
В.А. Шелякин, Н.Г. Титкова, Е.А. Петрова Об опыте подключения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области через	гичной мед обязательн Российской

региональную систему межведомственного электронного взаимодействия к электронному сервису Главного управления по вопросам миграции МВД России
ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС
С.А. Малышева, Т.Е. Романова, В.Р. Мишанов Основные направления работы по повышению качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в Нижегородской области
ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА
Е.В. Манухина, В.А. Дыкин, Е.В. Мартынова Экспертная деятельность в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области
Н.И. Гришина Тематические экспертизы способствуют предупреждению серьезных дефектов медицинской помощи
ШЕФСКАЯ ПОМОЩЬ
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования оказывает поддержку муромскому Дому ребенка
Сердце отдаем детям
нормативные акты
Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 июля 2017 г. № 1587-р «О внесении изменений в Распоряжение Правительства РФ от 22.10.2016 № 2229-р» (64)
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 201н «Об утверждении формы заявки федерального государственного учреждения на включение в перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период (66)
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 мая 2017 г. № 250н «Об утверждении положения об экспертном совете при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по отбору федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период (68)
Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 апреля 2017 г. № 98 «Об утверждении порядка и формы представления отчетности об использовании субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение выполнения федеральными государственными учреждениями государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации» (71)

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко:

Законопроект о персонифицированном учете направлен на исключение страхования граждан, не подлежащих ОМС



государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации 22 сентября 2017 года приняла в первом чтении законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

Выступая с докладом, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко подчеркнула, что данный документ разработан в целях совершенствования персонифицированного учета в сфере ОМС.

«В целом законопроект направлен на исключение страхования граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, повышение качества планирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Россий-

ской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования», — сообщила глава ФОМС.

Говоря о новеллах законопроекта, Н.Н. Стадченко отметила, что в документе предусматривается конкретизация категорий военнослужащих и приравненных к ним лиц в организации оказания медицинской помощи лицам, не подлежащих ОМС, а также механизмы приостановления и прекращения ОМС в их отношении. Кроме того, в проекте содержится регламентация информационного взаимодействия федеральных государственных органов и ФОМС при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, включая регламентацию порядков и сроков предоставления сведений о застрахованных лицах, не подлежащих ОМС.

Также в документе прописано наделение территориальных фондов ОМС полномочием по проведению проверки достоверности сведений персонифицированного учета о застрахованных лицах в части их соответствия документам, удостоверяющим личность гражданина РосФинансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным в ОМС лицам, осуществляется в пределах субвенции, утверждаемой в бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период, — сказала Н.Н. Стадченко. — Оказание медицинской помощи

В целом законопроект направлен на исключение страхования граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, повышение качества планирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

сийской Федерации. В законопроекте заложено и полномочие Правительства Российской Федерации по утверждению порядка и методики определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, для целей формирования бюджета ФОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов ОМС, а также предусмотрено совершенствование механизма контроля за наличием у граждан права на ОМС.

«Законопроект не приводит к увеличению расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицам обеспечивается в пределах утверждаемых объемов бюджетных ассигнований федерального бюджета на очередной финансовый год и на плановый период».

Глава ФОМС обратила внимание парламентариев, что законопроект соответствует положениям Договора о Евразийском экономическом союзе, а также положениям иных международных договоров Российской Федерации, и призвала поддержать документ.

Законопроект не приводит к увеличению расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным в ОМС лицам, осуществляется в пределах субвенции, утверждаемой в бюджете ФОМС на очередной финансовый год и на плановый период. Оказание медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицам обеспечивается в пределах утверждаемых объемов бюджетных ассигнований федерального бюджета на очередной финансовый год и на плановый период.

Приоритетом базовой программы ОМС остается финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи

В 2016 году в 150 медицинских организаций на селе направлено дополнительно более 400 млн рублей на приобретение и ремонт медицинского оборудования и подготовку кадров. Благодаря этим средствам было закуплено 334 единицы медицинского оборудования.

Об этом 12 октября 2017 года заявила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко в ходе парламентских слушаний в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации на тему: «Доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности. Правовое обеспечение».

возрос с 4 102,9 руб. до 8 896 рублей, или в 2,2 раза», – обратила внимание она.

Н.Н. Стадченко заметила, что в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и в Министерство здравоохранения Российской Федерации регулярно поступают обращения о сложности финансирования и росте кредиторской задолженности в сельских учреждениях из-за малого количества обращений за медицинской помощью.

«Понимая важность данного вопроса и учитывая особенности оказания медицинской помощи в сельских медицинских организациях, в рамках программы госу-

Приоритетом самой базовой программы ОМС остается финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи. При сохранении нормативов объемов, финансирование амбулаторной помощи увеличится на 20%, скорой медицинской помощи и помощи в дневных стационарах на 23%. Особое внимание уделено развитию реабилитации, финансовое обеспечение которой увеличится на 40%, а объемов - на 23%, что позволит более рационально использовать лечебный потенциал медицинских организаций.

Руководитель ФОМС отметила, что финансовое обеспечение базовой программы по единому подушевому нормативу с учетом региональных особенностей субъектов Российской Федерации с 2013 года позволило ликвидировать дефицит территориальных программ ОМС. «Так, в 2011 году базовая программа ОМС была дефицитна в 62 субъектах, и дефицит составлял практически 70 млрд рублей», — сообщила она.

Н.Н.Стадченко напомнила, что субвенция для субъектов Российской Федерации определяется по единой методике с учетом коэффициента дифференциации, который учитывает уровень заработной платы, возрастную структуру населения, наличие сельских населенных пунктов, климато-географические условия, ограничение сроков завоза продукции, стоимость жилищно-коммунальных услуг, транспортную доступность и другие социально-экономические особенности.

«Размер субвенции увеличился с 2012 по 2017 год с 640 млрд рублей до 1,5 трлн рублей, или в 2,4 раза. Подушевой норматив за счет средств ОМС за тот же период,

дарственных гарантий с 2018 года для них установлен новый вид оплаты медицинской помощи – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, по всем видам и условиям оказания медицинской помощи. Это обеспечит доступность медицинской помощи сельскому населению в местах проживания, независимо от количества обращений», – сказала она.

Руководитель ФОМС подчеркнула, что приоритетом самой базовой программы ОМС остается финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи. «При сохранении нормативов объемов, финансирование амбулаторной помощи увеличится на 20%, скорой медицинской помощи и помощи в дневных стационарах на 23%. Особое внимание уделено развитию реабилитации, финансовое обеспечение которой увеличится на 40%, а объемов — на 23%, что позволит более рационально использовать лечебный потенциал медицинских организаций», — проинформировала председатель ФОМС участников парламентских слушаний.

Бюджет ФОМС на 2018–2020 годы предусматривает достижение плановых показателей увеличения зарплаты медицинских работников

16 октября в Комитете Государственной Думы по бюджету и налогам рассматривался проект федерального закона № 274620-7 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

Председателем ФОМС Н.Н. Стадченко членам Комитета были представлены основные параметры бюджета фонда, а также направления расходования средств обязательного медицинского страхования в рассматриваемом периоде.

Согласно проекту бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов субвенция регионам в 2018 году составит 1 871 млрд рублей, с приростом 333,2 млрд рублей, или 21,7% к уровню 2017 года.

Подушевой норматив финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования в 2018 году увеличивается на 21,5%.

Бюджет ФОМС полностью сбалансирован, в том числе переходящими остатками.

Увеличение субвенции запланировано с учетом вы-

полнения Указа Президента Российской Федерации и достижения плановых показателей заработной платы медицинских работников, а также увеличения финансирования всех остальных расходов медицинских организаций (медикаменты, расходные материалы, питание пациентов, коммунальные и другие услуги) на индекс потребительских цен – 4%.

В 2018 году соотношение заработной платы медицинских работников к средней заработной плате по экономике региона составит: по врачам — 200%, по среднему и младшему медицинскому персоналу — 100%.

В 2019—2020 годах бюджетом фонда предусматривается дальнейшее увеличение субвенции для обеспечения достигнутых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

Таким образом, запланированный в проекте трехлетнего бюджета фонда объем средств рассчитан не только на увеличение заработной платы медицинских работников до плановых показателей и сохранение достигнутого уровня, но и на обеспечение роста других расходов медицинских организаций.



Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



И.В. Соколова

федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) исполнил бюджет 2016 года в соответствии с целями, поставленными Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год».

Исполнение бюджета Фонда в 2016 году обеспечило все принятые обязательства и соответствует отчету о кассовом исполнении бюджета Фонда.

Бюджет Фонда исполнен по доходам в сумме 1 657 619,6 млн рублей, или 99,8% от утвержденного размера (1 661 679,7 млн рублей).

Расходы бюджета Фонда за 2016 год составили 1590 150,9 млн рублей, или 99,7% от утвержденного размера (1594 890,6 млн рублей).

Бюджет Фонда за 2016 год исполнен с профицитом в размере 67 468,7 млн рублей.

Основные показатели исполнения бюджета Фонда за 2016 год характеризуются следующими данными (табл. 1).

доходы бюджета фонда

Основным источником формирования доходов бюджета Фонда являются страховые взносы на ОМС, доля которых в общем объеме доходов Фонда в 2016 году составила 98%. Страховые взносы на ОМС в 2016 году поступили на общую сумму 1 624 176,7 млн рублей, или 99,3% от утвержденного размера.

Основной категорией плательщиков страховые взносы на ОМС работающего населения уплачивались исходя из тарифа страхового взноса в размере 5,1%, льготными категориями плательщиков страховых взносов — исходя из пониженных тарифов страховых взносов.

Таблица 1

Основные показатели исполнения бюджета Фонда за 2016 год

(млн рублей)

Основные показатели	Утверждено на 2016 год	Кассовое исполнение за 2016 год	Кассовое исполнение за 2016 год, %:
Доходы	1 661 679,7	1 657 619,6	99,8
Расходы	1 594 890,6	1 590 150,9	99,7
Профицит	66 789,1	67 468,7	_





Общий объем поступлений страховых взносов на ОМС работающего населения за 2016 год составил 995 209,8 млн рублей, или 99% от утвержденного объема, что связано со снижением в 2016 году фонда заработной платы в сравнении с прогнозным значением.

Объем поступлений страховых взносов на ОМС неработающего населения за 2016 год составил 617 754,2 млн рублей, или 100% от утвержденного годового объема.

Общий объем поступлений налогов на совокупный доход составил 8,9 млн рублей. Прочие налоговые и неналоговые доходы поступили в общей сумме 243,1 млн рублей.

За 2016 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 25 441 млн рублей, или 100% от утвержденного объема.

Доходы бюджета Фонда от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет составили 7747,2 млн рублей.

РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ФОНДА

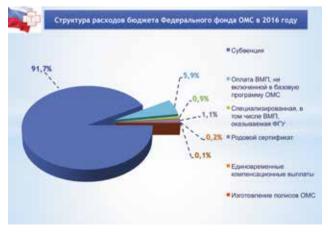
В расходах бюджета Фонда основную долю (91,7%) составляют субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС (далее – территориальные фонды) на осуществление переданных полномочий по организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации.

В 2016 году бюджетам территориальных фондов предоставлены субвенции в размере 1 458 573,5 млн рублей, что составляет 100% от утвержденного размера.

На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, из бюджета Фонда в федеральный бюджет в 2016 году было направлено 94 361 млн рублей (100%), в том числе:

88 961 млн рублей – в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2015 г. № 1478 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2016 году оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации в федеральных государственных учреждениях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет»;





5 400 млн рублей – в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2015 г. № 1477 «О предоставлении в 2016 году субсидий из федерального бюджета 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».

Кроме того, дополнительно федеральные государственные учреждения (Минздрава России, ФМБА, ФАНО и Управления делами Президента Российской Федерации) на обеспечение специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, получили 15 млрд рублей.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказана 962,6 тыс. человек, на 17% больше чем в 2015 году (823,3 тыс. человек)

Полностью удовлетворены заявки субъектов Российской Федерации на предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) работать в сельскую местность.

Расходы бюджета Фонда на осуществление единовременных компенсационных выплат в 2016 году составили 2 941,8 млн рублей, или 91,9% к утвержденному бюджету, в том числе за счет резерва — 296,4 млн рублей.

По итогам 2016 года на работу в сельские населенные пункты, рабочие поселки и поселки городского типа привлечено 4922 медицинских работника.

На финансовое обеспечение расходов на оплату «родового сертификата» за счет межбюджетных трансфертов Фонда бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в 2016 году перечислено по заявочному принципу 17 818,9 млн рублей (95% от запланированного объема). Общее количество предъявленных к оплате родовых сертификатов составило около 5,7 млн рублей.

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 Фонда на изготовление и доставку полисов ОМС единого образца в 2016 году составили 894,2 млн рублей. Изготовлено и доставлено более 13,8 млн полисов, из них 1,4 млн — электронные, 12,4 млн — бумажные.

Для корреспонденции:

Соколова Ирина Васильевна – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Телефон: (495) 987-03-86, (495) 987-08-80 доб. 1003. E-mail: isokolova@ffoms.ru

Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 16 октября 2017 года № 290-Ф3

MOCKBA

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2016 ГОД

Принят Государственной Думой 27 сентября 2017 года Одобрен Советом Федерации 10 октября 2017 года

Статья 1

Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2016 год со следующими основными показателями:

- 1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 657 619 561,2 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 25 441 000,0 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 590 150 880,5 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные федеральному бюджету в сумме 94 361 000,0 тыс. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 818 863,0 тыс. рублей;
 - 3) объем профицита бюджета Фонда в сумме 67 468 680,7 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2016 год:

- 1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2016 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;
 - 2) структура расходов бюджета Фонда за 2016 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;
- 3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2016 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 2016 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Москва, Кремль 16 октября 2017 года N 290-Ф3 Президент Российской Федерации **В. ПУТИН**

к Федеральному закону «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год»

ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2016 ГОД

	Код бюд	цжетной классификации	(тыс. руолеи)
Наименование	главного администра- тора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Кассовое исполнение
Доходы, всего			1 657 619 561,2
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	1 624 433 369,5
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	1 624 176 673,9
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 160	1 624 176 673,9
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	1 02 02100 08 0000 160	1 624 176 673,9
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02101 08 0000 160	995 209 800,4
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	395	1 02 02102 08 0000 160	617 754 248,2
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения в фиксированном размере, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02103 08 0000 160	11 212 625,3
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	8 854,7
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	4 701,5
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 01 0000 110	1 920,6
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	1 920,6
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 01 0000 110	1 059,7
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01022 01 0000 110	1 059,7

	Код бюд		
Наименование	главного администра- тора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Кассовое исполнение
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	1 721,2
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 02 0000 110	3 655,7
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	3 655,7
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 01 0000 110	497,5
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	497,5
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	240 807,8
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	184 649,4
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	184 649,4
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	56 134,4
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	56 134,4
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 09 11000 02 0000 110	24,0
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	24,0
Доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	2 283,3
Доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02000 00 0000 130	2 283,3
Прочие доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02990 00 0000 130	2 283,3
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 02998 08 0000 130	2 283,3
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	1,0
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	1,0
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	4 718,8
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	4 070,8

	Код бюд		
Наименование	главного администра- тора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Кассовое исполнение
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)	100	1 16 20030 08 0000 140	175,0
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	3 895,8
Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 23080 08 0000 140	19,3
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба	000	1 16 90000 00 0000 140	628,7
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	628,7
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	30,0
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	33 186 191,7
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	25 441 000,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 05000 00 0000 151	25 441 000,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 02 05600 08 0000 151	25 441 000,0
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	25 441 000,0
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	7 747 172,5

	Код бюд		
Наименование	главного администра- тора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	Кассовое исполнение
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	7 747 172,5
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	7 747 172,5
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	7 747 172,5
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных меж- бюджетных трансфертов, имеющих целевое назначе- ние, прошлых лет	000	2 19 00000 00 0000 000	-1 980,8
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	-1 980,8
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	-1 980,8
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	-1 980,8

к Федеральному закону «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год»

СТРУКТУРА РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2016 ГОД

Наименование		д бюд	жетной классиф ции	Кассовое	
	Рз	ПР	ЦСР	BP	исполнение
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 590 150 880,5
Общегосударственные вопросы	01	00			499 231,2
Международные отношения и международное сотрудничество	01	80			7 473,0

Наименование		д бюд	жетной классиф ции	ика-	Кассовое
	Рз	ПР	ЦСР	BP	исполнение
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	80	01 0 00 00000		7 473,0
Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 00 00000		7 473,0
Основное мероприятие «Исполнение международных обязательств Российской Федерации в сфере охраны здоровья»	01	80	01 8 02 00000		7 473,0
Обеспечение реализации международных обязательств Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 02 92798	200	684,4
Обеспечение реализации международных обязательств Российской Федерации (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 02 92798	800	6 788,6
Другие общегосударственные вопросы	01	13			491 758,2
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	13	01 0 00 00000		491 758,2
Подпрограмма «Управление развитием отрасли»	01	13	01 Γ 00 00000		491 758,2
Основное мероприятие «Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы»	01	13	01 Γ 03 00000		491 758,2
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 03 90059	100	209 771,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Γ 03 90059	200	276 295,5
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	01	13	01 Γ 03 90059	300	43,9
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Γ 03 90059	800	5 647,8
Образование	07	00			9 900,6
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			9 900,6
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	07	05	01 0 00 00000		9 900,6
Подпрограмма «Управление развитием отрасли»	07	05	01 Γ 00 00000		9 900,6
Основное мероприятие «Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы»	07	05	01 Γ 03 00000		9 900,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Γ 03 90059	200	9 900,6
Здравоохранение	09	00			1 589 589 292,2
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 589 589 292,2
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		1 589 589 292,2
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи»	09	09	01 2 00 00000		94 361 000,0

Наименование		Код бюджетной классифика- ции			Кассовое
	Рз	ПР	ЦСР	BP	исполнение
Основное мероприятие «Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи»	09	09	01 2 10 00000		94 361 000,0
Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 10 54010	500	88 961 000,0
Софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 2 10 54020	500	5 400 000,0
Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»	09	09	01 4 00 00000		17 818 863,0
Основное мероприятие «Совершенствование службы родовспоможения»	09	09	01 4 01 00000		17 818 863,0
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 4 01 39640	500	17 818 863,0
Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»	09	09	01 7 00 00000		2 941 780,2
Основное мероприятие «Государственная поддержка отдельных категорий медицинских работников»	09	09	01 7 03 00000		2 941 780,2
Иные межбюджетные трансферты на осуществление единовременных выплат медицинским работникам (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 7 03 51360	500	2 941 780,2
Подпрограмма «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации»	09	09	01 Д 00 00000		1 474 467 649,0
Основное мероприятие «Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»	09	09	01 Д 01 00000		1 473 573 489,0
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 01 50930	500	1 458 573 489,0
Иные межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 01 55060	500	15 000 000,0
Основное мероприятие «Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца»	09	09	01 Д 02 00000		894 160,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 Д 02 90059	200	894 160,0
Основное мероприятие «Управление средствами нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования»	09	09	01 Д 03 00000		0,0

Наименование		д бюд	жетной классиф ции	Кассовое	
	Рз	ПР	ЦСР	BP	исполнение
Финансовое обеспечение иных расходов государственных органов Российской Федерации и федеральных казенных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 Д 03 99999	800	0,0
Социальная политика	10	00			52 456,5
Социальное обеспечение населения	10	03			52 456,5
Государственная программа Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской Федерации»	10	03	05 0 00 00000		52 456,5
Подпрограмма «Создание условий для обеспечения доступным и комфортным жильем граждан России»	10	03	05 1 00 00000		52 456,5
Основное мероприятие «Обеспечение жильем отдельных категорий граждан»	10	03	05 1 03 00000		52 456,5
Единовременная социальная выплата для приобретения или стро- ительства жилого помещения (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	10	03	05 1 03 93594	300	52 456,5

к Федеральному закону «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год»

источники

ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2016 ГОД

	Код бюджетн	ой классификации		
Наименование	главного админи- стратора источника финансирования	источника финансирования	Кассовое исполнение	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			-67 468 680,7	
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	-67 468 680,7	
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	-67 468 719,3	
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-1 671 776 204,1	
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-1 671 776 204,1	
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-1 671 776 204,1	
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-1 671 776 204,1	

Наименование	Код бюджетной классификации		
	главного админи- стратора источника финансирования	источника финансирования	Кассовое исполнение
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	1 604 307 484,8
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	1 604 307 484,8
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	1 604 307 484,8
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	1 604 307 484,8
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	38,6
Курсовая разница	000	01 06 03 00 00 0000 000	38,6
Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 03 00 08 0000 171	38,6

к Федеральному закону «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 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 2016 ГОД

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация	1 458 573 489,0
в том числе	
Республика Адыгея (Адыгея)	3 491 206,7
Республика Алтай	3 193 056,0
Республика Башкортостан	37 396 834,7
Республика Бурятия	11 953 646,0
Республика Дагестан	23 278 390,8
Республика Ингушетия	3 700 272,0
Кабардино-Балкарская Республика	6 419 015,5
Республика Калмыкия	2 486 790,0
Карачаево-Черкесская Республика	3 472 801,4

Республика Карелия 9 21	6 335,7
Республика Коми 13 72	1 193,4
Республика Крым	9 437,1
Республика Марий Эл 5 78	7 076,9
Республика Мордовия 6 67	6 579,2
Республика Саха (Якутия)	1 640,4
Республика Северная Осетия - Алания 5 91	3 391,4
Республика Татарстан (Татарстан) 31 51	6 650,1
Республика Тыва 4 99	0 598,6
Удмуртская Республика 14 35	6 137,6
Республика Хакасия 6 52	2 808,0
Чеченская Республика 11 22	4 454,3
Чувашская Республика - Чувашия 10 54	2 177,7
Алтайский край	8 353,7
Забайкальский край 12 87	1 889,3
Камчатский край 7 19	0 460,6
Краснодарский край 44 52	8 758,8
Красноярский край 37 94	3 617,3
Пермский край	8 151,4
Приморский край 22 14	1 870,8
Ставропольский край 22 87	9 432,2
Хабаровский край 18 49	5 260,7
Амурская область 10 46	8 455,6
Архангельская область 16 97	3 612,7
Астраханская область 8 52	7 230,0
Белгородская область 13 13	0 000,1
Брянская область 10 44	9 012,2
Владимирская область 11 93	2 098,3
Волгоградская область 21 16	9 233,8
Вологодская область 11 42	9 105,5
Воронежская область 19 69	9 700,6
Ивановская область 8 45	3 060,5
Иркутская область 30 19	1 964,4
Калининградская область 8 11	7 175,4
Калужская область 8 56	2 065,7
Кемеровская область 26 85	0 477,0
Кировская область 12 15	8 903,3
Костромская область 5 54	1 808,8
Курганская область 8 35	5 091,6
Курская область 9 52	1 805,0
	7 399,2
Липецкая область 10 05	9 261,6

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Магаданская область	3 454 238,2
Московская область	72 882 620,1
Мурманская область	12 615 182,8
Нижегородская область	27 836 958,4
Новгородская область	5 335 384,8
Новосибирская область	26 294 791,5
Омская область	18 384 273,8
Оренбургская область	19 224 060,2
Орловская область	6 687 938,0
Пензенская область	11 443 926,2
Псковская область	5 544 973,3
Ростовская область	34 586 176,2
Рязанская область	9 605 898,6
Самарская область	27 174 642,0
Саратовская область	21 043 436,2
Сахалинская область	9 343 850,3
Свердловская область	41 689 409,6
Смоленская область	8 271 919,5
Тамбовская область	8 703 940,5
Тверская область	11 363 881,8
Томская область	12 907 103,8
Тульская область	12 789 237,3
Тюменская область	13 272 245,1
Ульяновская область	10 708 584,3
Челябинская область	33 035 277,6
Ярославская область	10 965 945,5
Город Москва	154 543 318,2
Город Санкт-Петербург	51 643 508,1
Город Севастополь	3 366 893,2
Еврейская автономная область	2 179 848,0
Ненецкий автономный округ	1 044 006,5
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	25 746 108,6
Чукотский автономный округ	1 281 835,2
Ямало-Ненецкий автономный округ	11 300 629,5
Город Байконур	455 696,5

V Пленум Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

31 мая 2017 года, Москва



Е.Н. Сучкова

В работе пленума приняли участие представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, ЦК Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, областных организаций отраслевого профсоюза.

Участники пленума обсудили состояние и уровень оценки труда работников сферы здравоохранения в современных условиях.

Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Е.Н. Сучкова в начале своего приветствия отметила, что профессиональный союз работников здравоохранения — крупнейший профсоюз страны, членами которого являются более двух с половиной миллионов человек.

Е.Н. Сучкова также подчеркнула, что за последние годы в сфере здравоохранения произошли важные изменения для повышения доступности и качества медицинских услуг: модернизированы поликлиники и больницы, проведена переподготовка медицинских кадров, усовершенствована система подготовки специалистов, оптимизирована маршрутизация пациентов, введены целевые показатели оценки эффективности системы. Говоря об эффективности этих мер, заместитель главы ФОМС напомнила об увеличении продолжительности жизни россиян до 72 лет, снижении смертности во всех возрастных

группах населения и практически по всем нозологиям, о стабилизации демографической ситуации в стране.

«Обязательное медицинское страхование сегодня — основная ресурсная база отечественного здравоохранения, это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи, — сказала Е.Н. Сучкова. — За счет субвенций Федерального фонда ОМС оплачивается уже порядка 80% стоимости всей медицинской помощи, оказываемой нашим гражданам. Базовая программа ОМС является фундаментом современной системы охраны здоровья, охватывая практически все виды медицинской помощи: первичную медико-санитарную, включая профилактическую, специализированную и высокотехнологичную, скорую медицинскую помощь.

Субвенции территориальным фондам ОМС для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации только за последние 5 лет увеличились в 2,4 раза: с 640 млрд рублей в 2012 году до более 1,5 трлн рублей в 2016-м».

Заместитель председателя ФОМС особо подчеркнула роль Федерального фонда обязательного медицинского страхования в укреплении кадрового потенциала системы здравоохранения, в устранении территориального дисбаланса распределения медицинских работников, ставшего острой проблемой в последние годы.

Е.Н. Сучкова проинформировала, что с 1 января 2018 года будет очередное повышение целевых значений соотношения заработной платы отдельных категорий медицинских работников к средней заработной плате по экономике: до 200% — у врачей, до 100% — у среднего и

Е.Н. Сучкова обратила внимание участников пленума на работу страховых представителей, которые начали свою деятельность с середины 2016 года. «Страховые представители, от оператора контакт-центра до эксперта качества медицинской помощи, другие обеспечивающие

Обязательное медицинское страхование сегодня — основная ресурсная база отечественного здравоохранения, это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи. За счет субвенций Федерального фонда ОМС оплачивается уже порядка 80% стоимости всей медицинской помощи, оказываемой нашим гражданам.

Базовая программа ОМС является фундаментом современной системы охраны здоровья, охватывая практически все виды медицинской помощи: первичную медико-санитарную, включая профилактическую, специализированную и высокотехнологичную, скорую медицинскую помощь.

младшего медицинского персонала. «Прирост субвенции в 2017 году, утвержденный в Федеральном законе о бюджете Фонда, обеспечивает выполнение Указа Президента в соответствии с этим сценарием, — сообщила заместитель председателя ФОМС, уточнив, — на 2018 год запланированы необходимые средства на прирост субвенций территориальным фондам, для того, чтобы уже с 1 января 2018 года заработная плата медицинских работников соответствовала целевым значениям, обозначенным в Указе».

«Реализуемая за счет средств бюджета ФОМС программа «Земский доктор» за четыре года позволила привлечь в сельскую местность почти 24 тысячи врачей, только в 2016 году в программе приняли участие почти 5 тысяч врачей, — сообщила заместитель руководителя ФОМС. — На эти цели с 2012 года ежегодно в бюджете Федерального фонда предусматриваются 3,2 млрд рублей. Программа дважды расширялась за счет увеличения возраста ее участников с 35 до 50 лет и за счет включения в нее, кроме сельских населенных пунктов, рабочих поселков и поселков городского типа.

Федеральная программа мотивировала регионы на финансирование своих программ по привлечению медицинских работников со средним образованием в сельское здравоохранение — уже 21 регион реализует свои локальные программы, а с 2017 года еще 9 субъектов РФ присоединятся к программе развития сельского здравоохранения».

функционирование организационных инноваций специалисты — это новые работники нашей отрасли: сотрудники контакт-центров, диспетчеры, логистики, специалисты IT-технологий, высококвалифицированные медицинские эксперты. За прошедший год мы наполнили кадрами обновленную схему работы с застрахованными, запустили во всех регионах контакт-центры, обеспечили техническую и методическую настройку информационного взаимодействия участников ОМС. С 2017 года к работе приступили более 6,5 тысяч страховых представителей», — сказала она.

В завершение своего выступления Е.Н. Сучкова выразила благодарность от Федерального фонда обязательного медицинского страхования за плодотворное сотрудничество Центральному комитету Профсоюза работников здравоохранения и лично его председателю — М.М. Кузьменко. «Именно по предложению ЦК профсоюза мы внесли изменения в нормативную базу, снижающие размеры штрафных санкций, применяемых к медицинским организациям за некоторые установленные правовыми актами нарушения при оказании ими медицинской помощи», — отметила она, добавив, что по другим предложениям ЦК Профсоюза работников здравоохранения работа продолжается.

І-й Международный медицинский инвестиционный форум

6 октября 2017 года, Москва





В Конгресс-центре Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова состоялся І-й Международный медицинский инвестиционный форум.

Цель мероприятия — поиск путей государственного стимулирования инвестиций в здравоохранении; объединение усилий государственных органов управления здравоохранения и промышленности и субъектов фармацевтического и биотехнологического рынка для совместного решения задач; выработка конкретных предложений по созданию благоприятных условий для улучшения инвестиционного климата в здравоохранении, повышение конкурентоспособности сферы здравоохранения и роли в экономике.

В работе форума приняли участие ведущие российские и зарубежные инвестиционные компании, научноисследовательские институты в области биотехнологий и медицины, фармацевтические и биотехнологические компании, медицинские центры, оснащенные высокотехнологичным оборудованием, производители «умных» электронных медицинских гаджетов, а также создатели новейших технологий в области медицины.

Обращаясь к участникам мероприятия, заместитель председателя ФОМС Е.Н. Сучкова напомнила, что приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения обеспечивают доступность и качество медицинской помощи, а модернизация системы ОМС, поддерживаемая Президентом РФ, направлена, прежде всего, на усиление страховых принципов.

Е.Н. Сучкова обратила внимание присутствующих, что отечественная система ОМС находится на рубеже своего 25-летия, и относительно зарубежного опыта российская страховая модель еще довольно молода. «Динамично развиваясь, ОМС реализует механизмы государственночастного партнерства, - заметила заместитель руководителя ФОМС. – До 2010 года частный сектор составлял всего 7,6% от общего числа медицинских организаций в ОМС. В 2010 году был принят федеральный закон № 326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который не только расширил правовое поле для участников ОМС, но и четко определил их права и обязанности. После этого сфера обязательного медицинского страхования стала более привлекательной для частного бизнеса. С 2011 года число частных медицинских организаций, работающих в ОМС, постоянно увеличивается, и на сегодняшний день их число составляет более 2,7 тысяч (почти 30%)».

В завершение своего выступления заместитель председателя ФОМС особо подчеркнула: «Мы ждем от медицинского бизнеса социальной ответственности».

Семинар «Основы профсоюзного менеджмента»

22 сентября 2017 года, Москва

редставители Федерального фонда ОМС и Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков приняли участие в семинаре Института профсоюзного движения Образовательного учреждения профсоюза высшего образования «Академия труда и социальных отношений».

Заместитель начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования О.Ф. Гавриленко напомнила участникам семинара, что в рамках совершенствования системы здравоохранения поставлена цель перехода на пациентоориентированную модель, в центре внимания которой, прежде всего, человек. «В этой модели на страховые медицинские компании (СМО) возложена, в том числе и ответственность по информированию застрахованных», – подчеркнула она, отметив, что реализуется такая функция через трехуровневый институт страховых представителей. «Когда начали работать страховые представители, мы заметили, что круг вопросов, которые волнуют людей, изменился. Если раньше звонившие в страховые компании спрашивали: где и как получить полис, то теперь больше их интересует, например, перечень бесплатных услуг. Не справочная информация, а аспект защиты прав стал лидирующим», – сообщила представитель ФОМС.

Обращаясь к лидерам профсоюзных движений, О.Ф. Гавриленко призвала их принять участие в информировании трудящихся о новом формате защиты прав застрахованных в системе ОМС – страховых представителях.

Говоря о контроле за деятельностью СМО, заместитель начальника Управления организации ОМС рассказала о введении единого электронного журнала. «В каждом субъекте Российской Федерации этот журнал один для территориального фонда и страховых компаний. И ТФОМС может оценить работу страховщика с обращениями граждан: в частности, своевременность и качество обработки жалоб», — пояснила она.

0.Ф. Гавриленко рассказал о работе с середины 2016 года первого уровня страховых представителей, о функционале второго уровня. А также констатировала, что, несмотря на намеченный старт в 2018 году деятельности третьего уровня, в ряде крупных СМО в тестовом режиме уже начала реализовываться такая практика.



Руководитель Комитета Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков по взаимодействию с органами государственной власти и средствами массовой информации С.В. Плехов отметил, что за последние годы система ОМС стала максимально прозрачной. «Теперь каждый застрахованный может зарегистрироваться в личном кабинете и там посмотреть: какие медицинские услуги ему были оказаны и какую сумму страховая компания перевела за них медицинскому учреждению», — рассказал он лидерам профсоюзов, отметив, что благодаря этому нововведению стали видны еще и приписки.

Рассказывая о первых результатах работы страховых представителей, С.В. Плехов сообщил, что 90% проблем застрахованных удается решить уже при первичном обращении. «Как правило, в течение суток решаются вопросы по получению медицинской помощи, — рассказал он. — В 2,4 раза произошло увеличение суммы страхового возмещения застрахованным со стороны СМО в досудебном порядке, а в судебном сумма увеличилась в 1,6 раза». Резюмируя информацию о функционале страховых поверенных, представитель Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков отметил ключевые функции нового института ОМС: информационная и координационная работа с застрахованными, усиление профилактической направленности, защита прав застрахованных.

Медицинский вестник

Программа госгарантий стала отчетливей отражать пациентоориентированные направления развития отрасли

«Какие медицинские услуги я могу получить по полису ОМС?» — это один из наиболее распространенных вопросов в адрес страховых медорганизаций и территориальных фондов ОМС. Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на текущий год претерпела ряд существенных изменений. О нововведениях порталу Medvestnik.ru рассказала начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук.

Светлана Георгиевна, как изменилась программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2017 году? И в чем суть этих изменений?

Программа с этого года стала отчетливей отражать пациентоориентированные направления развития отрасли. Теперь территориальная программа госгарантий обязательно должна включать требования к системе защиты прав граждан при получении медицинской помощи.

Еще одно нововведение касается системы оплаты медицинской помощи. Способы оплаты медпомощи – это инструмент, оказывающий существенное влияние на целый ряд характеристик системы здравоохранения. Поэтому к ним всегда приковано особе внимание. Минздравом России и ФОМС в постоянном режиме отслеживаются результаты эффективности применения способов оплаты медицинской помощи в рамках ОМС. Программа госгарантий с этого года дополнена новым способом оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Речь идет об оплате за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую больницу, преждевременной выписке пациента при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа. Раньше такие случаи часто становились предметом споров между медиками и страховщиками. Теперь эта сфера нормативно урегулирована.

Кроме того, конкретизированы критерии доступности и качества медицинской помощи. Исключен ряд статистических показателей общественного здоровья, дублирующих целевые индикаторы государственной программы «Развитие здравоохранения».



Мы продолжаем уделять повышенное внимание профилактическому направлению: базовый объемный норматив амбулаторных посещений с профилактическими целями увеличен на 16,7% к показателю 2016 года. В то же время дополнительно оптимизированы объемы специализированной медицинской помощи, так как заболеваемость такими нозологиями, как туберкулез или сифилис, психические расстройства, за последние 5 лет существенно сократилась: туберкулез более чем на 20%, венерологические заболевания почти на 40%, психические расстройства - на 15%. Эти болезни – зона ответственности региональных бюджетов, и приведенный пример реструктуризации нормативов объемов медицинской помощи внутри подушевого норматива финансирования демонстрирует наше желание сократить нагрузку на бюджеты субъектов.

И еще, впервые программа государственных гарантий дополнена положением, разрешающим установление нормативов объемов медицинской помощи в территориальных программах на уровне ниже базовых, при подтверждении корреляции их с соответствующими показателями заболеваемости и смертности в регионе.

Изменилось ли финансирование государственной программы оказания бесплатной медицинской помощи в части ОМС?

Подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо в 2017 году составляет 8958,2 рубля. Это почти на 6% больше подушевого норматива 2016 года. Запланированные федеральным законом о бюджете ФОМС размеры этого норматива на 2018 и 2019 годы – 9281,9 и 9559,4 рубля соответственно.

При этом средние нормативы финансовых затрат по видам и условиям оказания медицинской помощи также проиндексированы на 4% по сравнению с 2016 годом с учетом прогноза социально-экономического развития.

И в связи с разговором о программе государственных гарантий возникает вопрос: все-таки когда же появится простой и понятный перечень тех услуг, получение которых в поликлиниках и больницах нам гарантировано на бесплатной основе?

состояния при помощи медицинских услуг, номенклатура которых утверждена отдельным приказом Минздрава России, имеющим нормативную силу. Это несколько тысяч позиций.

Так как вы представляете себе этот «простой и понятный перечень бесплатных услуг»? Как его формализовать? Что это: перечень заболеваний или номенклатура медицинских услуг? Но оба этих перечня существуют уже много лет. Они в открытом доступе. За отказ в предоставлении информации даже установлена административная ответственность медицинских работников. К сожалению, это не стало решением проблемы. Мы по-другому взглянули на эту задачу: пациенту не нужен этот перечень, ему просто надо быть уверенным, что он по полису ОМС сможет получить необходимую качественную медицинскую помощь в полном объеме.

Когда вы попадаете в дорожно-транспортное происшествие, вы же не ищете Правила дорожного движения, Уголовный кодекс или КоАП? Вы вызываете ГИБДД, того, кто знает, что делать в данной ситуации. Вот поэтому мы и создали новый механизм защиты прав застрахованных – институт страховых представителей. Если невозможно попасть к врачу-специалисту, если за УЗИ или анализы требуют денег, – следует набрать номер страховой компании, который указан на каждом полисе. Дать разъяснения, помочь решить вопрос поможет страховой представитель. По сути, каждый застрахованный получает своего персонального омбудсмена. Прошел всего год с начала реализации этого проекта, а мы уже имеет ощутимые результаты его эффективности. Более 90% про-

В следующем году будет 20 лет, как Правительством утверждается Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на очередной календарный год, которая является правовым механизмом реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

В следующем году будет 20 лет, как Правительством утверждается Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на очередной календарный год, которая является правовым механизмом реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Субъекты РФ ежегодно принимают и реализуют свои территориальные программы, объемные и финансовые показатели которых не могут быть ниже федеральных. Один из разделов этих программ включает Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно. В этот перечень входят практически все заболевания и даже «симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям». А диагностируются и лечатся эти болезни и

блем застрахованных по ОМС решаются при первом обращении в контакт-центры. При этом число обращений граждан РФ на горячие линии страховщиков по вопросам обязательного медицинского страхования выросло более чем на 20% в первом квартале текущего года по сравнению с соответствующим периодом прошлого. Есть увеличение показателей и по диспансеризации: за первый квартал 2016 года такой профилактический осмотр прошли 3,9 млн человек, а за аналогичный период 2017-го - уже 4,5 млн.

Так что застрахованному гражданину не нужен многостраничный список бесплатных медицинских услуг, ему нужно добавить в адресную книгу телефона номер своей страховой организации.

Медицинская газета:

ОМС: реальность и перспективы. По новым правилам в центре внимания страховых компаний должен быть пациент

Внедрение электронного документооборота в здравоохранении, создание института страховых уполномоченных в системе ОМС приносит свои плоды. О том, какие изменения происходят в обеспечении прав застрахованных граждан рассказал «Медицинской газете» директор ТФОМС Ростовской области А.В. Решетников*.

Алексей Валентинович, Ростовская область — одна из первых в стране начала внедрять электронный документооборот в здравоохранении. Как обстоят дела сегодня: удается ли поликлиникам перейти к выписке электронных рецептов, листков нетрудоспособности, ведению электронных амбулаторных карт?

Это направление в медицинских организациях все более утверждается. Уже несколько лет врачам доступен информационный сервис поиска необходимого лекарственного средства в аптеках, расположенных недалеко от места выписки рецепта. Если аптечный пункт, в котором имеется в наличии данное лекарственное средство, подключен к единой информационной системе, то выписка осуществляется в электронном виде, без оформления на бумажном носителе.

2017 год привнес еще одно новшество в электронный документооборот медицинской организации. Он вышел на межведомственный уровень — с первого июля 2017 г. появилась возможность выписывать электронные больничные листы пациентам, информация о которых передается в Фонд социального страхования (ФСС) для дальнейшей обработки. Первая успешная демонстрация такого информационного взаимодействия прошла в поликлинике № 10 Ростова-на-Дону. Уже десятки электронных больничных листов реально поступили в ФСС и по ним произведена оплата. До конца года эту возможность предполагается обеспечить повсеместно.

Что касается электронных амбулаторных карт, ваша газета уже писала об опыте наших медицинских организаций еще четыре года назад (публикация «Нужен ли врачу планшет», МГ №49 от 05.07.2013).

Сегодня подобная технология доступна уже многим поликлиникам области. При этом не только медики могут работать с электронной амбулаторной картой, пациенты



и их законные представители также могут иметь к ней доступ, что дает ряд несомненных премуществ.

А как продвигается документооборот в электронном виде в стационарах?

Здесь главный вектор движения связан с внедрением электронной медицинской карты пациента в рамках Единой государственной информационной системы здравоохранения, к которой на сегодняшний день в регионе подключены 44 медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях. В этом случае сведения обо всей оказанной пациенту медицинской помощи, при этом не только в стационарах, связаны воедино и могут быть доступны врачам для более взвешенного принятия решений при лечении.

 $^{^{\}star}$ Интервью дополнено материалом по состоянию на 9 октября 2017 г.



Участковый педиатр детской городской поликлиники № 1 Ростова-на-Дону, вызов на дом



Электронная амбулаторная карта naцueнтa online

Можно ли уточнить, какая часть тарифа ОМС уходит на содержание инфраструктуры, поддерживающей информатизацию лечебных учреждений?

Тарифы на оказание медицинской помощи по ОМС утверждаются Тарифным соглашением без разбивки по статьям затрат. Медицинские организации являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и их руководители сами заключают необходимые договоры для обеспечения жизнедеятельности организаций: на все виды услуг, коммунальные, связи, транспортные. Таким же образом оплачиваются расходы, обеспечивающие функционирование информационных систем лечебных учреждений: программное обеспечение, лицензирование, приобретение расходных материалов, доступ в сеть Интернет и так далее. Несколько лет назад эти затраты не относились к числу базовых и регулярных. Сегодня без них представить работу больниц и поликлиник невозможно. Если даже не говорить о капитальных затратах (на прокладку линий связи, приобретение вычислительной техники), то и без их учета регулярные расходы на нужды информатизации достигают нескольких процентов во всех тратах на хозяйственные нужды. Но эти траты не напрасны: информатизация позволяет серьезно экономить на бумажном делопроизводстве, транспортных, прочих административных издержках.

Алексей Валентинович, если говорить о сбалансированности территориальной программы ОМС по доходам и расходам, то удается ли это на практике в непростом для экономики году?

Конечно, мы хотели бы направить в текущем году в здравоохранение области больше средств. Но согласно требованиям Федерального закона №326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (статья 36) территориальная программа ОМС обязательно должна быть сбалансирована по доходам и расходам. Так же, как и в предыдущие годы, стоимость утвержденной территориальной программы ОМС в регионе не превышает размер бюджетных ассигнований на её реализацию. Это установлено законом о бюджете территориального фонда. Исполнение территориальной программы идет в строгом соответствии с планом. И правительство Ростовской области, уплачивающее взносы на ОМС неработающего населения, и Федеральный фонд, перечисляющий нам субвенцию, и Территориальный фонд свои обязательства выполняют четко и своевременно.

Сегодня в систему ОМС активно задействованы страховые поверенные. Как идет становление этого института на Дону?

Еще в начале года в 5 страховых медицинских организациях территории работало 133 страховых представителя первого и второго уровней, из них 68 специально обученных. А уже к концу третьего квартала их стало 233, из них прошли обучение — 191. Их деятельность находится на постоянном контроле Территориального фонда ОМС.

В области, в отличие от многих субъектов РФ, уже был опыт работы представителей СМО (с 2007 г.) и консультант-представителей фонда (с 2011 г.) в медицинских организациях. Но после разработки и утверждения Федеральным фондом серьезной нормативной базы, расширившей обязанности страховых представителей и установившей регламент взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц, их работа вышла на совершенно иной уровень. Количество переходит в качество.

С какими жалобами и предложениями чаще всего обращаются к представителям страховых компаний жители области?

На первом месте — организационные недостатки работы лечебных учреждений, на втором — вопросы качества медицинской помощи, на третьем — взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС, то есть о правомерности оплаты из личных средств тех или иных медицинских услуг.

Как я уже сказал, граждане чаще обращаются к представителям с вопросами справочно-консультационного характера. Они интересуются порядком обеспечения полисами ОМС, условиями предоставления медицинской помощи по программе ОМС. То есть хотят больше знать о своих правах в системе ОМС, вносят предложения по улучшению организации работы больниц и поликлиник, а также страховых медицинских организаций.

Стали ли страховые компании серьезнее заниматься защитой прав пациентов?

Нормативными документами Минздрава России и Федерального фонда ОМС поставлены четкие задачи, решение которых направлено на повышение эффективности работы по защите прав пациентов, конкретизация обязанностей участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц. Это и дало новый импульс этому направлению деятельности СМО.

Радикально изменился принципиальный подход к защите прав застрахованных. Если раньше СМО «вступали в дело» тогда, когда права застрахованного уже были нарушены — получена жалоба, поступил на оплату счет за медпомощь, оказанную некачественно, то теперь их работа нацелена на предотвращение жалоб и нарушений.

Главная роль в новой модели защиты прав застрахованных принадлежит страховым представителям, осуществляющим информационное действие на всех этапах оказания им медицинской помощи. Сопровождение осуществляется персонифицированно. При плановой госпитализации представитель СМО проводит мониторинг очередности и доступности медицинской помощи после выдачи направления. В случае выявления нарушений, например, превышения сроков ожидания (не более месяца), СМО обязана взаимодействовать с медицинской организацией и добиваться госпитализации в установленные территориальной программой ОМС сроки.

Еще более активизировалась работа СМО по второму направлению информационного сопровождения — при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий. Страховые представители всеми доступными способами осуществляют индивидуальное информирование граждан, подлежащих диспансеризации в текущем году, о возможности её прохождения.

Представители отслеживают, кто из информированных прошел I этап диспансеризации, тем, кто не пришел, – сообщают повторно. На сегодняшний день в Ростовской области из числа индивидуально проинформированных граждан диспансеризацию прошли 59%, что является неплохим результатом. Граждане, нуждающиеся в проведении II этапа, но не прошедшие его, также получают информацию от страховых представителей. Кроме того, ведутся телефонные опросы граждан с целью выяснения

причин отказа от осмотров. В результате за 8 месяцев 2017 г. диспансеризацию прошли почти 342 тыс. чел., что на 3% больше, чем в аналогичном периоде прошлого года.

Усилен и экспертный контроль диспансеризации, что уже дало свои плоды, — увеличилась выявляемость заболеваний. Если в 2016 г. 50% прошедших диспансеризацию были признаны здоровыми, то в 2017 г. — лишь 40%, что свидетельствует о более серьезном, не формальном подходе к раннему выявлению заболеваний.

Ростовская область — южный регион России, в который летом на отдых приезжают достаточно много иногородних. Что можно сказать об оказании медицинской помощи им, есть ли проблемы с этой группой населения? Как осуществляются взаиморасчеты?

Сейчас ТФОМС Ростовской области получает по межтерриториальным расчетам от территориальных фондов других субъектов Российской Федерации средств больше, чем оплачивает по их счетам за лечение наших застрахованных. Так, в 2016 г. баланс взаиморасчетов составил более 73 млн рублей плюсом, но не только за счет летнего отдыха иногородних пациентов. В повышении привлекательности лечения в наших медицинских учреждениях сыграло свою роль развитие высокотехнологичной медицинской помощи на Дону.



Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в Ростовской области в 2014–2017 гг.

Проблем с госпитализацией или консультативном приеме у приезжих практически не возникает. Так, в первом полугодии зафиксирована всего одна жалоба на отказ в оказании медицинской помощи вне территории страхования. Но и её, конечно, не должно было быть, поскольку полис ОМС действует по всей стране. С медицинскими учреждениями проводится регулярная разъяснительная работа на эту тему. Оснований для отказов жителям из других регионов, конечно, при наличии медицинских показаний для лечения по ОМС нет и быть не может — счета медицинским организациям области за лечение иногородних пациентов фонд оплачивает без задержек.

Алексей Валентинович, а как обстоит дело с повышением заработной платы медицинским работникам? Удается ли выполнить принятые дорожные карты?

В соответствии с постановлением Правительства Ростовской области №293 от 20.04.2017г. в региональной «Дорожной карте» с 1 октября 2017 г. предусмотрено обеспечение целевых показателей средней заработной платы врачей на уровне 180% к среднемесячной зарплате по региону, среднего медперсонала — 90%, младшего медперсонала — 80% (с учетом всех источников финансирования фонда оплаты труда).

Для безусловного выполнения Указа Президента РФ и дорожных карт в Ростовской области проэкспертированы расчеты обеспеченности средствами ОМС медицинских организаций, согласованы планы финансово-хозяйственной деятельности лечебных учреждений с увеличением фондов оплаты труда в 4-м квартале 2017 г. В тарифах на оплату медицинской помощи по ОМС предусмотрены необходимые для этого средства. Специалистами Минздрава области и Территориального фонда ОМС, рабочей группой Комиссии по разработке территориальной программы ОМС осуществляется ежемесячный мониторинг выполнения Указа Президента.

Недавно на встрече председателя ФОМС Натальи Стадченко и президента НМП Леонида Рошаля говорилось, что за некоторые нарушения санкции СМО к лечебным учреждениям стали меньше. Как вы оцениваете принятое полгода назад решение об изменении порядка проведения контроля качества медицинской помощи?

Последняя редакция Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи была разработана ФОМС с учетом реального опыта работы субъектов РФ и установила единые для всей страны размеры финансовых санкций, введенные Правилами ОМС с начала 2016 г. Данные по регионам стали сопоставимы. Можно сказать, что изменения, внесенные ФОМС в Порядок полгода назад, действительно, назрели. Были актуализированы поводы для проведения целевых экспертиз, уточнены формулировки ряда нарушений, уменьшены нормативы количества экспертиз и реэкспертиз амбулаторной помощи. Выражаясь бытовым языком, больше стало экспертизы «по делу», при этом меньше придирок к незначительным погрешностям в оформлении медицинской документации.

СМО теперь должны сосредоточиться (и это действительно происходит) на тематических экспертизах качества медицинской помощи, в первую очередь при онкологической, серьезной сосудистой патологии, включая инфаркты и инсульты. Эксперты должны выявлять факты несоблюдения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, напрямую влияющих на результат лечения. В 100% случаев страховыми компаниями должны проверяться также истории болезни и амбулаторные карты при летальных исходах.

Такой подход, действительно, привел к снижению сумм финансовых санкций. По итогам первого полугодия 2017 г. сумма санкций в целом (снижение оплаты и штрафы) по больницам и поликлиникам области снизилась на 6,8 млн руб. по сравнению с первым полугодием 2016 г., хотя сумма оплаченных по ОМС счетов совокупно по всем медицинским учреждениям увеличилась на 653 млн руб.

То есть, несмотря на расхожее мнение о якобы неподъемных санкциях, применяемых СМО, сумма их по итогам экспертиз первого полугодия 2017 г. составила всего 0,87% от размера оплаченных по ОМС счетов. Справедлив ли такой минимальный процент «уценки» медицинских услуг, так ли высоко их фактическое качество, оставлю без комментариев.

Принципиально важен и другой момент. С 2016 г. часть финансовых санкций, удерживаемых с медицинских организаций, стала направляться страховыми организациями в нормированный страховой запас Территориального фонда. Средства из него направляются на устранение причин ненадлежащего качества медицинской помощи, а именно — на приобретение и ремонт медицинского оборудования и повышение квалификации специалистов. За первое полугодие фондом было перечислено на эти цели 61,5 млн руб.

Как известно, составляется рейтинг страховых медицинских организаций. Какие позиции он включает в этом году? Насколько он востребован населением?

Рейтинг СМО как по субъектам РФ, так и в целом по России размещает Федеральный фонд ОМС на своем официальном сайте. Рейтинг составляется с 2012 года. В прошлом году он был дополнен рядом актуальных показателей по деятельности страховых представителей, в том числе активности их участия в организации профилактических мероприятий для населения, по экспертной деятельности, в частности экспертизам при летальных исходах, непрофильных госпитализациях. Всего 21 показатель, рейтинг указан по каждому отдельно, что позволяет гражданам оценить деятельность СМО именно по тем направлениям деятельности, которые важны для конкретного человека. Периодически, хотя и нечасто, вопросы от граждан по «горячей линии» о том, какая страховая компания лучше, поступают. При этом одних интересует обеспеченность пунктами выдачи полисов, других - результативность судебной деятельности СМО или объем экспертиз качества медицинской помощи, третьих - наличие обоснованных жалоб на работу СМО. В этих случаях операторы контакт-центра советуют гражданину самому посмотреть рейтинг и определиться, какие сферы деятельности приоритетны для него при выборе СМО. В любом случае, рейтинг зависит от того, насколько компании ответственно выполняют свои обязанности перед застрахованными гражданами.

Медицинский вестник

В правильно организованной страховой модели здравоохранения именно страховщики должны быть главными защитниками прав пациентов

В последнее время значительно усилилась роль страховых медицинских организаций (СМО) в реализации права пациента на медицинскую помощь. О результатах таких перемен и возможных направлениях для дальнейшего повышения качества и доступности медицинской помощи рассказал в интервью «Медицинскому вестнику» председатель Исполнительного комитета Межрегионального общественного движения «Движение против рака», член Общественного совета и Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России, эксперт рабочей группы «Социальная справедливость» Центрального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ) Н.П. Дронов.

Николай Петрович, все мы помним об одном из базовых конституционных принципов — «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Хотелось бы услышать Вашу оценку реализации этого базового положения Основного закона в современных реалиях.

Как известно, в соответствии с Конституцией в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов, других поступлений.

Не секрет, что наши сограждане далеко не в полной мере удовлетворены как доступностью медицинской помощи, так и условиями ее оказания. Это обстоятельство не могло не оказаться в поле зрения активно развивающихся в нашей стране институтов гражданского общества, в том числе пациентских организаций, которые призваны защищать права граждан в сфере охраны здоровья, и Общероссийского народного фронта (ОНФ).

Абсолютно ясно, что без использования всех ресурсов и широких возможностей системы обязательного медицинского страхования (ОМС) невозможно будет достичь желаемого нашими гражданами уровня доступности и качества медицинской помощи, повысить удовлетворенность пациентов условиями оказания медицинской помощи.

По итогам состоявшегося в начале сентября 2015 года Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!», с учётом мнений многих институтов гражданского обще-



ства, в том числе — профессионального медицинского сообщества и пациентских организаций, Президент России, лидер ОНФ В.В. Путин подписал ряд поручений. Среди них и касающиеся конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций (СМО) по защите прав застрахованных лиц, в том числе в случае необоснованного отказа в оказании медицинской помощи, по информированию о видах, качестве и условиях предоставления медпомощи; усиления контроля за исполнением СМО обязанностей в системе ОМС, а также установления мер административной ответственности за их неисполнение.

Указанные поручения полностью соответствуют задаче перехода системы ОМС на действительно страховые принципы деятельности, озвученной в Послании Президента Российской Федерации в декабре 2014 года.

Действительно, в правильно организованной страховой модели здравоохранения именно СМО, именно стра-

ховщики и должны быть главными защитниками прав пациентов, обеспечивая при этом надлежащий контроль качества медицинской помощи, её доступность, безопасность медицинской деятельности и мониторинг удовлетворённости условиями оказания медицинской помощи. Именно достижению указанных целей призван служить созданный и поэтапно вовлекаемый в работу по защите прав пациентов, застрахованных в системе ОМС, институт страховых представителей — своего рода аварийных комиссаров, проводников интересов пациентов при оказании им медицинской помощи.

Страховые представители в системе ОМС появились относительно недавно. На Ваш взгляд, это полезное начинание? И в каком формате функционирует этот институт?

Несмотря на то, что в полном объеме оценить результаты данной работы пока объективно не представляется возможным, она уже стала приносить ощутимые положительные результаты.

Современное законодательство содержит положения, закрепляющие основные стратегические полномочия страховых компаний, которые могут служить значимым инструментом защиты прав застрахованных в системе ОМС. Это — информирование, информационное сопровождение пациентов и проведение экспертизы качества медицинской помощи.

По ныне действующим правилам, граждане, то есть застрахованные лица, имеют право на получение от территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организации и медицинских организаций, непосредственно оказывающим пациентам медицинскую помощь, достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи.

В соответствии со статьей 14 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страховые медицинские организации обязаны доводить до сведения застрахованных следующую информацию: о видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи; о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медпомощи; о правах и обязанностях граждан в сфере ОМС; о порядке получения полиса.

Сейчас уже видно, что одной из ключевых задач страхового представителя должна стать практическая работа страховщика в системе ОМС по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, обязанность, осуществлять которую закреплено в ч. 9 ст. 14 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

На практике страховые медицинские организации в лице страховых представителей осуществляют инфор-

мационное сопровождение застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям, на всех этапах оказания им медицинской помощи. Пациент может получить информацию, например, о медицинских организациях, работающих в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации; о порядке выбора или замены СМО, поликлиники и врача; о видах и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ ОМС; о прохождении диспансеризации и прочее.

Страховые медицинские организации, согласно законодательству, должны сообщать застрахованным лицам и об их обязанностях в системе ОМС.

Информирование застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется также через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты территориальных фондов путем создания личного кабинета пациента.

Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе программного комплекса территориального фонда ОМС, интегрированного с региональными информационными системами по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме онлайн. Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Важно, что фонды ОМС и страховые медицинские компании активно внедряют практику использования современных достижений телекоммуникационной отрасли: практически повсеместно работают горячие линии, контакт по линии «пациент, застрахованный — страховая компания» максимально прост и легок.

Информирование населения — это же не только повышение правовой грамотности пациентов и защита прав на получение бесплатной медицинской помощи? Задачи перед страховщиками ставятся шире?

Совершенно верно. Есть ещё один важный момент, о котором следует сказать. Одним из стратегических принципов развития отечественной системы охраны здоровья является приоритет профилактики. Страховым представителям отведена самая серьезная, основная, роль в плане профилактики и раннего выявления заболеваний. Имеющиеся регламенты Федерального фонда ОМС предполагают, что страховой представитель не реже одного раза в квартал осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру в текущем году, в том числе не прошедших данные мероприятия,

или законных представителей этих застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра. Многие граждане России уже получили смс-уведомления о диспансеризации — о возможности бесплатно, за счёт средств ОМС, пройти проверку состояния своего здоровья и либо убедиться в том, что ты здоров, либо оперативно принять меры к лечению своевременно выявленного заболевания.

Если говорить об информационно-просветительской работе среди пациентов, проводимой пациентскими организациями, то с сожалением можно констатировать, что одних лишь усилий общественных объединений по ведению разъяснительной и просветительской работы среди населения явно не достаточно. И потому информационный сегмент работы системы ОМС, в том числе в лице страховых представителей, здесь крайне важен и очень востребован.

Практическая многолетняя деятельность нашего общественного «Движения против рака» по реализации общественно-полезного и социально значимого проекта по гражданскому контролю за соблюдением прав онкологических больных на обеспечение в установленном законодательством Российской Федерации порядке противоопухолевыми лекарственными препаратами «Динамический мониторинг состояния лекарственного обеспечения онкологических пациентов и работа с обращениями граждан» показала значительную эффективность вовлечения страховых медицинских организаций в процесс защиты и восстановления прав пациентов при рассмотрении их обращений.

При работе с обращениями пациентов мы нередко даем рекомендации обратиться в свою медицинскую страховую компанию для подключения ее к разрешению спорной ситуации в целях оказания максимально возможной помощи пациенту при защите его законных прав. И всё чаще мы имеем конкретные положительные примеры работы страховщиков в этой сфере. В целях интенсификации такой работы, более тесного взаимодействия и оперативного обмена информацией между «Движением против рака» и Межрегиональным Союзом Медицинских Страховщиков в июне 2015 года было заключено соответствующее Соглашение о сотрудничестве.

Отдельным большим блоком работы страховых медицинских организаций является контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического кон-

троля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Построение системы реального контроля качества медицинской помощи в системе здравоохранения, основанного на истинно страховых, рисковых принципах, действительно под силу только страховым медицинским организациям. Однако эта тема настолько многогранна и объемна, что ей должно быть посвящено отдельное исследование.

Новые вызовы и новые задачи, новые общественные ожидания говорят о том, что в развитии системы ОМС многое еще предстоит сделать. В каком ключе, на Ваш взгляд, должны происходить эти перемены?

На первый план сейчас выходит необходимость принятия современных, взвешенных и высокоэффективных законодательных и управленческих решений, направленных на совершенствование системы ОМС и окончательного превращения страховых медицинских компаний в полноценный, эффективный и органично завершённый инструмент защиты конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Необходимо разработать и внедрить в повседневную практику страховых медицинских организаций четкие и прозрачные алгоритмы и стандартные операционные процедуры сопровождения страховыми представителями застрахованных лиц на всех этапах получения ими медицинской помощи — от диагностики до терапии и реабилитации. Следует также усовершенствовать действующее законодательство и ведомственные нормативные акты в рассматриваемой сфере, наделить страховых представителей конкретными полномочиями по защите прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, на получение необходимой для этой работы актуальной и достоверной информации. Важен также процесс подготовки соответствующих кадров для страховщиков.

Всё это – посильные задачи. Их вполне можно решить в разумные сроки, опираясь на накопленный системой ОМС четвертьвековой опыт, объединяя усилия бизнеса, профессионального сообщества, экспертов и представителей институтов гражданского общества, принимая во внимание опыт работы и ассистантских и диспетчерских служб в системах добровольного страхования жизни и здоровья. Тем более, что на данном историческом отрезке развития нашего общества сделать здравоохранение удобным и понятным для пациента без инструментов страхования невозможно.

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

Упразднение обязательного медицинского страхования вызовет коллапс в отрасли

О функционировании системы ОМС и ее оценке профессиональным медицинским сообществом состоялся разговор «Медицинского вестника» с членом правления и президентом Фонда поддержки общероссийской общественной организации «Общество врачей России», д.м.н., профессором А.М. Хановым.

Айрат Мидхатович, подчас современная страховая модель здравоохранения вызывает нарекания – и со стороны пациентов, и со стороны медицинского сообщества. Может, нужно ликвидировать Фонд ОМС и саму систему ОМС?

Есть народная мудрость: ломать — не строить. Существование Федерального фонда обязательного медицинского страхования просто необходимо в нынешней ситуации. Мы уже сломали существовавшую в Советском Союзе систему государственной медицины с бюджетным финансированием, выбрали систему, основанную на принципах социального страхования. И теперь важно последовательно придерживаться именно этой модели. Никакой необходимости в ее замене сегодня я не вижу.

Более того, в условиях современной ситуации ограниченности ресурсов и при политике Минфина постоянного сокращения финансирования отраслевых задач в сформированной системе платежей за оказанные медицинские услуги, упразднение ФОМС приведет к коллапсу в отрасли. Конечно, организационные механизмы системы здравоохранения и ее финансирования нуждаются в совершенствовании, но столь радикальная мера, как ликвидация ОМС, не только усугубит существующие проблемы, но доведет нас до дна пропасти.

Что касается нареканий, то, как говорится, не ошибается тот, кто ничего не делает. Безусловно, есть недостатки, но в целом и Фонд, и сама система ОМС стали действительно эффективно работать. Были устранены и устраняются те проблемы, которые на слуху у всех — в плане прозрачности системы, в плане перераспределения средств, в отношении тарифной политики и так далее. И население видит положительные перемены. Это демонстрируют данные ВЦИОМ. Социологами задавался вопрос «Как вы считаете, какие проблемы российской системы здравоохранения требуют улучшения в первую очередь?». На низкое качество медицинских услуг указали 50% респондентов в целом (лидер среди обозначенных проблем). На недостаточный уровень профес-



сиональный подготовки врачей — 49%. На третьем месте оказалась проблема нехватки современного медицинского оборудования в больницах и поликлиниках. На неэффективную работу страховых медицинских организаций и ФОМС обратили внимание лишь 9% респондентов.

Более того, процент тех, кто положительно оценивает состояние дел в здравоохранении и при этом обращался к медикам недавно, выше, чем у тех, кто за медицинской помощью не обращался. Показательно?

Эти данные показывают причины недовольства населения отдельными сегментами системы здравоохранения. Но в чем первопричина всех этих проблем, на Ваш взгляд? Не страховые ли принципы тому виной?

Мы часто обсуждаем эти вопросы на различных общественно-политических площадках, в том числе и на

площадке ОНФ. И, как правило, ответ один – причина в недостаточном финансировании. Расходы федерального бюджета на здравоохранение сокращаются с каждым годом. Да, бюджет Федерального фонда ОМС показывал хорошую динамику вплоть до 2014 года. И даже после возникновения экономических проблем внешнего характера, Фонд увеличивает каждый год расходы на финансирование программы обязательного медицинского страхования в регионах. Немного, но увеличивает. Растет и подушевой норматив. При том, что многие государственные программы с бюджетными источниками финансирования или приостановлены или сокращены, защищенные целевые средства, формирующиеся за счет взносов на ОМС, показали жизнеспособность и в нынешних непростых условиях.

В настоящее время совокупные государственные расходы на здравоохранение, по мнению наших серьезных экспертов, составляют примерно 3,5-3,7% от ВВП. Эта доля явно мала для любого государства. Имея такие ис-

С середины прошлого года в системе ОМС появился новый элемент – начали работать с населением страховые поверенные. Основной претензией при вводе этого института стал вопрос источников финансирования.

Работа страховых поверенных обеспечивается за счет средств страховых компаний. При этом объемы средств на ведение дела у страховых компаний постоянно снижаются: мало кто из них тратит больше 1% от объема поступающих из территориальных фондов субвенций на ОМС.

Многие добросовестные страховые компании в той или иной степени и ранее выполняли функции информирования населения и контроля качества медуслуг, но сейчас это стало их приоритетом. Пациент не должен чувствовать себя брошенным в трудной ситуации. И задача страховой медицинской организации как раз эту помощь обеспечить, в том числе совместно с другими общественными организациями. Всем нам надо сотруд-

Существование Федерального фонда обязательного медицинского страхования просто необходимо в нынешней ситуации. Мы уже сломали существовавшую в Советском Союзе систему государственной медицины с бюджетным финансированием, выбрали систему, основанную на принципах социального страхования. И теперь важно последовательно придерживаться именно этой модели.

ходные цифры, сетовать на то, что плоха система ОМС, некорректно. Решение проблем находится в секторе увеличения доли здравоохранения в структуре всех наших расходов. Ну, представьте себе, что в бюджетных расходах некоторых шведских ландстингов — административно-территориальных единиц органов региональной власти — на долю социальных расходов приходится до 80% всей расходной части регионального бюджета. И — да, в Швеции государственная система здравоохранения, которую приводили в пример долгие годы и которая сейчас подвергается жесткой критике и за снижение качества и доступности медицинской помощи, и за непомерно высокий уровень затрат на ее поддержание.

Это я говорю для тех, кто считает «себестоимость» нашей системы ОМС слишком дорогой, и тем, кто считает страховые компании «лишним звеном». В 2015 году расходы страховщиков на ведение дела составили порядка 15 млрд рублей. Еще 4 млрд они заработали на санкциях к медицинским организациям, вернув при этом в ОМС более 60 млрд рублей. При этом расходная часть бюджета Федерального фонда на территориальные региональные программы ОМС составила почти 1 трлн 428 млрд рублей. Поделите расходы страховщиков, обеспечивающих контроль качества медицинской помощи, на объем финансирования. Много систем работает с такой эффективностью?

ничать в интересах застрахованного, в интересах пациента, а не перетягивать одеяло на себя. Только этот путь я считаю правильным.

Но существуют опасения, что страховые представители будут продвигать услуги частных медцентров. Насколько эти предположения обоснованы?

Мысли о возможном лоббировании страховыми представителями частных медицинских организаций считаю лишенными доказательной базы, это уже какая-то теория заговора. Поверенные, которые являются сотрудниками работающей в ОМС страховой компании, будут навязывать пациентам платные услуги, уводя деньги от своего работодателя и рискуя потерять работу? Это же абсурд.

Заблуждения относительно системы обязательного медицинского страхования обрастают различными
странными мифами. Например, высказываются утверждения, что страховые организации потребляют более
10% всех расходов. А на самом деле расходы на ведение
дела застрахованного в системе ОМС (РВД) стабильно
снижаются. Средняя величина расходов на ведение дела
СМО по России снизилась в 2016 году до 1,05%, что на
0,36 порядковых пункта меньше, чем было три года назад. А платежи, связанные с медико-экономическими
экспертизами, контролем качества и информированием

населения, составляют 10% от РВД, что еще раз подтверждает, что структура расходов страховых медицинских компаний отвечает реалиям рынка и экономически обоснована.

Тогда в чем же суть проблем ОМС?

На наш взгляд, в России на сегодняшний день просто не завершено строительство полноценной страховой модели. Что я имею в виду? Страховые медицинские организации (СМО) не обладают всеми функциями страховщиков. У СМО практически ликвидированы страховые резервы. Мы видим низкую инвестиционную привлекательность отрасли. Зато слышим, что их собственные активы не позволяют вводить «рисковые» модели страхования. Но при таких заданных условиях у страховых медицинских организаций нет рычагов влияния на выбор медицинских организаций, нет механизмов оптимизации деятельности не только региональных систем

данам медицинской помощи. Затем — последовательное и поэтапное введение полноценных страховых принципов, обострение конкуренции среди СМО, легализация соплатежей застрахованных в структуре страхового взноса, повышение комфортности системы для пациентов и создание условий для привлечения частного капитала. А потом — увеличение масштабов участия страховщиков в совершенствовании организации медицинской помощи.

Конечно, существующая система не идеальна. Но именно эта система позволила достичь существующих положительных результатов в части увеличения продолжительности жизни и снижения смертности. По данным Минздрава, за 2016 год ожидаемая продолжительность жизни населения впервые в нашей истории превысила отметку в 72 года.

За последние 5 лет наблюдается постоянное снижение смертности от всех причин. Согласно статистике Росстата, за 7 месяцев текущего года смертность населения снизилась на 2,3 % и составила 12,7 на 1000 населения.

Очевидны два последовательных этапа дальнейшей настройки системы. Первый вектор изменений — дальнейшее укрупнение страховых медицинских организаций, повышение концентрации рынка. Второй — обеспечение большей сбалансированности программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

здравоохранения, но даже отдельных клиник или амбулаторных учреждений.

Шаги по оптимизации системы ОМС уже предпринимаются, что отображено в программе «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Все предложенные меры позволят в значительной степени усовершенствовать систему ОМС.

Очевидны два последовательных этапа дальнейшей настройки системы. Первый вектор изменений — дальнейшее укрупнение страховых медицинских организаций, повышение концентрации рынка. Второй — обеспечение большей сбалансированности программы государственных гарантий бесплатного оказания граж-

Причем достигнутые результаты обусловлены снижением смертности от всех основных причин. На протяжении текущего года удерживается исторический минимум показателя младенческой смертности, которая за 7 месяцев снизилась еще на 11,7% и составляет 5,3 на 1 000 родившихся живыми. При этом более чем в половине регионов (в 43 из 85 субъектов Российской Федерации) этот показатель уже ниже 5,0, что соответствует лучшим мировым результатам. Есть регионы с показателем 3,4!

Все эти основные показатели лучше всяких слов свидетельствуют о том, что система стала работать лучше.

УДК 614.2

Актуальные вопросы организации и финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи

О.В. Царева

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



О.В. Царева

Реферат

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) больше не является эксклюзивом: она стала одним из базовых компонентов современной системы здравоохранения. Благодаря включению методов ВМП в базовую программу ОМС, произошло повышение доступности данного вида медицинской помощи населению, а также повыше-

ние контроля над медицинскими организациями, оказывающими ВМП.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, финансирование, повышение доступности, базовая программа ОМС.

Для корреспонденции:

Царева Ольга Владимировна – начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования, к.м.н.

Тел.: (495) 987-03-80, (495) 987-03-83, (499) 973-49-18 доб.: 1100 Адрес: Москва, ГСП-4, 127994, ул. Новослободская, 37, корп. 4A Охрана здоровья населения является одним из основных направлений государственной политики. Медицинская помощь, оказываемая населению, делится на несколько видов, и одним из компонентов каждой современной системы здравоохранения является так называемая высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).

Основные этапы развития системы оказания ВМП в России

Необходимость принятия мер по развитию ВМП в России была поставлена на повестку дня Указом Президента Российской Федерации от 26 сентября 1992 г. № 1137, в котором Правительству РФ было поручено предусматривать целевое финансирование из бюджета дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемым ежегодно Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Дальнейшее развитие этот вопрос получил в конце 1997 года: в Распоряжении Президента РФ от 29 декабря 1997 г. № 536-рп одобрялось предложение о создании Российского центра медицины высоких технологий, а Правительству поручалось разработать и утвердить Федеральную целевую программу «Медицина высоких технологий, которая уже к концу 1998 г. была утверждена Постановлением Правительства РФ от 25 ноября 1998 г. № 1391. Сроки ее реализации были установлены с 1999 по 2007 гг.

Важнейшим этапом в развитии оказания ВМП с 2006 года явился национальный проект «Здоровье», в рамках которого были поставлены цели обеспечить равную доступность ВМП для нуждающихся вне зависимости от места проживания для граждан Российской Федерации.

До 2014 года оказание ВМП финансировалось в основном из средств федерального бюджета. С 2014 ВМП была разделена на две части: одна часть — была включена в государственную программу обязательного медицинского страхования (ОМС) и стала оказываться за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), другая — по-прежнему оказывалась за счет средств федерального бюджета. Данная мера была принята с целью повышения доступности оказания медицинской помощи для населения, а также для сокращения среднего времени ожидания госпитализации. С этого же года ВМП начала оказываться и в экстренной форме.

Оказание ВМП сегодня

В настоящее время вся высокотехнологичная медицинская помощь финансируется из бюджета ФОМС, но принцип дальнейшего распределения ресурсов принципиально различается: финансовое обеспечение ВМП, включенной в государственную (базовую) программу ОМС, осуществляется путем перечисления средств тер-

риториальным фондам, а финансовое обеспечение ВМП, не включенной в государственную программу ОМС, осуществляется напрямую федеральным государственным учреждениям (ФГУ), в рамках выполнения ими государственного задания по оказанию данного вида помощи. Кроме того, из бюджета Федерального фонда осуществляется софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании ВМП.

Перечень видов и методов ВМП, а также их стоимость ежегодно утверждается Правительством РФ. В 2017 году он содержит 42 группы ВМП, включенных в базовую программу (ОМС), и 66 групп ВМП, не включенных в базовую программу ОМС.

В целях поэтапного расширения перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых в рамках базовой программы ОМС, в 2016 году осуществлялось финансовое обеспечение дополнительно 54 методов ВМП, а в 2017 году добавилось еще 4 метода по профилям «Акушерство и гинекология», «Педиатрия», «Сердечно-сосудистая хирургия» и «Урология».

Кто может претендовать на лечение

Право на оказание бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи имеют все без исключения граждане нашей страны. Главный критерий ее получения — медицинские показания.

Как получить направление на госпитализацию

Решение о необходимости получения ВМП принимает лечащий врач. Он же направляет больного на более углубленное обследование, чтобы исключить возможные противопоказания.

После этого врач выдает направление на госпитализацию для оказания ВМП и готовит комплект документов, который передается лечебным учреждением в Комиссию по отбору пациентов на оказание ВМП органа управления здравоохранением субъекта РФ. После принятия Комиссией решения о том, что больной действительно нуждается в оказании ВМП, она направляет документы пациента через специализированную информационноаналитическую систему Минздрава России в рекомендуемое ему федеральное медицинское учреждение, которое оказывает ВМП по данному профилю. При этом на пациента оформляется электронный талон ВМП. Комиссия федерального медицинского учреждения рассматривает медицинские документы пациента и принимает то или иное решение, о чем информирует посредством уведомлений в системе Минздрава.

В случае определения даты госпитализации, пациент может получить талон и информацию, необходимую ему для подготовки на госпитализацию в федеральную клинику в департаменте здравоохранения.

Если вид ВМП, в котором нуждается пациент, включен в базовую программу, лечебное учреждение готовит точ-

но такой же пакет документов, но направляет его непосредственно в принимающее медицинское учреждение.

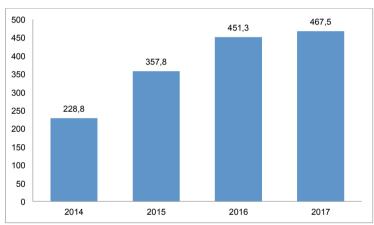
Как уже упоминалось выше, ВМП оказывается и в экстренной форме, когда больной не может ждать. Например, пациенты с острым коронарным синдромом (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), нуждающиеся в незамедлительном стентировании коронарных сосудов, эту помощь получают немедленно.

Основные результаты оказания ВМП в рамках базовой программы ОМС

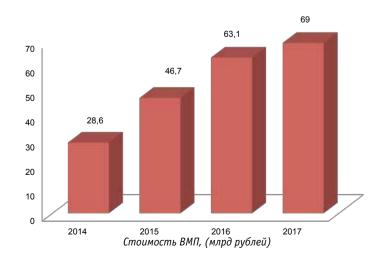
Финансирование ВМП в рамках базовой программы ОМС ежегодно увеличивается. В 2014 году размер финансового обеспечения составил 28,6 млрд рублей, в 2015 году — 46,7 млрд рублей, в 2016 году — 63,1 млрд рублей, то есть по сравнению с 2014 годом финансирование увеличилось более чем в 2 раза, а по сравнению с 2015 годом на 30%.

Утвержденная стоимость ВМП в рамках базовой программы ОМС на 2017 год составляет 69,0 млрд рублей. Значительный размер финансового обеспечения (более 80% от общего объема использованных средств) направлен на оплату ВМП по профилям: сердечно-сосудистая хирургия (12,5 млрд рублей), травматология и ортопедия (5,1 млрд рублей), онкология (3,9 млрд рублей), неонатология (2,6 млрд рублей), офтальмология (2,4 млрд рублей). Средняя стоимость одной госпитализации при оказании ВМП в целом по Российской Федерации в 2017 году составляет 145,9 тыс. рублей. При этом и тарифы на ВМП в рамках ОМС, и ее объемы также ежегодно увеличиваются.

Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и имеющих лицензию на оказание ВМП, в 2017 году представлен 984 медицинскими организациями, в том числе 749 медицинскими организациями субъектов Российской Федерации, 143 ФГУ и 92 медицинскими организациями негосударственной формы собственности.



Объемы ВМП, (тыс. госпитализаций)



Таким образом, благодаря включению методов ВМП в базовую программу ОМС, произошло повышение доступности данного вида медицинской помощи населению за счет увеличения объема оказываемых видов, снижение сроков ожидания получения медицинской помощи, сокращение размеров финансовых затрат на случай лечения, а также повышение контроля медицинских организаций, оказывающих ВМП.

Основные результаты оказания ВМП, не включенной в базовую программу

С целью правового и финансового регулирования, а также для оказания своевременной и ритмичной медицинской помощи в полном объеме была принята вся необходимая нормативная база.

На 2017 год и аналогично на 2018 и 2019 годы на оказание ВМП вне ОМС в бюджете ФОМС запланированы средства в размере 96,7 млрд рублей, в 136 федеральных клиниках, в том числе:

- 90,7 млрд рублей на выполнение государственного задания ФГУ;
- 6,0 млрд рублей на софинасирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании ВМП вне ОМС медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

Указанные объемы финансирования в 2017 году превышают аналогичные показатели 2015—2016 годов.

В каждой из 136 федеральных клиник имеется свое государственное задание, которое распределяют их учредители – федеральные органы исполнительной власти:

ФОИВ	Количество ФГУ
Минздрав России	79
Федеральное медико-биологиче- ское агентство	25
Федеральное агентство научных организаций	17
Управделами Президента России	4
Минобрнауки России	3
Минобороны России	3
Минтруда России	3
МЧС России	1
Росавиация	1

Механизм прямого субсидирования ускорил сроки получения субсидии медицинскими организациями. Если ранее финансовые потоки доходили непосредственно до клиник к концу первого квартала, то в 2017 году финансирование начато уже 25 января после подписания первых соглашений с медицинскими организациями и федеральными органами исполнительной власти – учредителями федеральных клиник.

По состоянию на 18 июля 2017 года в ФГУ перечислено 67,7 млрд рублей (74,6 % от предусмотренных на 2017 год средств). Направление средств напрямую целевым образом не только гарантирует стабильные выплаты заработной платы медицинским работникам, осуществление закупки оборудования и медикаментов в необходимом объеме, но и обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении. В 2017 году ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, оказывается 953 методами по 17 профилям медицинской помощи.

В заключение хотелось бы отметить, что система ОМС позволяет в полном объеме финансировать медицинские организации, стимулирована разработка и утверждение стандартов медицинской помощи, новых инновационных высокотехнологичных методов лечения. Высокие медицинские технологии при рациональном использовании ресурсов и их доступности для широких слоев населения существенно увеличивают эффективность здравоохранения, а также позитивно влияют на медико-социальные и медико-демографические показатели.

УДК 614.2

Об опыте подключения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области через региональную систему межведомственного электронного взаимодействия к электронному сервису Главного управления по вопросам миграции МВД России

В.А. Шелякин, Н.Г. Титкова, Е.А. Петрова

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области







Н.Г. Титкова



Е.А. Петрова

Реферат

В данной статье рассматривается опыт ТФОМС Свердловской области по подключению территориального фонда обязательного медицинского страхования через региональную систему межведомственного электронного взаимодействия к электронному сервису Главного управления по вопросам миграции МВД России. Указываются мероприятия, позволивше организовать данное взаимодействие и сделать его максимально эффективным. Отражены результаты актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц ТФОМС Свердловской

области, полученные в результате информационного взаимодействия с Главным управлением по вопросам миграции МВД России.

Ключевые слова: дублирующие записи, идентификация, персональные данные застрахованного лица, актуализация, региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, региональная система межведомственного электронного взаимодействия, Главное управление по вопросам миграции МВД России, Дорожная карта, запрос паспортного досье, СНИЛС.

Для корреспонденции:

Шелякин Валерий Александрович – представитель ФОМС в Уральском федеральном округе, директор ТФОМС Свердловской области Тел.: (8-343) 233-50-00, e-mail: shelyakin@tfoms.e-burg.ru

Титкова Наталья Геннадьевна — начальник управления развития ОМС ТФОМС Свердловской области Тел.: (8-343) 233-44-61, e-mail: titkova@tfoms.e-burg.ru

Петрова Екатерина Анатольевна — начальник отдела ведения регистра СМО и застрахованных ТФОМС Свердловской области Тел.: (8-343) 362-90-26, e-mail: petrovae@tfoms.e-burg.ru

Адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Московская, д.54

Тема данной статьи, на первый взгляд, кажется сложной и не совсем понятной сотруднику любого из управлений территориального фонда обязательного медицинского страхования, и правомерно возникает вопрос о профильности заявленной темы. Данная тема относится к компетенции как минимум трех управлений: организации ОМС, информационно-технического обеспечения и защиты информации. Именно многопрофильность является показателем сложности данной задачи и в то же время является необходимым условием эффективного использования данного сервиса.

Что побудило нас начать поиски дополнительных источников сведений о застрахованных лицах? Ответ на этот вопрос понятен всем, кто активно занимается актуализацией регионального сегмента единого регистра застрахованных — изменение персональных данных. Такие изменения наиболее характерны для категорий женщин и детей. Одновременная смена фамилии; документа, удостоверяющего личность; адреса места регистрации и отсутствие сведений о СНИЛС сводят возможность определения принадлежности двух действующих страховок одному застрахованному лицу практически к нулю.

Взаимодействие с информационной системой Главного управления по вопросам миграции МВД России (далее — ГУВМ МВД России) было выбрано по следующим причинам:

- информационная система содержит сведения о гражданах, часть которых содержится и в персонифицированном учете сведений о лицах, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию;
- информационная система является исторической, т.е. содержит историю изменений сведений о гражданине:
- электронный сервис ГУВМ МВД России обеспечивает обширную возможность запросов по различным направлениям.

Таким образом, межведомственное взаимодействие с электронным сервисом ГУВМ МВД России, на наш взгляд, является наиболее информативным для целей актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных.

Достижение любой цели требует пошагового решения. Далее приведен порядок подключения к электронному сервису ГУВМ МВД России ТФОМС Свердловской области:

- осуществлено подключение к региональной системе межведомственного электронного взаимодействия (РСМЭВ) в рамках соглашения с Министерством транспорта и связи Свердловской области от 10.02.2014 № ГИС-261;
- в РСМЭВ зарегистрирована информационная система для взаимодействия с ГУВМ МВД России («А56 Взаимодействие с ФМС»);

- подготовлен официальный запрос в ГУВМ МВД России с просьбой предоставить доступ к сервису, получен официальный ответ о необходимости составления Технологической карты межведомственного взаимодействия (ТКМВ);
- подготовлена и направлена (официальным письмом) в адрес ГУВМ МВД России ТКМВ. Получен ответ (в форме электронной переписки) о планируемом обращении ГУВМ МВД России в Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации с просьбой разъяснить порядок подключения ТФОМС Свердловской области к сервису ГУВМ МВД России, после получения которого планируется подготовка ответа в адрес Фонда;
- управлением информационных технологий ГУВМ МВД России был предоставлен доступ ТФОМС Свердловской области к электронному сервису «Сервисный концентратор ФМС России» (SID 0003418) после получения официального ответа с разъяснениями от Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации;
- 15.06.2016 года автоматизированное рабочее место по взаимодействию с ГУВМ МВД России введено в промышленную эксплуатацию после проведения тестирования, технологических и пусконаладочных работ.

Особо хотелось бы подчеркнуть, что получение доступа к электронному сервису ГУВМ МВД России не является самоцелью, главной задачей является эффективное использование данного сервиса. Именно комплексный подход позволяет наиболее эффективно использовать возможности взаимодействия. На схеме, приведенной ниже, отражены этапы комплексного решения данной задачи (табл. 1). Кроме того, часть работ может проводиться одновременно для ускорения процесса. И конечно, без анализа структуры регионального сегмента единого регистра застрахованных, без выявления его особенностей невозможно эффективное использование данного сервиса.

Следует отметить, что 90% записей регионального сегмента единого регистра застрахованных ТФОМС Свердловской области имеют сведения о СНИЛС, и этот факт стал решающим при выборе запроса для первоочередной реализации — «Запрос паспортного досье по СНИЛС». Запрос осуществляется по единственному ключу «СНИЛС», ответный файл содержит историю паспортного досье гражданина и персональные данные гражданина (ФИО + дата рождения). Данный запрос является максимально эффективным для определения дублирующих записей и актуализации паспортных данных застрахованных лиц.

Исходя из технологических возможностей запроса (доступен только позаписный обмен данными, скорость получения ответов составляет не более 6 тыс. в сутки), все записи регионального сегмента единого регистра за-

Таблица 1 Подключение к электронному сервису ГУВМ МВД России - комплексная задача

Этап	Задача
Первый этап	1. Анализ состояния регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц 2. Определение министерств и ведомств, ответственных на территории субъекта за доступ и работу в РСМЭВ
Второй этап	Выбор запроса для реализации при подключении через РСМЭВ к электронному сервису ГУВМ МВД России
Третий этап	Подключение ТФОМС через РСМЭВ к электронному сервису ГУВМ МВД России
Четвертый этап	Разработка программного обеспечения по реализации запроса через РСМЭВ к электронному сервису ГУВМ МВД России
Пятый этап	Статистический анализ эффективности нахождения дублирующих записей по группам записей регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц
Шестой этап	Статистический анализ эффективности получения актуальных сведений о документах, удостоверяющих личность

страхованных, имеющие сведения о СНИЛС, были разделены на группы ($ma6\pi$. 2):

- первая группа записей имеет максимальную вероятность наличия дублирующих записей записи о полисах нового образца граждан РФ, не имеющих в истории страхования сведений о полисе «старого» образца и получивших документ, удостоверяющий личность, вне установленного законом срока или в сроки, установленные законом (14,20 и 45 лет);
- вторая группа записей не имеет сведений о документе, удостоверяющем личность, или данные сведения не актуальны это записи о полисах старого образца;
- третья группа записей записи о полисах нового образца, не вошедшие в первую группу.

Как было сказано ранее, с 15 июня 2016 года в рабочем режиме осуществляется «Запрос паспортного до-

Таблица 2
Очередность формирования запросов по актуальным записям регионального сегмента единого регистра застрахованных, имеющим сведения о СНИЛС

Граждане России								Иное						
первая группа записей (новые полисы) без истории		ей ории		вторая группа (старые полисы)			третья группа записей (новые полисы) с историей				Й	граждан- ство		
	в т.ч.				ВТ	.4.				В	т.ч.			
Всего	с УДЛ*, полученным вне срока обмена, установленного законом + просроченные по возрасту "Свидетельства о рождении"	с УДЛ, полученным по сроку об- мена, установленному законом	Всего	с типом УДЛ "Иные документы"	без УДЛ или тип УДЛ не соответ- ствует шаблону	лица старше 15 лет, имеющие другие типы УДЛ	лица младше 15 лет, имеющие другие типы УДЛ	Всего	женщины от 18 до 60 лет	мужчины от 18 до 60 лет	Дети 0-17 лет	лица старше 60 лет	новорожденные 0-1 год	
Приоритет задачи	1	2		3	4	5	6		7	8	9	10	11	12
% дубликатов Регистра	1,30%	0,40%		0,25%	0,22%	0,01%	**		0,11%					

УДЛ *- документ, удостоверяющий личность

^{**-} в ответе на «Запрос паспортного досье по СНИЛС» по лицам младше 15 лет не возвращается информация о свидетельствах о рождении

сье по СНИЛС». Учитывая круглосуточный режим работы данного сервиса, ТФОМС Свердловской области за период до 01.01.2017 года осуществил запрос по 1 333,1 тыс. СНИЛС и на основании полученных от ГУВМ МВД России сведений:

- снял с учета 4,7 тыс. записей по причине признания записей дублирующими;
- снял с учета 0,8 тыс. записей по причине признания застрахованных лиц умершими;
- внес отсутствующие сведения о документе, удостоверяющем личность, у 7,0 тыс. застрахованных лиц, имеющих полис старого образца;
- актуализировал сведения о документе, удостоверяющем личность, у 33,5 тыс. застрахованных лиц, имеющих полис старого образца.

- данный сервис позволяет актуализировать сведения о документе, удостоверяющем личность, что в будущем может быть использовано при идентификации застрахованного лица;
- данный сервис позволяет осуществлять сверку персональных данных застрахованного лица со сведениями информационной системы ГУВМ МВД России, выявлять и устранять недостоверные данные в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

В заключении хочется еще раз отметить, что опыт подключения территориального фонда к электронному сервису ГУВМ МВД России является уникальным и единственным в Российской Федерации. В связи с этим, по запросу Федерального фонда ОМС рабочая группа спе-

Электронный сервис ГУВМ МВД России позволяет определять на основании актуальных сведений о документе, удостоверяющем личность, дублирующие записи как на региональном, так и на федеральном уровнях, актуализировать сведения о документе, удостоверяющем личность, осуществлять сверку персональных данных застрахованного лица со сведениями информационной системы ГУВМ МВД России.

Кроме того, внесение и актуализация сведений о документе, удостоверяющем личность, позволили идентифицировать записи, ранее не идентифицированные изза отсутствия необходимого набора параметров. Так, на 1 января 2017 года сняты с учета в Свердловской области по причине наличия более актуального факта страхования порядка 5,5 тыс. записей, идентифицированных в других субъектах Российской Федерации.

Таким образом, подводя итоги полугодовой работы ТФОМС Свердловской области с электронным сервисом ГУВМ МВД России, можно сделать следующие выводы:

данный сервис позволяет определять на основании актуальных сведений о документе, удостоверяющем личность, дублирующие записи как на региональном, так и на федеральном уровнях. Объединение дублирующих записей на региональном уровне является задачей, решаемой на уровне субъекта. Объединение дублирующих записей на федеральном уровне является задачей, требующей взаимодействия с территориальными фондами ОМС по выверке персональных данных застрахованных лиц, дополнительных трудовых и временных ресурсов;

циалистов ТФОМС Свердловской области разработала документ «Дорожная карта по подключению территориального фонда обязательного медицинского страхования через региональную систему межведомственного электронного взаимодействия к электронным сервисам Главного управления по вопросам миграции МВД России». Документ направлен в Федеральный фонд ОМС для рассмотрения и возможного применения опыта в других субъектах Российской Федерации.

Литература

- 1. Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- «Правила обязательного медицинского страхования», утвержденные приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011г. №158н.
- Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»

УДК 614.2

Основные направления работы по повышению качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в Нижегородской области

С.А. Малышева, Т.Е. Романова, В.Р. Мишанов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области







Т.Е. Романова



R Р Мишанов

Реферат

В статье проведен анализ деятельности страховых медицинских организаций и территориального фонда обязательного медицинского страхования по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в 2015-2016 годах.

Авторами обозначены первые положительные итоги внедрения института страховых представителей и перспективные направления организации защиты прав застрахованных лиц на доступную и качественную медицинскую помощь, реализуемые в Нижегородской области.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, качество медицинской помощи, Нижегородская область.

Для корреспонденции:

Мальшева Светлана Александровна — директор Территориального фонда ОМС Нижегородской области Тел.: 8(831)233-90-00, факс: 8(831)233-90-01, e-mail: info@tfoms.nnov.ru

Романова Татьяна Евгеньевна — заместитель директора по организации ОМС Территориального фонда ОМС Нижегородской области, к.м.н. Тел.: 8(831)233-90-03, факс: 8(831)233-90-01, e-mail: info@tfoms.nnov.ru

Мишанов Владимир Рудольфович – заместитель начальника отдела организации взаимодействия субъектов и участников ОМС Территориального фонда ОМС Нижегородской области, к.м.н.

Тел.: 8(831)233-90-56, факс: 8(831)233-90-01, e-mail: info@tfoms.nnov.ru

Адрес: 603006, Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6

раво на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантируется ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, а также ст. 18 и 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Одним из важнейших средств реализации названных прав является обеспечение доступности и качества оказываемой медицинской помощи.

Организация контроля качества и условий предоставления медицинской помощи определена ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а порядок регламентирован приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Подготовленные врачи-специалисты проводят как плановые и тематические экспертизы по различным заболеваниям, так и целевые экспертизы (в том числе по жалобам пациентов и их законных представителей).

Нами проведен анализ деятельности страховых медицинских организаций (далее – СМО) и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – ТФОМС Нижегородской области) по организации защиты прав застрахованных лиц и результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС. Рассмотрим показатели за 2016 год и 1-е полугодие 2017 года.

За 2016 год в ТФОМС Нижегородской области, его филиалы и СМО поступило 33 872 обращения (без учета заявлений о выборе и замене СМО или выдаче дубликата полиса ОМС, поступивших в СМО), что на 8 349 обращений больше, чем за 2015 год (25 523 обращения).

Сравнительная структура обращений представлена в таблице 1.

Наметившаяся тенденция сохранилась и в 1-м полугодии 2017 года. В сравнении с 1-м полугодием 2016 года, за счет увеличения количества устных обращений, отмечен рост общего количества обращений в 2,3 раза (что, в первую очередь, связано с работой Контактцентра ТФОМС Нижегородской области).

Из 172 жалоб, поступивших в ТФОМС Нижегородской области и СМО в 2016 году, обоснованными признаны 59 (34,3%), тогда как из 158 жалоб, поступивших в 2015 году, обоснованной признана 71 (44,9%). В сравнении с данными 2015 года общее количество жалоб

увеличилось, при этом доля обоснованных жалоб уменьшилась ($ma6\pi$. 2).

Как видим, более 2/3 обоснованных жалоб связаны с качеством медицинской помощи и организацией работы медицинских учреждений. По сравнению с 2015 годом, в 2016 году зафиксировано существенное (в 4 раза) возрастание доли обоснованных жалоб на организацию работы медицинских учреждений; вместе с тем в 2 раза снизилась доля обоснованных жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС.

Все случаи были рассмотрены в досудебном порядке. По результатам предъявления претензий к лицам, причинившим вред здоровью застрахованному лицу, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи по 8 регрессным искам получены финансовые средства в размере 113 149 рублей (в 2015 году материальное возмещение составило 43 570 рублей).

В 1-м полугодии 2017 года соотношение и структурный баланс обоснованных жалоб существенно не изменились: ТФОМС Нижегородской области и СМО рассмотре-

Таблица 1
Сравнительная структура обращений в СМО и ТФОМС
Нижегородской области

	201	5 год	2016 год		
	абс.	%	абс.	%	
Жалобы	158	0,62	172	0,50	
Заявления	38	0,15	50	0,15	
Консультации	25 240	98,89	33 492	98,88	
Предложения	87	0,34	158	0,47	
ВСЕГО ОБРАЩЕНИЙ:	25 523	100,00	33 872	100,00	

Таблица 2 Сравнительная структура причин обоснованных жалоб

	2015	5 год	2016 год		
Причина	абс.	%	абс.	%	
Качество медицинской помощи	36	50,70	25	42,37	
Взимание денежных средств за медицинскую помощь по ОМС	18	25,35	8	13,56	
Организация работы медицинских организаций	5	7,04	17	28,80	
Отказ в медицинской помощи	7	9,86	6	10,17	
Этика и деонтология	0	0,00	1	1,70	
Обеспечение полисами ОМС	1	1,41	1	1,70	
Выбор МО в сфере ОМС	3	4,23	1	1,70	
Прочие причины	1	1,41	0	0,00	
итого:	71	100,00	59	100,00	



Заседание Координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в сфере ОМС Нижегородской области

на 101 жалоба, из них обоснованными были признаны 36 жалоб (35,6%).

Основным инструментом контроля качества медицинской помощи остается экспертная работа. На сегодня в территориальный реестр экспертов качества по Нижегородской области включено 205 специалистов, из которых 87 состоят в штате страховых медицинских организаций, 9 — в штате ТФОМС Нижегородской области, а 12 экспер-

тов являются главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Нижегородской области.

В течение 2016 года ТФОМС Нижегородской области и СМО проведены медико-экономические экспертизы (далее – МЭЭ) по 460 490 страховым случаям, нарушения выявлены в 25,4% случаев (в 2015 году – в 22,3% случаев).

Сравнительная структура нарушений, выявленных при проведении МЭЭ, представлена в *таблице 3*.

Таблица 3 Сравнительная структура нарушений, выявленных при проведении МЭЭ

Нарушения, выявленные в результате МЭЭ		5 год	2016	Сред. по	
		%	абс.	%	РФ по данным за 2015 год, %
Дефекты оформления первичной медицинской документации	19 164	17,96	17 564	14,43	63,81
Нарушения при оказании медицинской помощи	21 352	20,011	17 147	14,088	12,41
Нарушения информированности застрахованных лиц	0	0,00	1	0,001	0,53
Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных	16	0,015	12	0,01	0,11
Взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	87	0,082	131	0,108	0,08
Нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов	64 225	60,19	85 365	70,135	20,7
Прочие нарушения	1 859	1,742	1 495	1,228	2,35
Всего нарушений:	106 703	100,00	121 715	100,00	100

Таблица 4 Сравнительная структура нарушений, выявленных при проведении ЭКМП

		2015 год		2016 год		
Нарушения, выявленные в результате ЭКМП	абс.	%	абс.	%	РФ по данным за 2015 год, %	
Выявлено нарушений, всего, в т.ч.:	58 255	100,00	86 570	100,00		
Дефекты оформления первичной медицинской документации	13 286	22,81	19 992	23,09	43,55	
Нарушения при оказании медицинской помощи	21 999	37,76	26 835	31,00	52,47	
Нарушения информированности застрахованных лиц	0	0,00	4	0,01	0,27	
Нарушения, ограничивающие доступность медицинской по- мощи для застрахованных	34	0,06	99	0,11	0,08	
Нарушения врачебной этики и деонтологии	0	0,00	0	0,00	0,05	
Прочие нарушения	22 936	39,37	39 640	45,79	3,58	

Таблица 5
Количество ЭКМП и выявленные нарушения по случаям стационарной медицинской помощи с летальным исходом

Наименование	2014 год	2015 год	2016 год
Количество экспертиз	9023	11261	9888
Количество нарушений	978 (10,8%)	1553 (13,8%)	1781 (18%)

Хочется обратить внимание, что при увеличении общего числа выявленных нарушений отмечено снижение абсолютного количества (на 19,7%) и доли нарушений, связанных с оказанием медицинской помощи, по отношению к 2015 году. Вместе с тем выявление нарушений, связанных с тарифами и оплатой медицинской помощи (доминирующее в структуре дефектов, выявленных при МЭЭ), также нацелено на улучшение работы медицинских организаций.

В 2016 году ТФОМС Нижегородской области и СМО проведены экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) по 286 248 страховым случаям, нарушения выявлены в 25,8% случаев (в 2015 году – в 25,3% случаев).

Сравнительная структура нарушений, выявленных по результатам ЭКМП в 2016 и 2015 годах, представлена в таблице 4.

В структуре нарушений, выявленных по результатам ЭКМП, на первом месте — нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, (45,79%), отнесенные к прочим нарушениям и связанные, как правило, с завышением тарифов. На втором месте — нарушения при оказании медицинской помощи (31,0%), на третьем — нарушения, связанные с дефектами оформления первичной медицинской документации (23,09%).

Одним из наиболее важных фрагментов работы при проведении ЭКМП является экспертиза случаев с летальным исходом.

Количество ЭКМП по случаям стационарной медицинской помощи с летальным исходом и количество выявленных нарушений в 2014, 2015 и 2016 годах представлено в таблице 5.

По результатам проведенных ЭКМП всеми СМО в 2016 году выявлено 1781 нарушение, что составило 18% от всех рассмотренных случаев при проведении экспертиз. Как видим, за 3 последних года отмечается увеличение как абсолютного (на 82,1% по отношению к показателю 2014 года), так и относительного числа выявленных нарушений.

Структура нарушений по кодам, связанным с качеством оказания медицинской помощи (при летальных исходах), отражена в *таблице* 6.

Представленные показатели наглядно демонстрируют, что нарастание «легких» дефектов в оказании медицинской помощи (в 2,9 раза по отношению к 2014 году), не повлиявших на состояние здоровья больного (не выполнены необходимые анализы, не проведены показанные пациенту обследования и консультации), рано или поздно приводит к увеличению числа нарушений, приводящих к ухудшению состояние здоровья (рост в 3,1 раза по отношению к 2014 году) или смерти человека (рост выявленных нарушений в 3,8 раза по отношению к 2014 году).

ТФОМС Нижегородской области проводит предметный анализ всех таких случаев и представляет информацию в Министерство здравоохранения нашей области для принятия организационно-управленческих решений.



Детская городская поликлиника № 39, участник проекта «Бережливая поликлиника» в Нижнем Новгороде

Активная экспертная работа была продолжена в 1-м полугодии 2017 года: ТФОМС Нижегородской области и СМО проведены МЭЭ (плановые и целевые) по 287 880 страховым случаям, нарушения выявлены в 25,6% случаев. ЭКМП (плановые и целевые) проведены по 153 691 страховому случаю, нарушения выявлены в 25,2% случаев.

Хочется отметить, что медицинские организации в полной мере реализуют свои права, предусмотренные законодательством $P\Phi$ при защите своих прав и инте-

ресов в системе ОМС. Санкции на медицинские организации накладываются только за те нарушения, которые признает администрация медицинского учреждения, или факт наличия нарушений подтвержден ТФОМС, или же имеет место судебное решение.

На радикальное изменение подходов к повышению качества оказания медицинской помощи, эффективную защиту прав и законных интересов граждан в сфере ОМС направлена деятельность ТФОМС Нижегородской области по реализации приказа Федерального фонда ОМС от

Таблица 6 Структура нарушений по кодам, связанным с качеством оказания медицинской помощи (при летальных исходах)

Код нарушения	Наименование кода нарушения Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи или стандартами медицинской помощи,	2014 год абс. (%)	2015 год абс. (%)	2016 год абс. (%)
3.2.1	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	242 (24,7%)	476 (30,7%)	692 (38,9%)
3.2.3	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск нового заболевания	99 (10,1%)	169 (10,9%)	309 (17,3%)
3.2.5	приведших к летальному исходу	6 (0,6%)	5 (0,3%)	23 (1,3%)

11 мая 2016 года №88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи».

Так с 1 июля 2016 года в Нижегородской области организована круглосуточная работа единого Контакт-центра. Специалисты готовы ответить на любые вопросы, касающиеся медицинской помощи по ОМС, а также, при необходимости, оказать практическую помощь. Телефон Контакт-центра имеет федеральный номер: 8-800-333-71-93. Звонки для граждан бесплатные.

В работу по информационному сопровождению застрахованных лиц при проведении диспансеризации с 2016 года вовлечены все страховые медицинские организации и медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС по оказанию амбулаторной помощи. За каждым застрахованным лицом закреплен конкретный страховой представитель для осуществления информационного сопровождения при прохождении профилактических мероприятий.

С ноября 2016 года ТФОМС Нижегородской области ежеквартально представляет в адрес Министерства здравоохранения Нижегородской области (для принятия организационных решений) итоги телефонных опросов застрахованных лиц, осуществляемых страховыми представителями СМО, в целях уточнения своевременности исполнения мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий и выяснения причин отказов от них.

Если в 3 квартале 2016 года низкий уровень организации проведения диспансеризации в медицинской организации (неудобный график работы медицинской организации, необходим многократный поход в поликлинику для проведения анализов и исследований, не выделен отдельный прием для лиц, проходящих диспансеризацию) отмечали 3 858 человек (10,9% от числа опрошенных лиц, которые были информированы, но не прошли диспансеризацию), то в 4 квартале такой вариант ответа во время опроса выбрали 6 576 человек (13,0% опрошенных, которые были информированы, но не прошли диспансеризацию).

Последовательная работа с главными врачами медицинских организаций, становившихся «лидерами» народного антирейтинга по итогам каждого квартала,

смогла дать толчок в реализации поставленной задачи по развитию пациентоориентированного, профилактического подхода в здравоохранении — средний показатель негативной оценки работы медицинских учреждений по организации и проведению диспансеризации во 2 квартале 2017 года по отношению к 1 кварталу снизился в 1,8 раза и составил всего 6,8%.

Новеллой 2017 года стала автоматизированная информационная система АИС «Прикрепление», позволяющая в режиме реального времени отслеживать на информационном ресурсе ТФОМС Нижегородской области, какой врач обслуживает больного в поликлинике, оперативно фиксировать переход пациента из одной медицинской организации в другую, соблюдая принцип «деньги следуют за пациентом».

Идет внедрение обновленного (на основе полученного опыта) Регламента информационного взаимодействия участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий, утвержденного совместным приказом Министерства здравоохранения Нижегородской области и ТФОМС Нижегородской области от 15.05.2017 № 855 / 220-о.

Еще одним важным направлением совершенствования медицины должна стать реализация пилотного проекта «Бережливая поликлиника», стартовавшего в нашем регионе с мая 2017 года. Методология данного проекта предусматривает перенесение эффективных технологий производственного менеджмента в медицинскую среду. Визуализация управления, циклы поиска потерь, обеспечение условий труда персонала должны помочь зачитересованным руководителям «расшить» узкие места, сократить время ожидания пациента в поликлинике, повысить комфортность и качество оказания медицинской помощи.

В пилотный проект вошли 5 медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь (2 детские и 3 взрослые поликлиники). Партнером по реализации данной программы, наряду с ТФОМС Нижегородской области и Министерством здравоохранения Нижегородской области, выступила Дирекция по развитию производственной системы «Группы ГАЗ».

УДК 614.21(470.313)

Экспертная деятельность в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области

Е.В. Манухина, В.А. Дыкин, Е.В. Мартынова

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области







В.А. Дыкин



Е.В. Мартынова

Реферат

Авторами проведен анализ экспертной деятельности в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области за 2015-2016 гг. При увеличении количества экспертиз отмечается существенное уменьшение дефектов качества медицинской помощи при значительном росте дефектов оформления медицинской документации. В структуре дефектов установлена тенденция к увеличению доли дефектов, повлиявших на течение и исход заболевания, либо создавших риск осложнений. Отме-

чен значительный рост финансовых санкций к медицинским организациям за ненадлежащее оформление медицинской документации, к страховым медицинским организациям — по результатам реэкспертиз. Предложены мероприятия по устранению выявленных нарушений с целью повышения качества и доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, обязательное медицинское страхование.

Для корреспонденции:

Манухина Елена Васильевна — заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области, к.м.н.

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

Дыкин Валентин Анатольевич — начальник отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области

Тел.: (4912)21-47-28. Сот.: 8-903-836-04-51. Факс: (4912)98-58-73. E-mail: dykin.va@tfoms-rzn.ru

Мартынова Елена Витальевна — начальник сектора отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области

Тел.: (4912)21-47-28. Сот.: 8-903-837-81-44. Факс: (4912)98-58-73. E-mail: martynova.ev@tfoms-rzn.ru

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

огласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года приоритетным направлением деятельности Правительства РФ по развитию здравоохранения является обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам страны медицинской помощи надлежащего качества. Программа государственных гарантий является инструментом обеспечения качественной, доступной медицинской помощи жителям нашей страны. При этом наиболее актуальным и действенным способом защиты прав застрахованных и повышения качества медицинской помощи является экспертная оценка, проводимая врачами-специалистами в ходе медико-экономической экспертизы (далее - МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП), для принятия управленческих решений по результатам контрольных мероприятий [1].

Цель исследования – анализ экспертной деятельности в системе обязательного медицинского страхования для установления мероприятий по повышению качества и доступности медицинской помощи.

Материалы и методы

Согласно требованиям федеральных нормативных правовых актов (приказы Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 и от 16.08.2011 №145) на территории региона страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) проведен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) за 2015-2016 гг. [3, 4]. При этом Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области (далее – ТФОМС Рязанской области) осуществляет контроль за деятельностью СМО, в том числе путем реэкспертизы медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Авторами проведен анализ экспертной деятельности в системе обязательного медицинского страхования в Рязанской области по данным отчетной Формы № ПГ за 2015-2016 гг. При изучении ресурсного обеспечения экспертной деятельности в территориальной системе ОМС нами было установлено, что, начиная с 2011 г., в соответствии с приказом ФОМС от 13.12.2011 № 230, в регионе формируется территориальный реестр экспертов КМП с размещением в сети «Интернет» на официальном

сайте ТФОМС Рязанской области. При этом в территориальный реестр включены главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Рязанской области. Установлено, что количество экспертов КМП за 6 лет значительно не изменилось, однако отмечено увеличение количества привлеченных экспертов качества медицинской помощи в 2015-2016 гг. при сохранении на одном и том же уровне штата специалистов СМО (табл. 1).

Результаты и обсуждение

В ходе анализа экспертной деятельности особое внимание уделялось обоснованным жалобам застрахованных граждан как индикатору КМП, выявившему наиболее проблемные точки в оказании медицинской помощи в регионе. Количество жалоб в 2016 г. по отношению к 2015 г. значительно не изменилось. При этом в структуре жалоб увеличилось количество обоснованных жалоб на низкое качество медицинской помощи с 14 (10,9%) в 2015 г. до 34 (27,2%) в 2016 г. Выявлено, что наиболее частыми причинами жалоб являлись: в 2015 г. – взимание денежных средств за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС, и отказ в медицинской помощи по программам ОМС, совокупная доля которых составила 60,2%; в 2016 г. - взимание денежных средств и низкое КМП, составившие 66,4% от общего количества жалоб (табл. 2).

В 2016 г. отмечается незначительное уменьшение количества плановых МЭЭ и увеличение плановых ЭКМП, при значительном росте целевых МЭЭ и ЭКМП (*табл. 3*).

Рост целевых МЭЭ обусловлен в том числе увеличением экспертиз по обращениям застрахованных лиц. Начиная с 2016 года, целевые ЭКМП проводятся во всех случаях с летальным исходом, а не только с летальным исходом при оказании медицинской помощи, что и обусловило рост целевых ЭКМП в 2016 г. Так, в 2015 г. медицинскими организациями предъявлено на оплату 3495 случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом, по которым СМО проведено 3255 экспертиз КМП. В 2016 г. по 5994 случаям с летальным исходом проведена 4961 экспертная оценка.

Количество выявленных нарушений при проведении плановой экспертизы КМП по сравнению с 2016 г. значительно не изменилось. В структуре нарушений значительно уменьшилось количество дефектов качества

Численность экспертов КМП в территориальной системе ОМС

Vo		Годы						
Количество, ед.	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Количество экспертов качества медицинской помощи, включенных в реестр, в т.ч.:	145	166	165	161	158	167		
- привлеченные эксперты качества медицинской помощи	52	59	48	63	125	86		
- штатные специалисты СМО	14	17	20	20	21	18		

Таблица 1

Таблица 2 Структура обоснованных жалоб при оказании медицинской помощи

Пришин обоснования и матеб	Показатели	Годы			
Причины обоснованных жалоб	показатели	2015	2016		
Взимание денежных средств за медпомощь по про-	абс.	53	49		
граммам ОМС	%	41,4	39,2		
Недостатки организации работы медорганизации	абс.	20	27		
	%	15,6	21,6		
Неудовлетворительное лекарственное обеспечение	абс.	8	8		
	%	6,3	6,4		
Отказ в медпомощи по программам ОМС	абс.	24	3		
отказ в медпомощи по программам оме	%	18,8	2,4		
Низкое качество медицинской помощи	абс.	14	34		
Пизкое качество медицинской помощи	%	10,9	27,2		
Нарушение этики и деонтологии медработниками	абс.	0	2		
парушение этики и деонтологии медраоотниками	%	0	1,6		
Прочие	абс.	9	2		
Прочис	%	7,0	1,6		
Всего	абс.	128	125		
BCCTO	%	100,0	100,0		
Темп прироста к предыдущему периоду	± %		-2,3		

медицинской помощи при проведении ЭКМП. Следует отметить значительный рост нарушений оформления первичной медицинской документации по результатам как плановой, так и целевой ЭКМП (табл. 4, 5).

Считаем, что внедрение в медицинских организациях региона формализованного оформления истории болезни в электронном виде значительно может снизить количество дефектов оформления первичной медицинской документации. Так, в Областном клиническом перинатальном центре внедрена медицинская информационная система, позволяющая в электронном виде вести историю болезни. В 2016 году осуществлена экспертная оценка 1568 случаев лечения в данной медицинской организации, и только в 5 случаях установлен дефект

оформления первичной медицинской документации на сумму 10743,65 руб.

При анализе структуры нарушений при оказании медицинской помощи отмечается рост дефектов качества медицинской помощи, повлиявших на течение и исход заболевания либо создавшие риск осложнений, с 13,5% в 2015 г. до 15,7% в 2016 г.

По результатам экспертной деятельности значительно увеличилась сумма финансовых санкций СМО к медицинским организациям в 2016 г. по результатам МЭЭ -14.7 млн руб. (в 2015 г. -12.8 млн руб.); по результатам ЭКМП: в 2016 г. -27.3 млн руб. (в 2015 -26.6 млн руб.).

Территориальный фонд ОМС Рязанской области в 2015 г. осуществил проведение 9518 повторных МЭЭ

Таблица 3 Результаты экспертной деятельности СМО за 2015-2016 гг.

	Колич	Темп прироста	
Виды экспертиз	2015 г.	2016 г.	к предыдущему периоду, ± %
Медико-экономические экспертизы, из них:	120 848	114521	- 5,2
плановые	119 960	112 318	-6,4
целевые	888	2 203	148,1
Экспертизы качества медицинской помощи, из них:	83452	92710	11,1
плановые	80 161	87 265	8,9
целевые	3 291	5445	65,5

и 2803 реэкспертиз КМП; в 2016 г. – 10429 и 3548 реэкспертиз соответственно. По результатам повторных экспертиз за нарушения страховых медицинских организаций условий договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ТФОМС Рязанской области установил штрафные санкции: в 2015 году — на сумму 15,3 тыс. руб., в 2016 году — на сумму 450,1 тыс. рублей.

Выводы

- 1. Экспертная деятельность ТФОМС Рязанской области и СМО в 2016 г. по отношению к 2015 г. стала более интенсивной за счет увеличения количества плановых и целевых ЭКМП, повторных МЭЭ и реэкспертиз КМП.
- 2. По результатам как плановой, так и целевой ЭКМП в структуре нарушений значительно уменьшилось количество дефектов качества медицинской помощи при значительном росте нарушений оформления первичной медицинской документации.
- 3. При существенном уменьшении количества дефектов КМП установлено увеличение доли дефектов, повлиявших на течение и исход заболевания либо создавших риск осложнений.
- 4. Установлен значительный рост финансовых санкций к медицинским организациям за ненадлежащее оформление медицинской документации.
- 5. По результатам реэкспертиз отмечен значительный рост штрафных санкций к страховым медицинским организациям.

С целью повышения качества и доступности медицинской помощи по итогам анализа результатов экспертной деятельности в системе ОМС Рязанской области, представленным на Координационном совете по защите прав застрахованных граждан 12 мая 2017 года, приняты следующие рекомендации.

- 1. Руководителям медицинских организаций:
- организовать работу по внедрению медицинской информационной системы с ведением формализованной электронной истории болезни;
- принять меры к повышению эффективности внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- принять меры к устранению недостатков в организации работы медицинских организаций, приводящих к обоснованным жалобам пациентов.

Таблица 4 Результаты плановых ЭКМП за 2015-2016 гг.

И амионалима п омагата п	Период		
Наименование показателя	2015 г.	2016 г.	
Всего рассмотрено страховых случаев при проведении плановых ЭКМП, из них:	80 161	87 265	
выявлено всего нарушений, в т.ч.:	12 649 (15,8%)	12 766 (14,6%)	
дефекты оформления первичной медицинской документации	3481 (27,5%)	6219 (48,7%)	
дефекты качества оказания медицинской помощи	7364 (58,2%)	5774 (45,2%)	

Таблица 5

Результаты целевых ЭКМП за 2015-2016 гг.

Изимонования поизолета	Период		
Наименование показателя	2015 г.	2016 г.	
Всего рассмотрено страховых случаев при проведении целевых ЭКМП, из них:	3279	5439	
выявлено всего нарушений, в т.ч.:	662 (20,2%)	1140 (21%)	
дефекты оформления первичной медицин- ской документации	213 (32,2%)	670 (58,8%)	
дефекты качества оказания медицинской помощи	278 (42%)	347 (30,4%)	

2. Страховым медицинским организациям организовать проведение целевой ЭКМП во всех случаях оказания медицинской помощи с летальным исходом.

Литература

- 1. Манухина Е.В. Защита прав застрахованных в системе ОМС Рязанской области // Социология медицины: векторы научного поиска: Сб. статей Очередной III Всероссийской науч.-практич. конф. с международным участием. М.: Издательство Перо, 2015. С. 110-111.
- Приказ ФОМС от 16.08.2011 № 145 «Об утверждении формы и порядка ведения отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования». – Электрон. дан. – Режим доступа: base. garant. гu.
- 3. Приказ ФОМС от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет». – Электрон. дан. – Режим доступа: base. garant.ru.
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации». – Электрон. дан. – Режим доступа: base. garant.ru.

УДК 614.2

Тематические экспертизы способствуют предупреждению серьезных дефектов медицинской помощи

Н.И. Гришина

000 «Росгосстрах-Медицина», Москва



Н.И. Гришина

В последнее время в страховых медицинских организациях возросло количество проводимых экспертиз, принятых и разрешенных жалоб, в том числе и с возмещением необоснованно потраченных личных средств граждан. Более года назад появился институт страховых представителей, в рамках которого начинает более активно развиваться информационное сопровождение застрахованных при оказании медицинской помощи.

Но проведение всех этих мероприятий, включая выполнение большого объема плановых медико-экономических экспертиз (МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП), пока не приводит к желаемому повышению качества и доступности медицинской помощи.

Одна из причин этого в том, что массовые экспертные мероприятия, проводимые СМО, носят преимущественно ретроспективный характер. Такие мероприятия, проводимые постфактум, не могут эффективно влиять на профилактику дефектов медицинской помощи, не позволяют превентивно обеспечивать качество медицинской помощи и эффективно управлять им. Поэтому сегодня все большую актуальность приобретает смена акцентов в экспертной деятельности СМО, и одним из наиболее важных аспектов становятся тематические экспертизы медицинской помощи.

Именно тематические экспертизы позволяют обеспечивать и необходимую адресность экспертных действий, и, в целом, способствовать предупреждению серьезных дефектов медицинской помощи на этапе ее оказания и даже в период подготовки к ее оказанию, что и является основной целью системы управления качеством в сфере здравоохранения.

Выбор тематики экспертиз должен осуществляться в регионе на коллегиальной основе, например, рабочими группами или постоянно действующими комиссиями, созданными при территориальных фондах ОМС, на основе комплексного анализа показателей деятельности медицинских организаций и результатов предшествующих экспертных мероприятий.

Возможные поводы для проведения таких ЭКМП на текущий момент предусмотрены и Методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС от 15.09.2016 № 8546/30-5/и, которыми предложен мультидисциплинарный подход к проведению тематических экспертиз.

Такими поводами могут быть как жалобы пациентов на качество медицинской помощи, в оказании которой принимали участие специалисты разных профилей, так и случаи, отобранные страховой медицинской организацией по результатам медико-экономической экспертизы

или экспертизы качества медицинской помощи, если их проведение одним экспертом не позволяет сделать заключение об объеме и качестве медицинской помощи. А также изучаются случаи оказания медицинской помощи (в том числе и закончившиеся летальным исходом) при заболеваниях-лидерах в динамике и структуре смертности населения на территории отдельного региона или России в целом.

Резонансным стало обращение пациентки с запущенным онкологическим новообразованием к Президенту России в ходе «открытой линии», после которого проблема низкой доступности в оказании онкологической медицинской помощи вышла на первый план. При подобных информационных поводах СМО, используя инструмент тематической экспертизы, в состоянии оперативно подвергать анализу качество и доступность больших массивов медицинской помощи с рисками системных дефектов.

Примером именно такого подхода являются тематические экспертизы, проведенные в 2017 году в ряде регионов страховой компанией 000 «Росгосстрах-Медицина» по случаям онкологической медицинской помощи. По результатам экспертиз был сделан вывод о фактическом отсутствии системы оказания химиотерапевтической помощи онкологическим больным в рамках стационарозамещающих технологий.

Существующий объем коек дневного стационара в проверенных медицинских организациях оказался незначительным и не имел ожидаемого решающего значения для экономики здравоохранения субъектов РФ. Основные объемы дорогостоящей химиотерапевтической помощи продолжали оказываться в круглосуточном стационаре без достаточных к тому оснований. Во многих случаях было установлено, что основные химиотерапевтические препараты вводились в первые дватри дня госпитализации, при этом дневниковые записи подтверждали удовлетворительное состояние пациента, отсутствие сопутствующих заболеваний и экстремумов в результатах лабораторных исследований, т.е. свидетельствовали об отсутствии необходимости наблюдения пациента в условиях круглосуточного стационара.

Таким образом, в рамках тематических экспертиз было установлено, что в большинстве случаев весь объем необходимых вмешательств, включая поддерживающую терапию, мог быть выполнен в условиях дневного стационара, следовательно, финансовые средства системы ОМС были израсходованы неэффективно, что особенно недопустимо в условиях экономического кризиса.

Вопросам перепрофилирования части круглосуточных коек в койки дневного стационара стоит уделять особо пристальное внимание в регионах. Это позволяет не только оптимизировать расходы на оказание медицинской помощи, но и существенно сократить очередь пациентов на госпитализацию на циклы химиотерапии в условиях высокой востребованности данной помощи, т.к. койка дневного стационара может функционировать

в две или даже три смены, аналогично койкам дневного пребывания при оказании услуг гемодиализа.

Одновременно рассматривались варианты совершенствования тарифного регулирования с выделением поправочных коэффициентов к тарифам отдельных клинико-статистических групп (КСГ), учитывающих реальные затраты в регионах на главный «КСГ-образующий фактор» — стоимость конкретного препарата или их комбинации, закупленных на конкурсной основе.

В рамках проведенных тематических экспертиз были выявлены и системные дефекты в оказании качества онкологической помощи. В большинстве случаев доза введенного пациенту химиотерапевтического препарата не соответствовала расчету дозы согласно избранной схеме химиотерапии. Отсутствие формулы расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и аргументации назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), является грубым нарушением требований Критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Минздравом России.

Проверки также установили отсутствие в медицинской документации онкологических больных формулировок о сопутствующих заболеваниях и (или) соответствующей медикаментозной коррекции, свидетельствующее о недостаточном внимании к состоянию здоровья пациентов врачей-химиотерапевтов.

На необходимость надлежащей степени заботливости и внимательности, проявляющихся в активном и целенаправленном клинико-инструментально-лабораторном поиске особенностей организма пациента, своевременном выявлении, консультировании и коррекции сопутствующих основному онкозаболеванию состояний, обычно отягчающих его течение и влияющих на показания и противопоказания к назначению химиотерапии, также указывают Критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные Минздравом России.

Циклы химиотерапии имеют четко определенные дни (начало и конец) введения препарата и периоды между ними. Однако в ряде случаев проверками установлено невыполнение требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России, расцененное как ненадлежащее качество онкологической помощи по критериям своевременности ее оказания, правильности выбора методов лечения и степени достижения запланированного результата.

Такие выводы следуют и из нормы части 4 статьи 21 Федерального закона № 323-Ф3: «3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациен-

та, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью». Ключевое словосочетание указанной нормы - «определенное время», т.е. конкретная дата и время, исключающие любую неопределенность: через несколько дней, через несколько недель, через 3-4 недели, через полгода или год.

Отсутствие у пациента выписки из медицинской карты с указанием «определенного времени» госпитализации на очередной цикл химиотерапии и копии протокола врачебного консилиума, с одной стороны, не позволяет планировать пациенту свое собственное время рационально (труд, отдых, посещение культурных мероприятий), т.е. не позволяет создать условий для повышения качества его жизни. С другой стороны, это не позволяет лечащему химиотерапевту и заведующему отделением рационально планировать собственные ресурсы для очередной госпитализации и лечения пациента.

Медицинская карта должна содержать своеобразную «дорожную карту» врача и пациента с включенным в нее календарем циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии. Такая дорожная карта для онкологического пациента — важнейшее предложение по результатам тематической ЭКМП и ключевой инструмент восстановления нарушенных прав онкологического пациента на медицинскую помощь надлежащего качества и полного объема.

Необходимо отметить, что при проведении тематических экспертиз экспертами 000 «РГС-Медицина» широко используется пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи «Карта дефектов медицинской помощи», разработанное экспертами СМО «Росгосстрах-Медицина» под руководство профессора А. Старченко при эффективном сотрудничестве с Национальной медицинской палатой.

Карта дефектов создавалась как инструмент независимости медицинской экспертизы системы ОМС и поддержания справедливого баланса прав и законных интересов пациента и врача. Методологической основой для создания Карты дефектов явился более чем 20-летний

опыт экспертной деятельности страховщиков в системе ОМС. При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 25.07.2014 № 243-рп на основании конкурса, проведенного ООО «Лига здоровья нации».

Целями разработки этого документа явились:

- искоренение субъективизма и «вкусовщины» в экспертизе;
- информирование врачей об описанных ранее выявленных дефектах в целях устранения этих дефектов;
- создание единого экспертного пространства в здравоохранении, когда эксперт любого ведомства или любой системы при схожих экспертных случаях выносит тождественные экспертные решения.

На сегодня Карта дефектов выдержала три издания, она бесплатно передавалась экспертам качества медицинской помощи, включенным в реестры экспертов субъектов РФ и, ввиду широкой востребованности, была размещена на сайте Национальной медицинской палаты для свободного использования врачами и экспертами системы ОМС.

Такие подходы свидетельствуют о том, что страховые медицинские организации за шесть лет работы в условиях нового законодательства об ОМС стали более ответственно выполнять свои законодательные обязанности. В сфере экспертной деятельности они перешли на качественно иной уровень. Согласованные с Минздравом России, Федеральным фондом ОМС и Национальной медицинской палатой, инициативы медицинских страховщиков изменили их место и роль как участников обязательного медицинского страхования. Они оказывают все большее влияние на эффективность принимаемых органами исполнительной власти всех уровней решений, оптимизирующих систему оказания медицинской помощи и влияющих на повышение ее качества и доступности для граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

Для корреспонденции:

Гришина Надежда Ивановна – генеральный директор 000 «Росгосстрах-Медицина»

Тел.: +7(495)287-81-27

Адрес: 121059, г. Москва, ул. Киевская, д. 7

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования оказывает поддержку муромскому Дому ребенка

едеральный фонд ОМС с 2012 года шефствует над ГКУЗ ВО «Муромский дом ребёнка специализированный». В начале июня — в рамках празднования Дня защиты детей — в очередной раз сюда приехали представители ФОМС. Малышей навестили советник председателя ФОМС Г.А. Антонова и директор Территориального фонда ОМС Владимирской области О.М. Ефимова.

Гости привезли с собой подарки для ребятишек: игровое оборудование для детской площадки (пластмассовые горки, игровые пластмассовые столы, песочницы, декоративные заборчики, качели для двора), велосипеды, самокаты, пластмассовые машинки, а также столыстульчики для кормления детей в группе и, конечно, игрушки. А чтобы малыши были нарядными, в числе подарков были футболки, шорты, летние платья,

панамы, носочки и сандалии. Кроме того, муромскому Дому ребенка были переданы необходимые гигиенические средства, бумага для поделок, книги и развивающие игры.

Директор муромского Дома ребенка Е.И. Золотухина традиционно лично встречала делегацию сотрудников Фонда, которые стали настоящими друзьями маленьким сиротам, сердечно поблагодарив за проявленную заботу о детях. И как всегда с любовью и заботой рассказывала о своих подопечных. Она отметила, что живут в муромском Доме ребенка не только фактические сироты, но и малыши, брошенные родителями или изъятые по решению органов опеки из неблагополучных семей. Боль-



шинство детей имеют заболевания центральной нервной системы.

«Наш коллектив очень старается окружить детей любовью, заботой, теплом. И у нас это получается. Воспитатели хорошо знают своих подопечных, их увлечения и темперамент. Знают, кто часто капризничает, а кто любит пошалить — и всегда учитывают это в своей работе. По сути воспитатели выполняют родительские обязанности. Случайных людей в Доме ребенка нет. Все сотрудники сюда пришли работать по зову сердца и из огромной любви к детям», — сказала Е.И. Золотухина.

Муромский Дом ребенка ведет свою историю с 1927 года. В разные периоды здесь проживают 45–55 малы-









шей в возрасте от нескольких недель до четырех лет. Эти маленькие девочки и мальчики благодаря заботе коллектива растут в атмосфере любви и внимания.

Во время посещения гостями Дома ребенка каждая группа детишек занималась по своему распорядку: ктото играл на улице на детской площадке, кто-то занимался с воспитателями, кто-то познавал развивающие игры и с удовольствием собирал пирамидку или возводил замки из кубиков.

Социальная адаптация, физиологическое и психоэмоциональное развитие, медицинская и педагогическая реабилитация — это ежедневная работа воспитателей, которая для детей зачастую — игра на детской площадке среди сказочных домиков, горок и фигурок животных. Очень важно возвращать нормальное детство крошкам, лишенным материнской любви и ласки. Главный принцип в работе воспитателя — построить доверительные отношения. Доверие ребенка — лучшая награда. Сотрудники муромского Дома ребенка умеют отогревать сердца детей, помогают малышам чувствовать себя защищенными и любимыми. Но этим детям, прежде всего, нужны мама, семья, близкие и родные люди. И пусть для каждого ребенка найдется своя мама, пусть не та, которая родила, а та, которая примет сердцем, изменит судьбу, подарит счастье и любовь. И эта любовь обязательно будет взаимной.

Чтобы любящая семья быстрее нашлась, публикуем адрес ГКУЗ ВО «Муромский дом ребёнка специализированный»:

Владимирская обл., г. Муром, ул. К.Маркса, д.19.

А чтобы была возможность у всех желающих присоединиться к Федеральному фонду ОМС и помочь воспитанникам Муромского Дома ребенка, размещаем реквизиты:

Расчетный счет 4010181080000010002, отделение Владимир, БИК 041708001 ИНН 3307015972 КПП 333401001 ОКПО 43159805

Сердце отдаем детям



Вэтом году Лозовская школа-интернат отметила свой 60-летний юбилей. На мероприятие собрались воспитатели, педагоги, выпускники разных лет, многие из которых на сегодняшний день занимают высокие государственные посты. Они не скрывают — таких результатов удалось достичь благодаря знаниям и навыкам, полученным в школе.

На юбилей были приглашены и друзья интерната, которые уже много лет принимают участие в жизни как самой школы, так и ее подопечных. Среди них директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым А.Ю. Карпеев и сотрудники фонда.

Знакомство с воспитанниками интерната состоялось в 2015 году. Первый визит и определил вектор дальнейшего взаимодействия. Помощь школе единогласно было решено оказывать на постоянной основе. Зная нужды и потребности детей, сотрудники фонда принимают активное участие в организации образовательного и воспитательного процессов. И стараются вовремя протянуть руку помощи. За время сотрудничества были улучшены бытовые условия детей, проведено частичное благоустройство учебных помещений и спальных корпусов.

Воспитанники ждут своих старших наставников на каждый праздник, зная, что они не оставят их без поздравлений. Ни одна торжественная линейка не обхо-







дится без напутственных слов старших наставников. А День святого Николая и защиты детей теперь для всех работников фонда стали особыми праздниками, которые они с радостью отмечают со своими маленькими друзьями.

Для старшеклассников фонд периодически организует тематические встречи, на которых шефы рассказывают об особенностях работы фонда, специальностях, которые востребованы как в сфере ОМС, так и в сфере здравоохранения.

С особым интересом школьники готовы слушать наставников о правилах поведения при посещении медицинской организации, разбирать случаи, при которых стоит обратиться за помощью к защитникам — в стра-

ховую медицинскую организацию или в фонд. На тематических встречах юные друзья рассказывают о своих жизненных ситуациях, с которыми им приходилось сталкиваться при обращении к врачам. Особая роль в таких встречах отводится привитию культуры ведения здорового образа жизни.

В 2015 году шефы взяли под личный контроль обеспечение полисами ОМС здешних воспитанников: на сегодняшний день все они имеют на руках полисы ОМС и могут получать бесплатную медицинскую помощь.

Для желающих присоединиться к благотворительной деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым публикуем реквизиты Лозовской школы-интерната.

Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Лозовская специализированная школа-интернат»

Адрес: Республика Крым, Симферопольский р-н, с. Ферсманово, ул. Учительская ИНН 9109006409, КПП 910901001, p/c 40601810035101000001, УФК по Республике Крым БИК 043510001, Отделение Республики Крым



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 25 июля 2017 г. № 1587-р МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 22.10.2016 № 2229-Р

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. N 2229-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 44, ст. 6177).

Председатель Правительства Российской Федерации

д. МЕДВЕДЕВ

Утверждены распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 июля 2017 г. № 1587-р

изменения,

КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИМПЛАНТИРУЕМЫХ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 1. Перед позицией, классифицируемой кодом 102030, дополнить позицией следующего содержания: «101910 Колпачок костный <*>».
- 2. После позиции, классифицируемой кодом 108110, дополнить позицией следующего содержания: «109360 Воск костный, натуральный <*>».
- 3. После позиции, классифицируемой кодом 109390, дополнить позицией следующего содержания: «109600 Нить хирургическая из поли(L-лактид-кокапролактона) <*>».
- 4. После позиции, классифицируемой кодом 116700, дополнить позициями следующего содержания:
 - «117050 Средство гемостатическое на основе коллагена <*>
 - 117160 Средство гемостатическое на основе коллагена, антибактериальное <*>
 - 117260 Мембрана стоматологическая для тканевой регенерации коллагеновая <*>».
- 5. После позиции, классифицируемой кодом 118750, дополнить позицией следующего содержания: «118840 Винт костный спинальный, рассасывающийся <*>».
- 6. После позиции, классифицируемой кодом 125100, дополнить позицией следующего содержания: «125790 Клей для соединения краев раны <*>».
- 7. После позиции, классифицируемой кодом 129190, дополнить позицией следующего содержания: «135760 Коннектор шунта для спинномозговой жидкости <*>».
- 8. После позиции, классифицируемой кодом 144030, дополнить позицией следующего содержания: «145010 Протез пениса жесткий <*>».
- 9. После позиции, классифицируемой кодом 147190, дополнить позицией следующего содержания: «149720 Трубка для соединения нервных окончаний, рассасывающаяся, животного происхождения».
- 10. После позиции, классифицируемой кодом 181890, дополнить позицией следующего содержания: «183390 Протез яичка <*>».
- 11. После позиции, классифицируемой кодом 188390, дополнить позициями следующего содержания: «190570 Пластина для фиксации для черепно-лицевой хирургии, рассасывающаяся <*>
 190580 Пластина для фиксации для черепно-лицевой хирургии, нерассасывающаяся <*>».
- 12. После позиции, классифицируемой кодом 190600, дополнить позицией следующего содержания: «190610 Дистрактор для черепно-лицевой хирургии <*>».
- 13. После позиции, классифицируемой кодом 190640, дополнить позицией следующего содержания: «190650 Винт костный для черепно-лицевой хирургии, нерассасывающийся, стерильный <*>».
- 14. После позиции, классифицируемой кодом 218070, дополнить позицией следующего содержания: «218080 Сетка хирургическая универсальная, из синтетического полимера, рассасывающаяся <*>».
- 15. После позиции, классифицируемой кодом 269390, дополнить позицией следующего содержания: «269420 Чашка реверсивного эндопротеза плечевого сустава полиэтиленовая».
- 16. После позиции, классифицируемой кодом 300850, дополнить позицией следующего содержания: «300860 Нить хирургическая кетгутовая, простая <*>».
- 17. После позиции, классифицируемой кодом 322480, дополнить позицией следующего содержания: «322570 Сетка хирургическая универсальная, коллагеновая, рассасывающаяся <*>».
- 18. После позиции, классифицируемой кодом 332580, дополнить позициями следующего содержания: «334150 Нить хирургическая из натурального шелка, полинить, стерильная <*>
 - 334170 Нить хирургическая из полигликолевой кислоты, полинить <*>».
- 19. После позиции, классифицируемой кодом 335020, дополнить позицией следующего содержания: «335470 Катетер перитонеальный, с лекарственным средством <*>».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 10 мая 2017 г. № 201н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВКИ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
НА ВКЛЮЧЕНИЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ В БЮДЖЕТЕ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ОЧЕРЕДНОЙ ФИНАНСОВЫЙ ГОД И ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД

В соответствии с подпунктом «а» пункта 4 Правил формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2016 г. № 1160 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 47, ст. 6643), приказываю:

- 1. Утвердить форму заявки федерального государственного учреждения на включение в перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период, согласно приложению.
- 2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 августа 2013 г. № 588н «Об утверждении формы заявки медицинской организации и критериях отбора медицинских организаций на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 ноября 2013 г., регистрационный № 30478).

Врио Министра Д.В. КОСТЕННИКОВ

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 201н

Форма

ЗАЯВКА

федерального государственного учреждения на включение в перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период

1. Полное и (в случа государственного у			ование федерального)	
•		• .	о учреждения, адрес		·
			дании юридического ный государственный		
4. Номер телефона	и (в случае, если иг	меется) адрес электр	оонной почты федера	ального государств	енного учреждения:
5. Фамилия, имя, от	чество (при наличи	ии) руководителя фе	дерального государс	твенного учрежде	ния:
методов лечения в	соответствии с пер ния и источники фи	речнем видов высок нансового обеспече	цы высокотехнологич отехнологичной мед ния, установленным	ицинской помощи	, содержащим в том
№ группы ВМП²	Наименование вида ВМП²	Коды по МКБ-10³	Модель пациента	Вид лечения	Метод лечения
Руководитель фо	едерального о учреждения				
м.п.	3 i <u></u>	(подпись)		(Ф.И.О.)	
м.п. Исполнитель		(подпись)		(Ф.И.О., контактный телефон))
«»	20 г.				

¹ Пункт 1 части 5 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397; 2016, № 27, ст. 4219).

 $^{^{2}\,\}mathsf{B}$ ысокотехнологичная медицинская помощь.

 $^{^3}$ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКА3

от 24 мая 2017 г. № 250н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ

ОБ ЭКСПЕРТНОМ СОВЕТЕ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОТБОРУ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ В БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ОЧЕРЕДНОЙ ФИНАНСОВЫЙ ГОД И ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД

В соответствии с пунктом 3 Правил формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2016 г. N 1160 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 47, ст. 6643), приказываю:

- 1. Утвердить Положение об экспертном совете при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по отбору федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период, согласно приложению.
- 2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 октября 2015 г. N 720н «Об утверждении Положения об Экспертном совете при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по отбору федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 декабря 2015 г., регистрационный N 40022).

Врио Министра И.Н. КАГРАМАНЯН

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 мая 2017 г. № 250н

положение

ОБ ЭКСПЕРТНОМ СОВЕТЕ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОТБОРУ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ В БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ОЧЕРЕДНОЙ ФИНАНСОВЫЙ ГОД И ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД

I. Общие положения

- 1. Настоящее Положение определяет порядок работы экспертного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по отбору федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период (далее экспертный совет).
- 2. Экспертный совет создается в целях исполнения Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее Министерство) функции по формированию перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период (далее соответственно Перечень, федеральные государственные учреждения).
- 3. Экспертный совет создается при Министерстве из числа специалистов Министерства, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, Федеральной антимонопольной службы, Федерального агентства научных организаций, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, представителей медицинских и иных организаций, оказывающих высокотехнологичные виды медицинской помощи, а также из представителей профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими работниками¹.
 - 4. Состав экспертного совета утверждается приказом Министерства.
- 5. В своей деятельности экспертный совет руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства, включая настоящее Положение.

II. Функции экспертного совета

- 6. Экспертный совет осуществляет следующие функции:
- 1) рассматривает документы федеральных государственных учреждений, претендующих на включение в Перечень, указанные в пункте 4 Правил;
- 2) оценивает на основании анализа указанных документов соответствие федерального государственного учреждения критериям отбора федеральных государственных учреждений для включения в Перечень, указанным в пункте 7 Правил (далее критерии отбора);
- 3) выносит заключение о соответствии (несоответствии) федерального государственного учреждения критериям отбора с рекомендацией о включении (невключении) его в Перечень².

¹ Пункт 3 Правил формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2016 г. N 1160 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 47, ст. 6643) (далее - Правила).

² Пункт 8 Правил.

III. Организация работы экспертного совета

- 7. Экспертный совет состоит из председателя, заместителя председателя, ответственного секретаря и членов экспертного совета.
- 8. Экспертный совет вправе привлекать к своей работе на безвозмездной основе и с правом совещательного голоса специалистов научных, образовательных и медицинских организаций по профилям высокотехнологичной медицинской помощи (далее приглашенные лица).
- 9. Персональный состав приглашенных лиц для участия в работе экспертного совета формируется и утверждается единолично председателем экспертного совета (лицом, его замещающим) на основании предложений членов экспертного совета.
- 10. Руководство работой экспертного совета осуществляет председатель, являющийся по должности заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации.
 - 11. Председатель экспертного совета:
 - 1) осуществляет общее руководство деятельностью экспертного совета и организует его работу;
 - 2) назначает дату и время проведения заседания экспертного совета;
 - 3) ведет заседания экспертного совета;
 - 4) утверждает повестку заседания экспертного совета;
 - 5) координирует работу членов экспертного совета;
- 6) принимает меры по предотвращению и (или) урегулированию конфликта интересов членов экспертного совета, в том числе по досрочному прекращению полномочий члена экспертного совета, являющегося стороной конфликта интересов.

В отсутствие председателя экспертного совета его обязанности исполняет заместитель председателя экспертного совета.

- 12. Ответственный секретарь экспертного совета:
- 1) осуществляет документально-техническое обеспечение деятельности экспертного совета;
- 2) подготавливает документы по перечню, установленному пунктом 4 Правил, представленные в Министерство федеральными государственными учреждениями, для рассмотрения на заседании экспертного совета;
- 3) информирует членов экспертного совета и приглашенных лиц о дате, времени и месте проведения заседания экспертного совета не позднее чем за 3 дня до даты его проведения;
 - 4) оформляет повестку заседания экспертного совета;
 - 5) ведет протокол заседания экспертного совета;
- 6) направляет выписку из протокола, содержащую заключение экспертного совета, в федеральное государственное учреждение.
 - 13. Заседания экспертного совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в год.
- 14. Члены экспертного совета участвуют в его заседаниях лично без права замены. В случае отсутствия члена экспертного совета на заседании он имеет право в письменной форме представить по вопросам, определенным к рассмотрению на заседании экспертного совета, свое мнение, которое включается в заключение экспертного совета.
 - 15. Заседание экспертного совета считается правомочным, если на нем присутствует не менее двух третей его членов.
- 16. Экспертный совет выносит заключение путем открытого голосования. Заключения экспертного совета принимаются большинством голосов от числа присутствующих на заседании членов экспертного совета. При равенстве голосов решающим является голос председателя экспертного совета (лица, его замещающего).
- 17. Заключения экспертного совета оформляются протоколом, который подписывается председателем экспертного совета и членами экспертного совета, присутствовавшими на заседании.
- 18. Член экспертного совета вправе изложить в письменном виде особое мнение по вопросу, рассматриваемому на заседании экспертного совета, которое прилагается к протоколу заседания экспертного совета.
- 19. Выписка из протокола, содержащая заключение экспертного совета, направляется по почте в федеральное государственное учреждение в течение 5 рабочих дней со дня заседания экспертного совета.
- 20. Организационно-техническое обеспечение деятельности экспертного совета осуществляет Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства.

IV. Конфликт интересов

- 21. В случае если выполнение обязанностей члена экспертного совета может повлечь за собой конфликт интересов, способный повлиять на полноту и объективность принимаемых решений, член экспертного совета обязан сообщить в письменной форме о конфликте интересов председателю экспертного совета, а также заявить самоотвод до начала проведения заседания экспертного совета.
- 22. Участие в голосовании члена экспертного совета, уведомившего о наличии в его случае личной заинтересованности и конфликта интересов, не допускается.



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ*

от 21 апреля 2017 г. № 98

г. МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И ФОРМЫ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБСИДИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с частью 14 статьи 50.1 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2016, № 27, ст. 4219), пунктом 16 Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2016 г. № 1302 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 51, ст. 7366), приказываю:

- 1. Утвердить:
- 1.1. Формы отчетности об использовании субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение выполнения федеральными государственными учреждениями государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации, согласно приложению № 1;
- 1.2. Порядок представления отчетности об использовании субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение выполнения федеральными государственными учреждениями государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации, согласно приложению № 2.
- 2. Управлению информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования обеспечить прием и обобщение поступающей информации.
- 3. Управлению модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования обеспечить обработку и анализ поступающей информации.

Врио председателя И.В. СОКОЛОВА

^{*} Приказ ФОМС от 21.04.2017 г. №98 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 языке) 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. – Maqdeburq, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а, 000 «Издательство «Офтальмология». Тел.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: journal-oms@yandex.ru