

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 – 2017

Конгресс «Российское здравоохранение сегодня:
проблемы и пути решения»

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко:
Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой
частью пациентоориентированной модели здравоохранения



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 6, 2017**

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

№ 6, 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 медико-стоматологического университета, к.ф.-м.н.

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

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков

А.Л. Линденбраден – 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 ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 13.12.2017 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 76 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03

E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)

Internet: www.omsjournal.ru

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

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

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»**

№ 6, 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 Service Organization and Information, Acting Academician-Secretary of the Medical Sciences Section of the Russian Academy of Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences

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

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

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

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 13.12.2017, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 76 type pages

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

59A, Beskudnikovsky Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)

Internet: www.omsjournal.ru

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

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 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 ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

The subscription to the journal «Obyazatelnoe meditsinskoe strakhovanie v Rossiyskoy Federatsiy» (Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation) is made in the «Ophthalmology Publishing House»

Tel.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03, e-mail: iol.buh@mail.ru

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Конгресс «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» 4

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Законодательных барьеров для функционирования в системе ОМС частных организаций не существует 8

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения. 10

Ценностно-ориентированное здравоохранение – в центре внимания. 12

X Всероссийская научно-практическая конференция «Медицина и качество – 2017» 14

Новые кадровые назначения 16

СОВЕТ ДИРЕКТОРОВ

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования. 18

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Лекарства станут доступнее 22

С.Г. Кравчук
В центре системы обязательного медицинского страхования находится пациент 24

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС

Российское здравоохранение и система ОМС: проблемы и решения 26

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

С.А. Малышева, Т.Е. Романова, В.Р. Мишанов
Опыт внедрения принципов бережливого производства при оказании амбулаторной медицинской помощи населению в Нижегородской области 32

ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

В.М. Туруло, Л.Е. Мартыненко, А.А. Гольго
Региональная медицинская информационная система в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области 38

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 44

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 47

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2017 г. № 484н «Об утверждении порядка формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи» (48)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (54)

Конгресс «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения»

30 октября – 1 ноября 2017 г., Москва



Крупнейшее отраслевое мероприятие было организовано Национальной медицинской палатой совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации. Актуальная задача конгресса «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» – формирование стратегии развития здравоохранения на ближайшие 5–10 лет.

В работе мероприятия приняли участие свыше 3000 человек. Это представители органов государственной власти, руководители отрасли здравоохранения, руководители профессиональных и региональных медицинских организаций, представители науки и экспертного сообщества, международные эксперты по вопросам здравоохранения, врачи, представители фармацевтического бизнеса, руководители высших медицинских учебных заведений страны.



В своем обращении к участникам конгресса президент Российской Федерации В.В. Путин отметил: «Вопросам сохранения здоровья людей, улучшения демографической ситуации сегодня уделяется приоритетное внимание государства. И очень важно, что эти темы занимают центральное место в повестке конгресса, кото-

задач, стоящих перед отечественным здравоохранением».

Открывая конгресс, министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова подчеркнула важность взаимодействия органов власти и профессионального сообщества по наиболее важным вопросам здравоохранения: «Министерство здравоохранения Российской Федерации командно работает с Национальной медицинской палатой. Это стало возможным благодаря тому, что в 2013 году мы подписали соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья граждан, в области медицинского образования и кадровой политики. Я хочу поблагодарить Леонида Михайловича Рошаль не только за развитие такой организации, как Национальная медицинская палата, но и за создание условий для нашего тесного взаимодействия во имя развития здравоохранения и медицины в нашей стране». Министр выразила уверенность в том, что конгресс будет способствовать продуктивному обмену опытом, обсуждению самых острых проблем отрасли и, определенно, перспектив ее развития на ближайшие годы.

Президент Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата» Л.М. Рошаль в своем выступлении отметил: «Мы с вами совместными усилиями сегодня определяем будущее нашего здравоохранения. Конгресс Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» является первым в истории России крупнейшим отраслевым международным мероприятием под эгидой

В.В. Путин : «Вопросам сохранения здоровья людей, улучшения демографической ситуации сегодня уделяется приоритетное внимание государства. И очень важно, что эти темы занимают центральное место в повестке конгресса, который объединил на своих площадках большое количество участников - представителей профильных министерств и ведомств, ведущих ученых, экспертов, врачей из многих регионов страны».

рый объединил на своих площадках большое количество участников: представителей профильных министерств и ведомств, ведущих ученых, экспертов, врачей из многих регионов страны. В ходе форума вам предстоит обсудить широкий круг актуальных профессиональных проблем, обменяться накопленным опытом и передовыми практиками. В этой связи отмечу серьезную, востребованную деятельность Национальной медицинской палаты, направленную на консолидацию медицинского сообщества, выработку общих подходов к решению насущных

самого масштабного объединения медицинских работников страны – Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата». Конгресс проходит совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации. Его организация – это назревшая необходимость, связанная с теми задачами, которые поставлены перед отечественным здравоохранением. Впервые крупнейшее медицинское сообщество страны объединит на одном мероприятии всех, кто делает общее благородное дело, осуществляет заботу о здоровье людей».



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко в своем докладе «О взаимоотношении ФОМС с НМП. Реализация модели одноканального финансирования в системе ОМС» сообщила, что Федеральный фонд ОМС совместно с экспертами Национальной медицинской палаты готовит пошаговый регламент проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Н.Н. Стадченко: «Федеральный фонд ОМС совместно с экспертами Национальной медицинской палаты готовит пошаговый регламент проведения экспертизы качества медицинской помощи. Новый документ будет обязателен для исполнения на всей территории России».

Руководитель Федерального фонда ОМС уточнила, что новый документ будет обязателен для исполнения на всей территории России.

Н.Н. Стадченко напомнила, что подписанное в 2014 году между ФОМС и НМП соглашение о сотрудничестве и взаимодействии позволяет совершенствовать механизмы работы системы обязательного медицинского страхования.

Н.Н. Стадченко: «В части усиления ответственности страховых медицинских организаций и взаимодействия с медицинскими организациями создан институт страховых представителей, который должен стать надежным помощником медицинским работникам в непосредственной работе».

«В рамках реализации соглашения совместно с Национальной медицинской палатой нами разработаны и внесены изменения в приказы Федерального фонда ОМС, утверждающие порядок организации и проведения контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, – сообщила глава ФОМС. – Также установлен срок рассмотрения страховыми медицинскими организациями разногласий с медицинскими организациями, пересмотрены и сокращены основания проведения целевых экспертиз качества медицинской помощи. Теперь экспертиза проводится только в наиболее значимых для оценки качества медицинской помощи случаях.

Также пересмотрен и конкретизирован такой сложный дефект, как дефект оформления медицинской документации. Это позволяет во многих случаях исключать санкции со стороны страховых медицинских организаций за «плохой почерк».

Председатель Федерального фонда ОМС отметила, что благодаря конструктивному взаимодействию с НМП постоянно совершенствуются единые методические рекомендации по способам оплаты медпомощи.

«В части усиления ответственности страховых медицинских организаций и взаимодействия с медицинскими организациями создан институт страховых представителей, который должен стать надежным помощником медицинским работникам в непосредственной работе», – обратила внимание собравшихся Н.Н. Стадченко.

Руководитель ФОМС особо подчеркнула, что главным институтом защиты прав застрахованных являются эксперты качества медицинской помощи, включенные в территориальные реестры экспертов качества медпомощи. «В этот реестр включены лучшие врачи, – отметила она. – На начальном этапе, когда только формировался реестр экспертов качества медицинской помощи, в него было включено всего лишь 210 врачей. На сегодняшний

Н.Н. Стадченко: «Главным институтом защиты прав застрахованных являются эксперты качества медицинской помощи, включенные в территориальные реестры экспертов качества медпомощи. В этот реестр включены лучшие врачи. На начальном этапе, когда только формировался реестр экспертов качества медицинской помощи, в него было включено всего лишь 210 врачей. На сегодняшний день их более 430. Но мы считаем, что это не предел. В каждом субъекте Российской Федерации все основные врачебные специальности должны быть в реестре экспертов качества заняты представителями Национальной медицинской палаты. Это создаст понятность и прозрачность работы экспертов».



день их более 430. Но мы считаем, что это не предел. В каждом субъекте Российской Федерации все основные врачебные специальности должны быть в реестре экспертов качества заняты представителями Национальной медицинской палаты. Это создаст понятность и прозрачность работы экспертов».

В завершение своего выступления Н.Н. Стадченко поблагодарила лично президента НМП Л.М. Рошаля за обеспечение обратной связи с профессиональным сообществом, подчеркнув важность совместного решения стоящих на повестке дня задач.

В рамках конгресса было организовано около 30 профильных конференций, круглых столов и совещаний. Участники мероприятий рассмотрели вопросы организации и эффективности системы ОМС, кадровой политики в отрасли, повышения качества преподавания в вузах,



системы непрерывного медицинского образования, профилактики инфекционных заболеваний, лекарственного обеспечения и импортозамещения, организации медицинской помощи, правового обеспечения медицинской деятельности, информационных технологий в здравоохранении и многие другие. Было заслушено 252 выступления.

Каждое из мероприятий конгресса завершалось внесением предложений в Резолюцию конгресса, что позволило сформировать консолидированное мнение медицинской общественности страны по комплексу тех мероприятий и изменений, которые сегодня так необходимы системе российского здравоохранения.

Состоялась торжественная церемония вручения Премии Национальной медицинской палаты «За вклад в развитие российского здравоохранения и повышение уважения к медицинским работникам».

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Законодательных барьеров для функционирования в системе ОМС частных организаций не существует

30 ноября, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко выступила с докладом в Совете Федерации в ходе заседания круглого стола на тему: «О правовом регулировании участия медицинских организаций различных типов и форм собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».



Открывая мероприятие, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике **И.Н. Каграманян** сообщил, что в последнее время растет количество негосударственных медицинских организаций - участников в реализации программы госгарантий. Сенатор особо отметил, что в этом процессе во главе угла должны находиться, прежде всего, интересы пациентов.

«Для пациента самое главное – получить медицинскую помощь своевременно, с высоким уровнем качества и на уровне современных технологий. С этой точки зрения, сама форма медицинской организации не существенна», - констатировал он.



Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации **Н.А. Хорова** рассказала о перспективных направлениях развития программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Она обратила внимание на важность участия медорганизаций частной системы здравоохранения в обеспечении доступности и качества медпомощи. «Развитие и расширение участия частных медицинских организаций в программе государственных гарантий – это перспективное направление», – заметила замминистра.

Н.А. Хорова констатировала, что в действующем федеральном законодательстве урегулированы вопросы участия в реализации программы госгарантий медицинских организаций негосударственного сектора. «Министерство здравоохранения совместно с Федеральным фондом ОМС видят перед собой задачу дальнейшего со-

вершенствования ведомственных нормативных правовых актов. При этом будут соблюдены все права граждан на получение медицинской помощи и обеспечено справедливо обоснованное распределение объемов медпомощи», – заверила заместитель главы Минздрава России.



В своем докладе председатель Федерального фонда ОМС **Н.Н. Стадченко** напомнила, что вступление в силу Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» позволило реализовать возможность получения медицинской услуги по ОМС в лечебных учреждениях любой формы собственности.

Руководитель ФОМС указала, что порядок включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, носит уведомительный характер, и субъект Российской Федерации не вправе отказать медицинским организациям. Она уточнила, что для всех новых медучреждений также предусмотрена возможность вхождения в систему ОМС в течение года, и это право тоже распространяется на всех участников рынка вне зависимости от формы собственности.

«Законодательство в сфере ОМС устанавливает право негосударственных медицинских организаций, наравне с государственными, входить в состав комиссии по разработке территориальных программ ОМС и принимать участие в ее деятельности. Но на практике мы видим, что зачастую это не так, и здесь мы должны работать с правоприменительной практикой существующего законодательства», – констатировала Н.Н. Стадченко.

«Нормативно-правовыми актами в сфере ОМС установлены единые критерии распределения объемов оказания медицинской помощи. Это регламентируется Правилами обязательного медицинского страхования. Но сейчас важна совместная работа над совершенствованием уже действующего законодательства для того, чтобы правоприменительная практика позволяла более прозрачно и понятно для всех участников обеспечивать распределение этих объемов», – заметила глава ФОМС.

Н.Н. Стадченко напомнила участникам круглого стола, что тарифы, устанавливаемые в субъектах РФ, размещаются в открытом доступе на сайтах территориальных фондов ОМС, и эти тарифы едины для всех мед-



организаций – независимо от формы собственности. «Таким образом, на сегодняшний день законодательных барьеров для функционирования в системе ОМС частных организаций не существует», – подчеркнула она. Свои слова председатель ФОМС подтвердила статистикой, согласно которой в 2010 году среди участников системы ОМС было 618 частных клиник, а сейчас уже более 2500.

«Например, в Санкт-Петербурге доля медицинских организаций частной формы собственности составляет 38%, в Самаре – 36%, в Татарстане – 30%, около 25% – в Астрахани, Ярославле и Красноярске», – проинформировала участников круглого стола Н.Н. Стадченко.

Анализируя структуру частных медорганизаций, она сообщила, что 64% – это поликлиники, включая стоматологии, 17% – различные медицинские центры, в том числе больницы, санаторно-курортные учреждения. «Сейчас постоянно расширяется спектр медицинских услуг. Если на начальном этапе это были только стоматологические и диагностические центры, то на сегодняшний день в программу ОМС входят офисы врачей общей практики, осуществляющие первичную помощь, консультационно-диагностические центры, услуги гемодиализа, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ). Что особенно важно – происходит увеличение реабилитационных центров,

потому что реабилитация – один из ключевых элементов здравоохранения. Не зря в программе государственных гарантий на будущий год увеличены объемы и стоимость реабилитационных услуг», – отметила глава ФОМС.

Говоря о необходимости совершенствования законодательства в части распределения объемов между учреждениями частной и государственной форм собственности, Н.Н. Стадченко особо подчеркнула, что необходимо выработать единые прозрачные и понятные механизмы и критерии для всех. «В первую очередь, в субъектах Российской Федерации должны развиваться те виды помощи, в которых этот регион на самом деле нуждается: где-то нужна реабилитация, где-то – гемодиализ и так далее», – заметила она.

Соглашаясь со словами Н.Н. Стадченко, И.Н. Каграманян сказал, что частные клиники нередко покрывают в регионах и дефицит в медицинских кадрах по определенным профилям. Сенатор также в своем резюмирующем слове отметил: «Правовое регулирование в сфере ОМС отражает современные реалии и отвечает на вызовы времени. Отрадно, что ФОМС гибко реагирует с точки зрения оценки правоприменительной практики и вносит изменения в свои нормативные акты. Работа в этом направлении исключительно важна».

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения



4 декабря, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко в рамках Международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения-2017» вручила награды победителям Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении».

По итогам церемонии награждения руководитель ФОМС подчеркнула, что государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения. «Это всегда инновационные подходы и новые импульсы в развитии

отрасли, способствующие модернизации всего сектора здравоохранения. Эти процессы проходили бы гораздо медленнее без участия бизнеса», – сказала она.

Н.Н. Стадченко сообщила, что тенденция привлечения негосударственных структур в целях создания комфортной среды для пациентов отчетливо выражена сегодня и в обязательном медицинском страховании. «Динамика развития частного бизнеса в нашей сфере показывает, что именно ОМС делает привлекательной инвестиционную активность частного сектора в рамках государственно-частного партнерства, – заявила председатель ФОМС. – До 2010 года частный сектор составлял всего 7,5% от



общего числа медицинских организаций-участников программ ОМС. В 2010 году был принят наш базовый федеральный закон, который не просто расширил правовое поле для участников ОМС, – он четко определил их права и обязанности. После этого сфера обязательного меди-

приняли пациентов больше на 285%, а негосударственная скорая медицинская помощь выезжала на вызовы почти в 40 раз чаще, чем 4 года назад. Расширяется и спектр медицинских услуг, который предлагает медицинский бизнес», – рассказала она.

Н.Н. Стадченко: «Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения. Это всегда инновационные подходы и новые импульсы в развитии отрасли, способствующие модернизации всего сектора здравоохранения. Эти процессы проходили бы гораздо медленнее без участия бизнеса».

цинского страхования стала более привлекательной для частного бизнеса».

Руководитель Федерального фонда ОМС отметила, что число частных медицинских организаций, работающих в обязательном медицинском страховании, постоянно увеличивается, и на сегодняшний день их число составляет почти 30%.

«В 2016 году в частных медицинских организациях по сравнению с 2012 годом количество пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, увеличилось на 240%. Частные дневные стационары

Н.Н. Стадченко выразила слова поддержки проектам, «в которых баланс интересов государства и частного сектора приносит пользу россиянам и служит повышению доступности и качества медицинской помощи». А также подчеркнула важность социальной ответственности медицинского бизнеса. «Мы надеемся, что проявляющаяся иногда инвестиционная избирательность частного сектора не помешает вам по-государственному масштабно оценивать свои шаги в развитии медицинской отрасли», – сказала руководитель ФОМС.

Ценностно-ориентированное здравоохранение – в центре внимания

23 ноября 2017 г., Москва



В Москве состоялась IV Международная научно-практическая конференция на тему: «Оценка технологий здравоохранения: ценностно-ориентированное здравоохранение».

В работе форума приняли участие члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы, представители федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, а также ведущие медицинские эксперты, представители научных и профессиональных организаций из России и зарубежных стран. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на мероприятии представляла заместитель председателя ФОМС Е.Н. Сучкова.

Участники конференции изучали международный опыт реализации концепции ценностно-ориентированного здравоохранения, готовили предложения в «дорожную карту» по реализации и внедрению данной концепции в России для повышения качества оказания медицинской помощи и эффективности затрат на здравоохранение.

Современное развитие здравоохранения в большинстве стран мира сталкивается с проблемой постоянного роста расходов, ставящее под угрозу обеспечение доступности медицинской помощи для населения. Постоянно расширяющийся ассортимент методов диагностики и лечения, повышение ожиданий и потребностей населения, а также старение населения являются объективными причинами роста расходов на здравоохранение. При этом не вызывает сомнений, что единственным приемлемым способом, позволяющим сдерживать рост затрат

без ущерба для качества оказания медицинской помощи, является оптимизация или повышение эффективности расходов на здравоохранение. В данной связи особое значение приобретает поиск наиболее ценных терапевтических методик, обладающих достаточной эффективностью при умеренной цене. Подобный поиск логично проводить в процессе комплексной оценки медицинских технологий.

Законодательное регулирование внедрения системы комплексной оценки технологий здравоохранения в Российской Федерации началось с принятия Федерального закона от 22 декабря 2014 года № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств». Этот законодательный акт в качестве правовой нормы впервые ввел понятие «комплексная оценка лекарственного препарата» и предусмотрел необходимость применения этой системы для формирования перечня ЖНВЛП.

В целях реализации норм указанного Федерального закона в Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 года № 608, были внесены соответствующие изменения, а также подготовлен проект постановления Правительства Российской Федерации по комплексной оценке лекарственных препаратов.

Следующим этапом законодательного регулирования внедрения системы комплексной оценки технологий здравоохранения, распространения ее на все технологии здравоохранения должны стать изменения в Федераль-

ный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В текст указанного Федерального закона необходимо ввести понятия «технологии здравоохранения» и «комплексная оценка технологий здравоохранения». Аналогичные изменения требуются и в Федеральный закон Российской Федерации от 23 июня 2016 года № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах».

Необходимо отметить, что сегодня, в условиях активного внедрения инноваций в здравоохранение, для пациентов наиболее значимым фактором ценности медицинской технологии является повышение качества и продолжительности жизни. Таким образом, основное значение имеют выживание, отсутствие болезненных ощущений и возможность заниматься повседневными делами. Кроме того, важны возможность выбора, удобство, повышение точности диагнозов и определенности исходов, уменьшение финансового и прочего бремени пациентов, их семей, медперсонала и общества в целом. Взгляд пациентов — это оценка не самой технологии как таковой, а процесса получения медицинской помощи в целом и использования медицинской технологии в рамках конкретной системы здравоохранения. Для больных важны персонализированный подход и доступность лечения.

В настоящее время в зарубежных странах начал формироваться новый подход – Value-Based Healthcare (ценностно-ориентированное здравоохранение), который фокусируется на оптимизации взаимосвязи между затратами на лечение и результатами. Ценностно-ориентированное здравоохранение количественно оценивает клинические результаты (исходы) и соотносит их с другими параметрами, такими как экономическая и социальная выгода. Для медицинских услуг и технологий планируются цели их применения, а затем оценивается степень достижения данных целей или результативность. В зависимости от заболевания, результаты могут оцениваться как непосредственно после применения технологии или оказания медицинских услуг (для острых заболеваний), так и на отдаленном промежутке времени (для хронических заболеваний). На сегодняшний день, в нашей стране оценка качества медицинской помощи проводится путем анализа индикаторов, важных для самих лечебно-профилактических учреждений (смертность, количество пролеченных больных и другие), а не для пациента. В ценностно-ориентированном здравоохранении ключевая роль принадлежит пациенту как плательщику и потребителю услуги, поэтому оценивается достижение результатов лечения (исходов), важных именно для пациента.

Реализация концепции ценностно-ориентированного здравоохранения уже приносит свои плоды: ряд систем здравоохранения и организаций используют данный подход для повышения качества медицинской помощи при значительном сокращении расходов. Однако внедре-

ние концепции в практику сталкивается с целым рядом сложностей. Как правило, самым большим препятствием является доступность персонализированных данных об эффективности терапии (исходах) и затратах на нее. Именно эти данные являются ключевыми для лиц, принимающих решения, но их получение в необходимом объеме и качестве является достаточно проблематичным. В этой связи необходимо разработать нормативно-правовую базу для работы с конфиденциальными данными пациентов, которая не только оберегала бы частную жизнь, но и обеспечивала бы доступность анонимных данных для сравнения и выявления лучших практик.

Наиболее эффективным инструментом сбора и хранения данных о проспективном наблюдении и отдаленных исходах на персонализированном уровне являются регистры. Регистры позволяют проанализировать реальную практику ведения больных и провести объективную оценку расходов на лечение. Поэтому разработка и ведение регистров, а также общее внедрение цифровых технологий являются основным шагом к ценностно-ориентированному здравоохранению.

Необходимо отметить важность выбора исходов для анализа, так как они должны быть наиболее актуальными для пациента с данным заболеванием и отражать его состояние. Для разработки универсальной системы подобного рода исходов при различных заболеваниях был создан некоммерческий Международный консорциум по измерению исходов в здравоохранении (International Consortium for Health Outcome Measurements, ICHOM).

Сосредоточенность на достижении улучшенных результатов, важных для пациентов, а также широкое внедрение цифровых технологий в здравоохранение позволят повысить доступность и качество медицинской помощи, снизить вариативность результатов и в целом повысить эффективность затрат на здравоохранение.

Реализуемая сегодня в России концепция «распределения рисков» (Risk-Sharing agreement, RSA) является важным шагом при переходе от главенства процесса к ценностно-ориентированному здравоохранению, так как оплата за лекарственный препарат в данном случае зависит от результата лечения. Внедрение подобных концепций позволяет не отказываться от покупки инновационных препаратов в рамках существующих ограниченных бюджетов, тем самым гарантируя пациентам доступ к наиболее эффективным технологиям лечения.

Таким образом, по мере внедрения инновационных технологий в здравоохранение, все более важное значение приобретает переориентация на ценностно-ориентированное здравоохранение, ключевыми компонентами которого являются: пациент-центрированность, персонализированный учет исходов и финансовых затрат при лечении, оплата за результат, а не за процесс. Реализация данного подхода возможна только при условии широкомасштабного внедрения информатизации и цифровых технологий в практическое здравоохранение.

X Всероссийская научно-практическая конференция «Медицина и качество – 2017»

4–5 декабря 2017 г., Москва



В работе форума приняли участие представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Росздравнадзора и других федеральных органов исполнительной власти, а также органов управления здравоохранением субъектов РФ, ведущие отечественные и зарубежные эксперты в области здравоохранения, руководство территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций.

Выступая на пленарном заседании конференции, заместитель председателя Федерального фонда ОМС Е.Н. Сучкова напомнила, что базовый федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет основным принципом осуществления обязательного медицинского страхования государственную гарантию соблюдения прав застрахованных лиц на получение доступной и качественной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Заместитель руководителя ФОМС сообщила, что стоимость базовой программы ОМС ежегодно увеличивается и в 2018 году составит 1 871 млрд рублей – с приростом 333,2 млрд рублей, или 21,7% к уровню 2017 года.

«Отмечается устойчивый рост и подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, который в 2018 году будет на 21,5% выше по отношению к текущему году», – рассказала Е.Н. Сучкова.

Заместитель председателя ФОМС проинформировала участников конференции, что в настоящее время акцент делается на развитие неотложной медицинской помощи. «За последние пять лет норматив по количеству посещений в неотложной форме увеличен на 55,6%, фактический же объем неотложной медицинской помощи на 1 застрахованного за 2013–2016 годы возрос в два раза», – отметила она.

В числе актуальных задач при оказании специализированной медицинской помощи Е.Н. Сучкова выделила обеспечение эффективного и рационального использования коечного фонда, развитие стационарозамещающих технологий, медицинской реабилитации, повышение уровня доступности высокотехнологичной медицинской помощи.



Заместитель председателя ФОМС в своем выступлении остановилась на расширении объемов и видов медицинской помощи, оказываемых в рамках ОМС. Подробно рассказала о формах защиты интересов застрахованных лиц, в частности, с помощью института страховых представителей.

«Ежегодно страховыми медицинскими организациями рассматривается около 20 тыс. обращений и жалоб, из которых 98% претензий удовлетворены в досудебном порядке в пользу застрахованных лиц. В рамках судебной защиты застрахованных лиц около 70% исков территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций также удовлетворены», – сообщила она.

Е.Н. Сучкова заявила о необходимости внесения изменений в систему предупреждения выявления нарушений при оказании медицинской помощи. «Действующая система должна трансформироваться в систему управления качеством медицинской помощи», – сказала она, добавив, что в 2017 году Федеральным фондом ОМС внесены изменения в приказ ФОМС в части направления медицинской организацией в страховую компанию/территориальный фонд ОМС плана мероприятия по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества.

«На протяжении двух лет неоднократно были попытки создания межведомственного взаимодействия, – констатировала заместитель председателя ФОМС. – Так, Федеральным фондом для создания единого реестра экспертов качества медицинской помощи Росздравнадзору была передана база экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. В настоящее время осуществляется предоставление сведений по случаям с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения в рамках соглашения между Федеральным фондом ОМС и Росздравнадзором».

Е.Н. Сучкова отметила, что сейчас поэтапно вводится государственная аккредитация врачей, и в случае допущения специалистом нарушений в оказании медицинской помощи, данная информация территориальным фондом направляется в Росздравнадзор и в органы исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья для принятия решения о приостановлении аккредитации данного специалиста, а в последующем и приостановление лицензии на осуществление медицинской деятельности медицинской организацией.

В завершение выступления заместитель председателя ФОМС пожелала участникам конференции «Медицина и качество – 2017» плодотворной работы в целях дальнейшего обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи.

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Куджаев Назир Абдулгабович, 1960 г.р., назначен на должность начальника Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 27.11.2017 г. № 341-Л.

Куджаев Н.А. в 1992 г. окончил Ставропольский политехнический институт по специальности «бухгалтерский учет и анализ хозяйственной деятельности», в 1997 г. – Белгородский университет потребительской кооперации по специальности «юриспруденция». Соискатель ученой степени кандидата экономических наук.

Куджаев Н.А. начал трудовую деятельность в 1979 г. с должности ревизора КРУ МФ РСФСР по Ставропольскому краю.

С 1979 по 2001 гг. – занимал руководящие должности ревизионных отделов крупных промышленных предприятий и объединений Ставропольского края.

С 2001 по 2015 гг. – возглавлял руководящие должности по финансово-экономической, контрольно-ревизионной деятельности в федеральных государственных предприятиях. Первый заместитель руководителя Конгресса Российских деловых кругов (г. Москва).

Куджаев Н.А. являлся членом научно-экспертного совета Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации. Адвокат г. Москвы (деятельность приостановлена в связи с занимаемой должностью).

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Удмуртия



Митрошин Павел Вячеславович, 1976 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики на основании Распоряжения Правительства Удмуртской Республики от 27.11.2017 г. № 1504-р.

Митрошин П.В. в 1998 г. окончил Удмуртский государственный университет по специальности «финансы и кредит», в 2000 г. по специальности «юриспруденция», действительный государственный советник Удмуртской Республики 2-го класса.

В 1996 г. – экономист ОАО ИКБ «ИжЛадаБанк».

С 1997 по 1999 гг. – ведущий специалист-юрисконсульт, главный специалист Госстроя Удмуртской Республики.

С 1999 по 2000 гг. – главный специалист Министерства строительства, архитектуры и жилищной политики Удмуртской Республики.

С 2000 по 2008 гг. – начальник отдела республиканского резерва и государственного заказа, начальник управления государственных закупок и мобилизационных ресурсов Министерства экономики Удмуртской Республики.

С 2008 по 2010 гг. – заместитель главного врача по внебюджетной работе ГУЗ «Республиканский клинично-диагностический центр МЗ УР».

С 2010 по 2014 гг. – заместитель министра здравоохранения Удмуртской Республики.

С 2014 по 2015 гг. – заместитель директора по коммерческим вопросам ГУП УР «Фармация».

С 2015 по 2016 гг. – исполнительный директор санатория-профилактория «Сосновый» (АО «Ижевский механический завод»).

С 2016 по 2017 гг. – начальник Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Награжден почетными грамотами Правительства Удмуртской Республики, Министерства здравоохранения Удмуртской Республики и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области



Манухина Елена Васильевна, 1969 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области на основании Распоряжения губернатора Рязанской области от 07.12.2017 г. № 613-рп.

Манухина Е.В. в 1992 г. окончила лечебный факультет Гродненского государственного медицинского института по специальности «лечебное дело». Кандидат медицинских наук. С 1992 по 1996 г. работала врачом в г. Гродно (Республика Беларусь). С 1997 по 1999 гг. проходила подготовку в клинической ординатуре на кафедре госпитальной терапии, функциональной и лучевой диагностики Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. В 1999–2004 гг. – врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог Рязанской областной клинической больницы. В 2004 г. назначена начальником отдела организации и контроля за фармацевтической деятельностью и лекарственным обеспечением Управления здравоохранения Рязанской

области, с 2005 г. – начальником Управления по контролю за фармацевтической деятельностью Рязанской области. С 2005 г. занимала должность заместителя директора по медицинским вопросам ТФОМС Рязанской области.

Награждена почётными грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области



Гуляева Наталья Михайловна, 1973 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области на основании Распоряжения Правительства Тверской области от 28.11.2017 г. № 403-рп.

Гуляева Н.М. в 1996 г. окончила Тверской государственный университет по специальности «бухгалтерский учет и аудит», в 2000 г. Тверской государственный университет по специальности «юриспруденция». Кандидат экономических наук, Академия управления МВД России, 2008 г. С 1995 по 1996 гг. – бухгалтер Централизованной бухгалтерии УВД Тверской области. С 1997 по 2003 гг. – служба в органах внутренних дел Тверской области. С 2005 по 2017 гг. – государственная гражданская служба Тверской области - Министерство финансов Тверской области: главный специалист, заместитель заведующего отделом, заведующий отделом, первый заместитель министра Правительства Тверской области, первый заместитель министра финансов Тверской области.

С 01.11.2017 по 27.11.2017 гг. – врио директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области. Гуляева Н.М. – действительный государственный советник Тверской области 2 класса.

Награждена почетными грамотами Департамента финансов Тверской области, Министерства финансов Тверской области, нагрудным знаком «Отличник финансовой работы» Министерства финансов Тверской области, благодарностью губернатора Тверской области.



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым приглашает на работу специалистов по следующим направлениям:

- ◆ Начальник финансово-экономического управления
- ◆ Начальник отдела экономического анализа и планирования финансово-экономического управления
- ◆ Начальник отдела экономического контроля и взаимодействия с регионами финансово-экономического управления

Адрес эл. почты для направления резюме: tfoms_rk@mail.ru
Контактный телефон работника кадровой службы: +79789079858.

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования

24 ноября 2017 г., Москва



Открывая заседание, председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко сообщила: «Бюджет ФОМС на 2018 год и на плановый период 2019–2020 годов позволит выполнить все задачи, которые перед нами поставлены. Увеличение размера субвенции к уровню текущего года составит 333 млрд рублей, или 21% – это беспрецедентный рост!» – подчеркнула она, отметив, что этих средств в полной мере достаточно для выполнения всех поставленных задач – при рачительном использовании выделенных ресурсов.

Эту позицию поддержала и председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, вице-президент НП «Национальная медицинская палата» (НМП) Н.Л. Аксенова. Она также отметила плодотворное и конструктивное взаимодействие Минздрава России и ФОМС с НМП. Н.Л. Аксенова обратила внимание, что, согласно социологическим опросам, с 57 до 30% сократилось число граждан Российской Федерации, недовольных оказанием медицинской помощи. Как представитель медицинского сообщества она предложила ежегодно ротировать состав тарифных комиссий субъекта Российской Федерации, которые входят

в состав региональных комиссий по разработке территориальной программы ОМС. «Общественные организации будут предлагать ежегодно кандидатуры, просим проработать этот вопрос и внести в ваши правила», – обратилась к присутствующим Н.Л. Аксенова.

Помощник министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек в своем выступлении рассказал об особенностях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, напомнив, что в следующем году будет 20 лет с момента подписания первого такого документа. Он проинформировал участников совещания, что этому юбилею в мае-июне будущего года будут посвящены парламентские слушания, на которых рассмотрят вопросы эффективности реализации территориальных программ госгарантий, а осенью 2018 года по этой же теме будет проведена всероссийская конференция. В.О. Флек заметил, что в текущем году обсуждение проекта постановления Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период

2019 и 2020 годов» состоялось на различных площадках, в том числе общественных. «И везде была единогласная поддержка документа», – добавил он. Помощник министра сообщил, что новация этого года заключается в том, что этот проект постановления Правительства был направлен для получения заключений в регионы Российской Федерации – в законодательные собрания субъектов РФ и в региональные органы здравоохранения. Помощник главы Минздрава призвал представителей региона конструктивно подходить к подготовке документа. Особое внимание В.О. Флек обратил на такие направления в программе госгарантий, как «онкология» и «медицинская реабилитация». «По онкологии первые в истории сокращены почти вдвое сроки ожидания оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме до 14 дней с момента постановки диагноза в амбулаторном звене», – подчеркнул представитель Минздрава России. Он особо отметил, что на профиль «онкология» (по всем условиям оказания медпомощи) в целом увеличены расходы по отношению к 2017 году на 59,9%. «На 2018 год существенно увеличен норматив объема и финансовых затрат по медицинской реабилитации в стационарных условиях. У системы ОМС финансовый ресурс это позволяет сделать», – сказал В.О. Флек. Он также проинформировал, что со следующего года вводится 15 новых клинко-статистических групп в части медицинской реабилитации по таким основным направлениям как заболевания опорно-двигательного аппарата периферической нервной системы, соматические заболевания и заболевания центральной нервной системы.

Начальник Финансово-экономического управления ФОМС А.В. Устюгов доложил основные параметры бюджета ФОМС на 2018 год и на плановый период 2019–2020 годов. В ходе своего выступления он обратил внимание, что основную долю в структуре субвенции (почти 72%) составляют средства на обеспечение заработной платы медицинским работникам с учетом выполнения «майских» указов Президента Российской Федерации. «313 млрд рублей из 333 млрд рублей субвенции – это средства, предусмотренные на повышение заработной платы», – отметил А.В. Устюгов.



Начальник Управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук обратила внимание директоров ТФОМС на успешные практики и на недостатки в регионах при реализации прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Актуальные вопросы в сфере тарифообразования в 2018 году осветила начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС О.В. Царева. В частности, она обратила внимание, что впервые в следующем году появляется новый профиль и новая клинко-статистическая группа по оплате гериатрической медицинской помощи. «Оплата по этой клинко-статистической группе может быть осуществлена в лечебных учреждениях, имеющих соответствующую лицензию по профилю “гериатрия”», – подчеркнула она.

Завершая расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования, Н.Н. Стадченко акцентировала внимание директоров ТФОМС на важность обеспечения Указа Президента Российской Федерации в части повышения заработной платы медицинским работникам с начала 2018 года.

Состоялась торжественная церемония награждения почетными грамотами Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

За большой личный вклад в развитие системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации награждены Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования



Кононова Людмила Павловна – первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике



Аксенова Наталья Леонидовна – председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», председатель Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата», член Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования



Градбобов Евгений Валерьевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области



Михалевская Ирина Сергеевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области



Варгольская Наталья Вячеславовна – заместитель начальника Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования



Исакова Анна Геннадьевна – консультант Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования



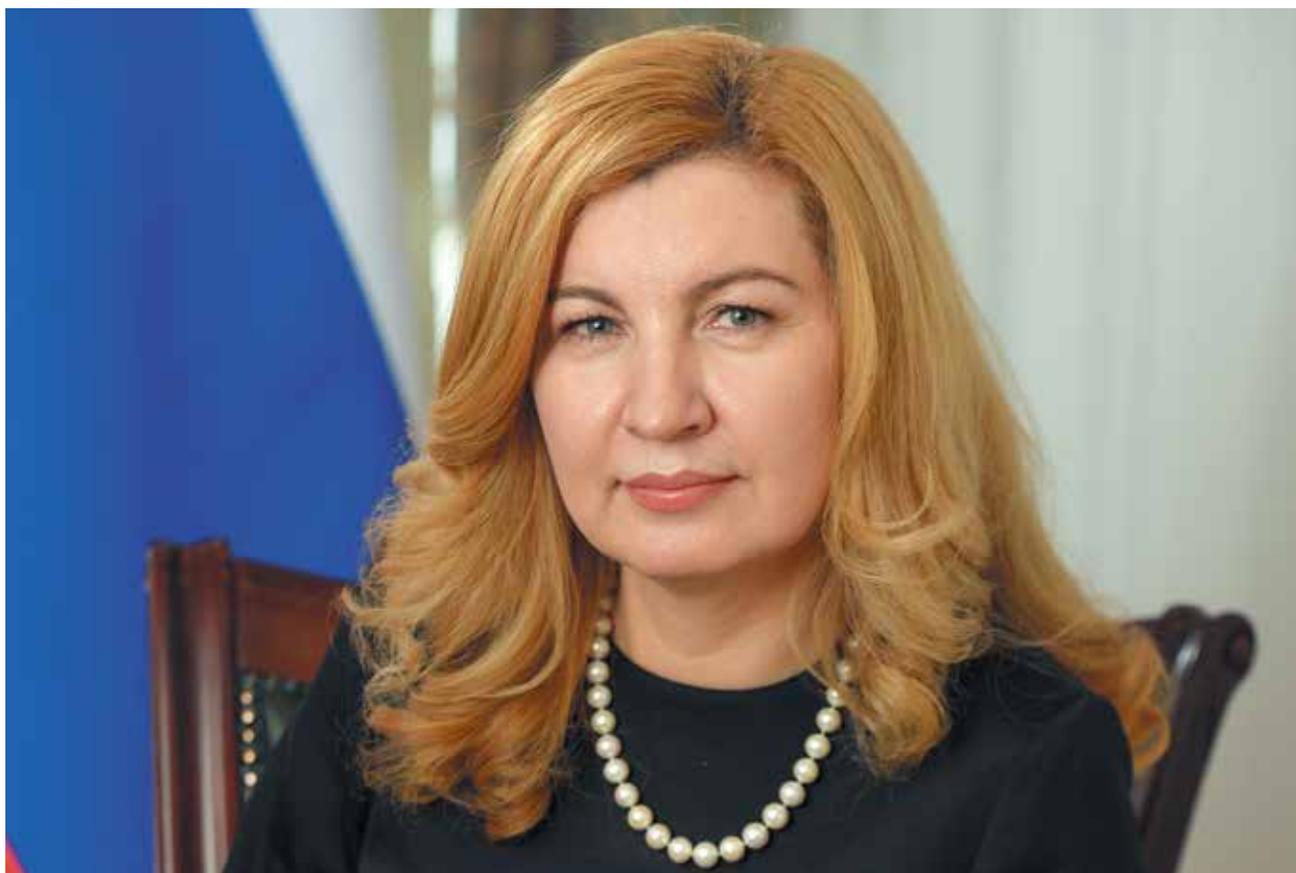
Максимова Евгения Владимировна – заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования



Митрошин Павел Вячеславович – начальник Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования*

* С 27.11.2017 г. - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Лекарства станут доступнее



Система обязательного медицинского страхования является организационной основой всей системы здравоохранения страны. Несмотря на то, что к ней у населения есть немало претензий, опросы показывают: в 2016 году полученной медицинской помощью 80 процентов населения осталось удовлетворено или «скорее удовлетворено». О том, какие изменения ждут систему ОМС в следующем году, рассказала в интервью «Российской газете» председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко.

– Наталья Николаевна, что конкретно изменится в программе ОМС на 2018 год по сравнению с 2017-м?

Н.Н. Стадченко: Действительно, проект Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам ме-

дицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019-2020 годов содержит ряд новых положений. Продолжается корректировка Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Шесть методов из раздела II, который содержит перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, перешли в раздел I, содержащий все виды ВМП, включенные в базовую программу ОМС. Их финансовое обеспечение осуществляется за счет субвенции из бюджета ФОМС территориальным фондам. Программа госгарантий дополнена положением о том, что за счет бюджетных ассигнований из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов может осуществляться финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места фактического проживания до места получения медицинской помощи

и обратно. Вводится оплата по подушевому нормативу и для больниц, в составе которых есть поликлиники. Причем такой вид оплаты будет производиться по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

Важные нововведения будут в оказании лекарственной помощи. Так, в программе госгарантий появилось требование о том, что в списке лекарственных препаратов, утверждаемом территориальной программой, должны содержаться абсолютно все препараты из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Еще одно значимое изменение касается наркотических и психотропных средств. Ранее их можно было получить только по месту жительства пациента. Теперь этот «приписной» принцип отменяется, получить лекарства можно будет в регионе фактического пребывания. Оплата препаратов в этом случае происходит в рамках межбюджетных отношений.

– Пациенты часто жалуются на то, что каких-то видов медицинской помощи приходится долго ожидать. Что изменится тут?

Н.Н. Стадченко: Продолжается конкретизация Программы госгарантий и в части установления сроков ожидания медицинской помощи. Документ расширен новым нормативом: предельные сроки ожидания специализированной медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями не должны быть более 14 календарных дней с момента установления диагноза. В современной системе здравоохранения сейчас большое внимание уделяется профилактической составляющей и реабилитации. Поэтому предусмотрено существенное увеличение средних нормативов объемов медицинской реабилитации, а также увеличены нормативы финансовых затрат на один койко-день реабилитации в стационарных условиях - из расчета не менее 70 процентов от стоимости койко-дня госпитализации в стационаре. Но это лишь часть изменений, вносимых в программу госгарантий. Однако и она существенно расширяет возможности для каждого пациента, доступность медицинских услуг и лекарственного обеспечения повышается. Именно эти принципы и являются базовыми в пациентоориентированной модели здравоохранения.

В списке лекарственных препаратов, утверждаемом территориальной программой ОМС, должны содержаться абсолютно все препараты из Перечня ЖНВЛП.

– Всегда ли медицинская помощь по программам ОМС доступна для россиян, если они находятся на территории других регионов?

Н.Н. Стадченко: Безусловно. Если человек поехал в отпуск на море или отправился в командировку, это не значит, что он лишается возможности бесплатной медицинской помощи.

С полисом ОМС каждый застрахованный может обратиться в любое медицинское учреждение. Отказ в

приеме у врача является прямым нарушением законодательства и поводом для жалобы своему страховому представителю. Законом предусматривается механизм межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь застрахованным, оказанную им за пределами территории «своего» региона.

– Есть ли жалобы на то, что в помощи отказали, ссылаясь на то, что полис выдан «не в нашем регионе»?

Н.Н. Стадченко: В последнее время жалобы на несвоевременное оказание специализированной, в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи, к счастью, поступают нечасто. Процесс организации оказания медицинской помощи отработан и совершенствуется год от года. С 2016 года в системе ОМС сформирован институт страховых представителей, благодаря которому у каждого застрахованного есть право на информационное сопровождение на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Жалобы на лекарственное обеспечение в первом полугодии снизились по отношению к тому же периоду прошлого года на 0,5 процента.

Кроме того, Министерство здравоохранения создало систему учета, в которой в режиме онлайн осуществляется сбор информации об этапах оказания ВМП. Например, можно получить информацию о наличии медицинских показаний для оказания ВМП, дате госпитализации, а также о ее результате («без перемен, улучшение, выздоровление» и др.).

Однако в случае поступления жалоб, Федеральный фонд ОМС в индивидуальном порядке совместно с органами управления здравоохранения и территориальными фондами рассматривает обращения в соответствии с действующим законодательством и с последующим ответом заявителю.

Есть понимание, что наилучшее решение проблемы доступности препаратов лежит в плоскости внедрения лекарственного страхования.

– Каковы перспективы внедрения в нашей стране системы лекарственного страхования? Можно ли прогнозировать конкретные сроки?

Н.Н. Стадченко: И Минздрав России, и Федеральный фонд ОМС работают над задачей повышения доступности лекарственного обеспечения. У нас есть понимание, что наилучшее решение лежит в плоскости внедрения лекарственного страхования. Сейчас мы интенсивно работаем в этом направлении. Однако на сегодняшний день источник финансового обеспечения лекарственного страхования до конца не определен. Поэтому говорить о предполагаемых механизмах решения задачи лекарственного обеспечения несколько преждевременно.

Есть понимание, что наилучшее решение проблемы доступности препаратов лежит в плоскости внедрения лекарственного страхования.


РИА НОВОСТИ

В центре системы обязательного медицинского страхования находится пациент

Появление в системе ОМС нового института страховых представителей изменило и процесс прохождения диспансеризации. Теперь профилактические осмотры сопровождаются новыми организационными технологиями, о которых в интервью РИА Новости рассказала начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук.

– Светлана Георгиевна, функция защиты прав застрахованных и без нового инструментария лежала на страховых компаниях. Зачем понадобилось выделять отдельный институт страховых представителей?

С.Г. Кравчук: Внедряемая в здравоохранение пациентоориентированная модель повысила роль страховых медицинских организаций в защите прав и законных интересов пациентов. С 2016 года проводится работа по формированию трехуровневого института страховых представителей. Именно в это время начали работать контакт-центры территориальных фондов ОМС, а с 1 июля 2016 года в страховых компаниях по всей стране была организована работа региональных или федеральных контакт-центров, специалисты которых и стали страховыми представителями первого уровня. Их базовые задачи – консультации по всем вопросам организации и получения медицинской помощи по программам ОМС, предоставление информации о порядке выбора и прикрепления к медицинской организации, о графике ее работы, о порядке прохождения диспансеризации.

В текущем году страховые медицинские организации реализуют новый этап работы с застрахованными лицами. Начали работу страховые представители второго уровня, основные задачи которых – не только индивидуальное информирование о возможности пройти диспансеризацию, но и контроль за этим процессом, телефонные опросы застрахованных для уточнения своевременности прохождения профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них, а также анализ данных опросов и результатов прохождения профилактических мероприятий.

– Каким образом осуществляется информирование застрахованных?



С.Г. Кравчук: Используются все средства коммуникации. Для пожилых удобнее всего получать почтовые уведомления или поговорить с представителем по телефону. Для более молодого поколения оптимальна рассылка смс-сообщений, в том числе с использованием мобильных мессенджеров, а также электронных писем. В этих сообщениях указываются координаты поликлиники, куда нужно обратиться человеку для прохождения диспансеризации. Во многих регионах даже проводится подворовой обход населения! Кроме того представители страховых медицинских организаций участвуют в передачах медицинской направленности на федеральных и региональных телеканалах, где рассказывают зрителям о возможности прохождения диспансеризации, о важно-

сти профилактики и ранней диагностики заболеваний. Помимо этого страховые медицинские организации делают информационные ролики, которые также транслируются на телевидении, в интернете и на видеостендах в поликлиниках.

Работа страховых медицинских организаций по диспансеризации не ограничивается простым информированием. На основе базы данных застрахованных они формируют списки граждан, подлежащих диспансеризации согласно установленным порядкам ее прохожде-

пансеризации в 2017 году.

Страховые представители продолжают работу и с гражданами, которые получили уведомление о возможности пройти диспансеризацию, но не прошли ее. Тут работает уже метод убеждения, когда застрахованным рассказывается не только о возможности прохождения диспансеризации, но и о ее значимости.

Страховые представители также проводят опрос граждан: почему те не прошли профилактический осмотр. Как оказалось, наиболее частыми причинами отказа граждан

С.Г. Кравчук: «С 2018 года страховыми медицинскими организациями вводится третий уровень страховых представителей, которые начнут реализовывать функции по мотивированию застрахованных лиц к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, повышению приверженности лечению у лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, а также по разбору конфликтных ситуаций и спорных случаев, при необходимости – по оказанию правовой помощи».

ния, утвержденным Минздравом России. Совместно с медицинскими организациями они составляют график прохождения профилактических мероприятий, тем самым помогая поликлиникам равномерно распределить потоки населения. Это позволяет избежать очередей у врачебных кабинетов, сделать процесс диспансеризации максимально комфортным и быстрым для пациента.

– Россияне традиционно пренебрежительно относятся к различным профилактическим мероприятиям. Как страховой представитель сможет их мотивировать на диспансеризацию?

С.Г. Кравчук: Да, наши граждане не любят ходить в поликлинику, как им кажется, «без повода». Но мониторинг, осуществляемый ФОМС, показывает эффективность информирования населения страховыми представителями.

Так, в III квартале 2017 года наблюдается положительная динамика роста прохождения профилактических мероприятий: более 35 миллионов человек уже посетили с профилактическими целями лечебные учреждения. Это на 4,1% больше по сравнению с аналогичным периодом 2016 года. Если изучить структуру обратившихся, то количество взрослого населения, пришедшего на диспансеризацию, составляет около 18 миллионов человек (по сравнению с III кварталом 2016 года увеличение на 10,5%), а детей – почти 17 миллионов (рост порядка 5%).

Эти цифры – очевидный показатель эффективности работы страховых представителей. По итогам восьми месяцев 2017 года ими было проинформировано без малого 96% граждан, подлежащих диспансеризации в период январь-сентябрь 2017 года, или 74% подлежащих дис-

от диспансеризации являются следующие: не отпустил работодатель, невозможно пройти диспансеризацию в выходные дни, невозможно пройти диспансеризацию за один день. Это те причины, которые в будущем нам вместе с руководителями региональных органов управления здравоохранением предстоит устранить.

– Какие изменения в функционировании института страховых поверенных ждут нас в 2018 году?

С.Г. Кравчук: С 2018 года страховыми медицинскими организациями вводится третий уровень страховых представителей, которые начнут реализовывать функции по мотивированию застрахованных лиц к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, повышению приверженности лечению у лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, а также по разбору конфликтных ситуаций и спорных случаев, при необходимости – по оказанию правовой помощи.

Остановить болезнь на подступах, купировать факторы риска – вот к чему будут призывать сотрудники этого уровня. Они же станут и квалифицированными адвокатами при отстаивании прав застрахованных на получение качественной медуслуги. Таким образом, система ОМС обеспечивает базовый принцип – персонализированный подход, когда в центре треугольника участников обязательного медицинского страхования: территориальный фонд - медучреждение - страховщик находится пациент.



«Российское здравоохранение и система ОМС: проблемы и решения»

ПЛАТФОРМА
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ



Москва, 2017

Центр социального проектирования «Платформа» провел исследование, посвященное российскому здравоохранению и системе обязательного медицинского страхования. Исследование проводилось совместно со Всероссийским центром изучения общественного мнения в октябре – ноябре 2017 года.

17 ноября заместитель председателя Федерального фонда ОМС Е.Н. Сучкова приняла участие в экспертной дискуссии по итогам социальных исследований Центра социального проектирования «Платформа», посвященных российскому здравоохранению и системе обязательного медицинского страхования.

В рамках исследования был проведен всероссийский опрос населения (1200 респондентов), а также осуществлен экспертный анализ ситуации среди профильной аудитории: экономисты, представители органов государственной власти, медицинского сообщества, страховых компаний, общественных организаций, представители СМИ.

Согласно полученным данным, 73% граждан приветствуют появление в системе ОМС страховых представителей.

Вместе с представителем ФОМС в дискуссии приняли участие сопредседатель Всероссийского союза пациентов, сопредседатель Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России Ю.А. Жулев, председатель исполнительного комитета Межрегионального общественного движения «Движение против рака», член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России Н.П. Дронов, член комитета Государственной Думы по труду, социальной политике и делам ветеранов С.А. Восстрецов, представители центров изучения общественного мнения.

В ходе встречи Е.Н. Сучкова осветила вопросы развития системы ОМС, рассказала о работе страховых представителей и их роли в защите прав пациентов.

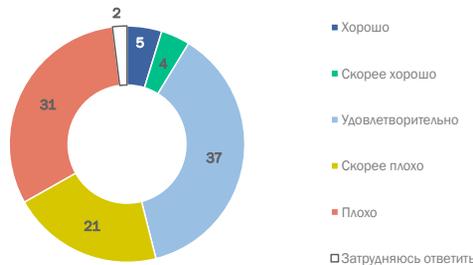


Оценка ситуации в сфере здравоохранения

Оценка российского здравоохранения



По Вашему мнению, как сегодня в нашей стране обстоят дела в российском здравоохранении?
(Закрыва́тый вопро́с, один отве́т, %)



ПЛАТФОРМА
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИТИРИНГА

Актуальные проблемы российского здравоохранения



Какие проблемы российской системы здравоохранения должны решаться в первую очередь?
(Закрыва́тый вопро́с, до трех отве́тов, %)



О недостаточном контроле за качеством мед. услуг чаще говорят 18-24-летние (20%). Они же чаще встречаются среди тех, кто обращался по полису ОМС менее года назад.

*Данные приводятся без варианта «Затрудняюсь ответить». Значение варианта «Затрудняюсь ответить» составляет 2%

□ **Нехватка врачей, их профессиональная подготовка и доступность медицинской помощи** – главные «болевы́е точки» российского здравоохранения. Законодательство и работа страховых компаний – наименее проблемные зоны.

ПЛАТФОРМА
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИТИРИНГА

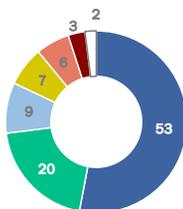
Роль ОМС в системе здравоохранения



Как давно Вы обращались за медицинской помощью в медицинские учреждения по полису ОМС в последний раз?
(Закрытый вопрос, один ответ, %)

ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ СРЕДИ ТЕХ, КТО ОБРАЩАЛСЯ МЕНЕЕ ГОДА НАЗАД ПО ПОЛИСУ ОМС:

- Женщины – 61%;
- 18-24-летние – 61%.



- менее года назад
- 1 – 2 года назад
- 3 – 5 лет назад
- 6 лет назад и более
- Не обращался по полису ОМС
- У меня нет полиса ОМС
- Затрудняюсь ответить

ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ СРЕДИ ТЕХ, КТО НЕ ОБРАЩАЛСЯ ЗА МЕД.ПОМОЩЬЮ ПО ПОЛИСУ ОМС:

- 35-44-летние – 12%;
- Работники бюджетной сферы – 14%.

ОМС в системе здравоохранения занимает важное место: 89% россиян обращались за медицинской помощью по полису ОМС, при этом 53% - в течение последнего года.



Проблемы, с которыми сталкиваются россияне при обращении за медицинской помощью



При обращении за медицинской помощью в медицинские учреждения по полису ОМС Вы/Ваши близкие, знакомые, сталкивались или не сталкивались со следующими проблемами за последний год?
(Закрытый вопрос, один ответ, %)



Как повысить качество медицинских услуг?



На Ваш взгляд, какие из перечисленных мер, в первую очередь, могут улучшить качество медицинских услуг?
(Закрытый вопрос, до трех ответов, %)



О ЗНАЧИМОЙ РОЛИ НЕЗАВИСИМЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ЗАЩИЩАЮЩИХ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ, ЧАЩЕ ГОВОРЯТ:

- Жители крупных городов – 37%;
- Материально обеспеченные – 36%;
- Работники бюджетной сферы – 32%;
- 25-34-летние – 31%.

Наиболее действенными мерами респонденты считают финансирование медучреждений в зависимости от качества предоставляемых услуг и повышение личной ответственности руководящего состава. Деятельность независимых от медучреждений организаций, защищающих права пациентов, - на третьем месте.





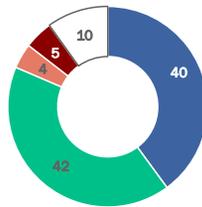
Отношение россиян к изменениям в системе ОМС

Роль страховых компаний в защите прав пациентов



Считаете ли Вы правильной или неправильной систему, при которой именно страховая компания, выдавшая Вам полис ОМС, должна защищать Ваши права как пациента?
(Закрытый вопрос, один ответ, %)

- Считаю такую систему полностью правильной
- Скорее правильной
- Скорее неправильной
- Считаю такую систему полностью неправильной
- Затрудняюсь ответить



ЧАЩЕ СЧИТАЮТ СИСТЕМУ ПРАВИЛЬНОЙ:

- > 18-24-летние – **91%**;
- > Высокодоходные группы – **89%**;
- > Жители сел – **87%**.

- **Значимую роль страховых компаний в системе ОМС одобряет подавляющее большинство опрошенных (82%). Среди них чаще встречаются молодые люди и представители высокодоходных групп (91% и 89% соответственно).**

ПЛАТФОРМА



Институт страховых представителей в системе ОМС

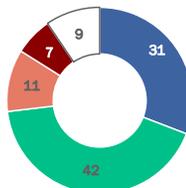


С 2016 года в штате страховых компаний, работающих в системе обязательного медицинского страхования, появились новые сотрудники – страховые представители. В их функции на бесплатной основе входит информирование населения о возможностях системы ОМС, защита прав пациентов, решение спорных ситуаций между медицинским учреждением и пациентом и т.п.

Вы лично поддерживаете или не поддерживаете появление такого работника в системе ОМС?
(Закрытый вопрос, один ответ, %)

ПОДДЕРЖИВАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ НОВОГО РАБОТНИКА В СИСТЕМЕ ОМС ЧАЩЕ:

- > 18-24-летние – **85%**;
- > Высокодоходные группы – **81%**;
- > Жители городов-миллионников – **79%**.



- Полностью поддерживаю
- Скорее поддерживаю
- Скорее не поддерживаю
- Полностью не поддерживаю
- Затрудняюсь ответить

- **Появление страховых представителей граждане воспринимают положительно (73%).**

ПЛАТФОРМА



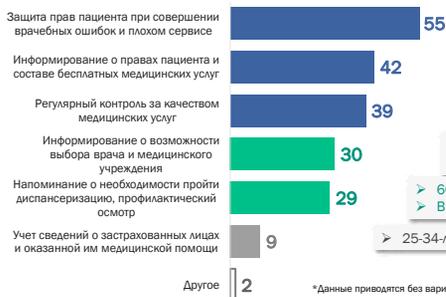
Ключевые функции страховых представителей в системе ОМС



Сейчас я перечислю список услуг, предоставляемых населению страховыми представителями на бесплатной основе.

Какие из них могут быть наиболее значимы для вас/ваших родственников, друзей?

(Закрытый вопрос, до трех ответов, %)

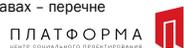


ЧАЩЕ НАЗЫВАЮТ:

- > 18-24-летние – **66%**;
- > Москвичи и петербуржцы – **67%**.
- > 18-24-летние – **48%**;
- > Жители крупных городов – **52%**.
- > 18-24-летние – **48%**;
- > Работники коммерческой сферы – **47%**.
- > 35-44-летние – **36%**;
- > Москвичи и петербуржцы – **35%**.
- > 60+ лет – **35%**; Работники бюджетной сферы – **36%**;
- > Высокодоходные группы – **42%**.
- > 25-34-летние – **14%**.

*Данные приводятся без варианта «Затрудняюсь ответить». Значение варианта «Затрудняюсь ответить» составляет 7%.

Основные функции страховых представителей широко востребованы. В оценках граждан значимы не только задачи, касающиеся защиты прав и мониторинга качества услуг, но и информирование населения о его правах – перечне бесплатных услуг, программах диспансеризации и возможностях выбора врача и медучреждения.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ И В МИРЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

«Мы формируем среду»

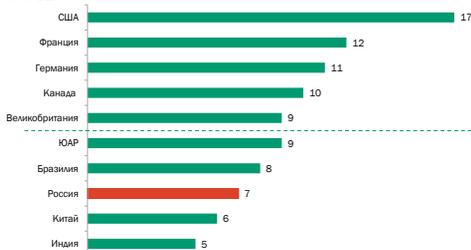
ОБЩИЕ РАСХОДЫ СТРАН НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



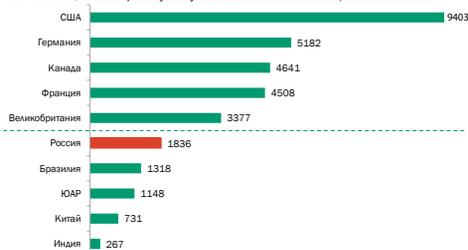
По суммарным расходам на здравоохранение (включая и государственные, и частные)

Россия находится на уровне развивающихся стран мира – например, других членов BRICS – **но заметно отстает от развитых стран Европы и Северной Америки**

Общий объем расходов на здравоохранение (гос. + негос.), % от ВВП



Общий объем расходов на здравоохранение (гос. + негос.) на душу населения, \$ по паритету покупательной способности



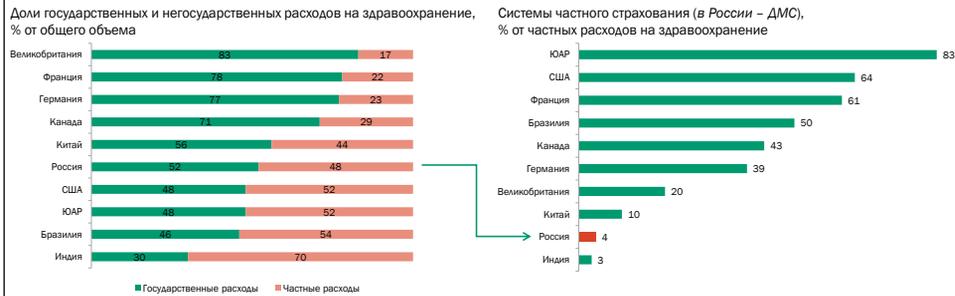
Источник: World Health Organization, Global Health Expenditure Database

СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННЫХ И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ



Парадокс: почти половина расходов на здравоохранение в России – негосударственные (примерно как в США) – однако лишь 4% расходов проходит через систему ДМС. Иными словами, в России нет никакой «системной» альтернативы ОМС

Источник: World Health Organization, Global Health Expenditure Database



ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Проблемы, типичные для российской медицины в целом (в т.ч. для ОМС): дефицит финансирования; недостаток квалифицированных врачей и персонала; низкая персональная ответственность



«Если посмотреть на топ-20 мировых систем здравоохранения по рейтингу ВОЗ, можно заметить: вообще качество здравоохранения (и медпомощи в частности) в основном зависит от благосостояния населения, а не от того, по какой системе устроены медицинские услуги. Страны Скандинавии, Германия, Англия, Франция – медицина устроена в них очень по-разному, но она приводит к одинаковым [высоким] результатам.» (представитель медицинского сообщества)

«Наша медицина балансирует на уровне стран третьего мира – чуть повыше, но ненамного... Это и низкая квалификация врачей, и их перегруженность, и недостаток финансирования. А еще – низкая [персональная] ответственность врачей за то, что они делают» (представитель медицинского сообщества)

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ «СТРАХОВОЙ ГРАМОТНОСТИ» ПАЦИЕНТОВ ОМС



Расхожее правило «Пациент всегда прав» на практике не всегда работает – оттого, что многие российские пациенты плохо информированы о своих правах и возможностях в рамках системы ОМС



«В случае проблем с медицинским обслуживанием наши люди не обращаются в страховую. Они пишут Президенту, в Минздрав, в прокуратуру... Хотя единственное, что необходимо знать пациенту в этой ситуации, – телефонный номер, обозначенный в его страховом полисе» (представитель страховой компании)

«Пациент в российской медицине вообще – без деления на ОМС и ДМС – не знает своих прав, не знает, что бесплатно, а что выходит за границы. Он не имеет достаточного уровня «страховой грамотности» и не желает её получать» (представитель общественной организации бизнеса)

УДК 614.2

Опыт внедрения принципов бережливого производства при оказании амбулаторной медицинской помощи населению в Нижегородской области

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

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области



С.А. Малышева



Т.Е. Романова



В.Р. Мишанов

Реферат

В статье представлен опыт участия территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области и страховых медицинских организаций региона в реализации нового «пилотного» проекта по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства.

Показаны первые положительные итоги внедрения программы по повышению производительности труда медицинского персонала и качества обслуживания пациентов в амбулаторных медицинских учреждениях.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, бережливое производство, Нижегородская область.

Для корреспонденции:

Малышева 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

Стартовым моментом для новой «пилотной» программы по совершенствованию организации работы в учреждениях здравоохранения Нижегородской области стал Общероссийский образовательный семинар-совещание по вопросу организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства, состоявшийся 3-4 апреля 2017 года в г. Ярославле. На этом семинаре был представлен анализ опыта медицинских организаций города Севастополя, Ярославской

системы «Группы ГАЗ», давно и плодотворно решающая задачи по распространению принципов бережливого производства.

Приведем слова Дмитрия Пупкова, главного специалиста Дирекции по развитию производственной системы, принявшего активнейшее участие в проекте (рис. 2):

«Группа ГАЗ уже на протяжении 14 лет внедряет производственную систему как на предприятиях холдинга, так и у своих поставщиков. На предложение МЗ НО ока-



Рис. 1. Заседание рабочей группы по реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника»

и Калининградской областей, первыми приступивших к реализации проекта «Бережливая поликлиника».

Несмотря на то, что наш регион не был включен в число 20 субъектов Федерации, которые официально были заявлены как участники продолжения проекта, руководители Министерства здравоохранения Нижегородской области (далее – МЗ НО) и Территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) Нижегородской области, следуя словам председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, что «все остальные регионы должны включиться во внедрение такого подхода, повышающего качество и доступность медицинской помощи», начали активную работу по его реализации (рис. 1).

Партнером по внедрению «пилота» в нашем регионе выступила Дирекция по развитию производственной



Рис. 2. Дмитрий Пупков, главный специалист Дирекции по развитию производственной системы «Группы ГАЗ»



Рис. 3. Рабочее место страхового представителя

зять содействие в реализации данного проекта, президентом компании В.Н. Сорокиным было дано безоговорочное согласие. Оказать помощь в данной работе – это благое дело. Так в данный проект попал я.

Зачастую глаз человека настолько «замыливается», что мы не видим проблем и потерь в своей работе. Наша задача – научиться отделять полезную работу от дей-

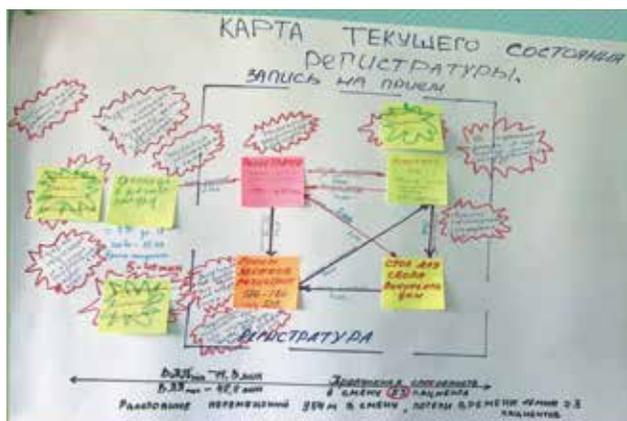


Рис. 4. Визуализация текущего состояния процесса работы регистратуры в ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ»

ствий, не добавляющих ценность. «Бережливая поликлиника» – реальный путь к повышению производительности медицинского персонала и качества обслуживания пациентов без масштабных инвестиций».

Стоит отметить, что «Бережливая поликлиника» это не разовый проект, всегда нужно ставить перед собой всё новые цели и задачи и стремиться их достигнуть. Залогом успеха проекта служат роль первого лица (в нашем случае главного врача), вовлеченность всего медицинского персонала, системная последовательная и непрерывная работа всех участников проекта».

Для участия в программе были выбраны 5 медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь: 3 взрослые (ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7 Нижегородского района», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12» (поликлиника № 1) и ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ») и 2 детские поликлиники (ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 39 Советского района» и детская поликлиника ГБУЗ НО «Сосновская ЦРБ»), причем важным стало то, что 2 медицинские организации представляли районы области.

Руководители всех медицинских учреждений при вступлении в проект высказали непосредственную заинтересованность как свою, так и трудовых коллективов, в реализации современных подходов к организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства.

Уже 5 мая 2017 года был издан совместный приказ МЗ НО и ТФОМС Нижегородской области «О рабочей группе по реализации «пилотного» проекта «Бережливая поликлиника». Была создана межведомственная рабочая группа, курирующая развитие «пилотной» программы. В каждой медицинской организации главный врач, инициативные сотрудники, представители ТФОМС Нижегородской области, страховых медицинских организаций и «Группы ГАЗ» начали еженедельные встречи для совершенствования подходов к воплощению тактических планов реализации проекта.

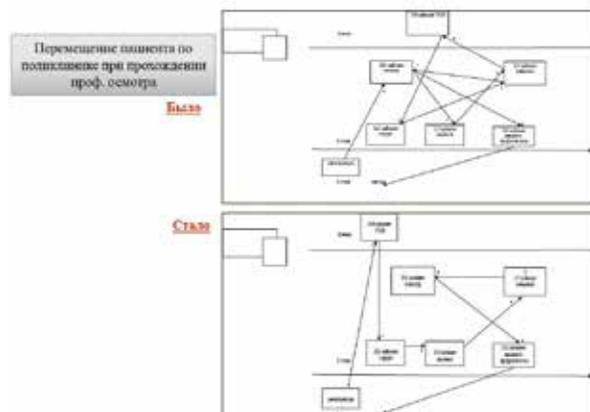


Рис. 5. Оптимизация логистики проведения профилактических осмотров детей в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 39 Советского района»



Рис. 6. Входная группа детской поликлиники ГБУЗ НО «Сосновская ЦРБ» до ремонта



Рис. 7. Входная группа детской поликлиники ГБУЗ НО «Сосновская ЦРБ» после ремонта

Представители страховых медицинских организаций, как включенные в состав всех организационно-руководящих рабочих групп, так и в лице страховых представителей в поликлиниках-участниках проекта, с первых дней активно включились в работу по выявлению проблемных вопросов и «узких мест» в деятельности медицинских организаций.

Наряду с информационным сопровождением застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий, страховыми представителями проводилось еженедельное анкетирование с целью изучения удовлетворенности пациентов, хронометраж производственных процессов и активный сбор предложений от посетителей и сотрудников медицинских организаций (рис. 3).

Широкое применение нашли апробированные методы бережливого производства: освоение и тиражирование стандарта рабочего места (организованного по системе 5С) в кабинетах поликлиник; использование методов визуализации проблем, требующих оптимизации работы и динамики развития проекта; формирование рациональных алгоритмов движения пациентов в зависимости от цели посещения медицинской организации; оптимизация информационных потоков, в т.ч. повышение эффективности медицинской информационной системы и устранение дублирования ввода данных (рис. 4, 5).

В каждой медицинской организации были разработаны «дорожные карты» и подробные тактические планы реализации проекта «Бережливая поликлиника», начиная с постановки задач, вовлечения и обучения персонала, ор-

ганизации и проведения необходимых ремонтных работ, закупок компьютерной техники и оборудования, непрерывного совершенствования производственных процессов по каждому выбранному направлению (рис. 6, 7).

Важной стала концентрация усилий поликлиник на своих ключевых проблемах, выявленных при картировании исходного состояния. «Взрослые» медицинские организации в первую очередь сосредоточились на сокращении сроков диспансеризации определенных групп взрослого населения, оптимизации работы кабинетов УЗИ, проведения кардиологического и маммографического обследований, внедрении «радужной» системы талонов (рис. 8).



Рис. 8. Маркировка амбулаторных карт цветным скотчем в детской поликлинике ГБУЗ НО «Сосновская ЦРБ»

Детские поликлиники во главу угла поставили создание удобной среды для родителей с детьми, распределение потоков пациентов разного возраста и выстраивание быстрой и комфортной для персонала и детей системы вакцинации, включая разработку специализированного модуля «Вакцинопрофилактика» региональной медицинской информационной системы (далее – РМИС) во взаимодействии с ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический центр» (рис. 9).

Общим в решении задач по совершенствованию организации работы, улучшению качества и скорости оказания медицинских услуг для всех «пилотных» медицинских организаций стало максимальное задействование возможностей РМИС (начиная с составления расписаний приема врачей, электронной очереди пациентов, протоколов и медицинских карт и заканчивая оформлением электронных больничных листов и формированием реестров на оплату медицинской помощи), что потребовало монтажа или дооборудования локальных вычислительных сетей поликлиник, перехода на высокоскоростные защищенные каналы доступа к сети Интернет, установки компьютеров на рабочие места врачей и медицинских сестер, обучения сотрудников.

Особенностью в процессе работы стало оформление достигнутых результатов в стандартные операционные процедуры, описывающие алгоритмы действий врачей (педиатров, терапевтов, узких специалистов) и медицинских сестер с учетом специфики каждого приема (рис. 10).

Отлаженные практики, в виде отработанного потока производственных операций (зафиксированных в виде готового шаблона действий), будут рекомендованы Министерством здравоохранения Нижегородской области для тиражирования во всем регионе (рис. 11).

Наглядным примером эффективности примененных подходов (даже на фоне ведущихся ремонтных работ и перестройки деятельности медицинских учреждений) стали следующие промежуточные результаты, в том числе подтвержденные данными еженедельного анкетирования граждан:

1. Сокращение времени ожидания, потраченного пациентами на получение информации в регистратуре или запись к врачу, а также непосредственного получения медицинских услуг (так, с мая по сентябрь 2017 года,



Рис. 9. Обновленный ЛОР-кабинет ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №39 Советского района»

ПАМЯТКА РЕГИСТРАТОРУ (схема 10)

Фразы и слова, употребление которых необходимо избегать	Правильный вариант
<ul style="list-style-type: none"> • Аппен 	<ul style="list-style-type: none"> • Случай Вас; • Экстренно, экстренно, в час срочности; • Экстренно, экстренно, срочно, как можно скорее.
<ul style="list-style-type: none"> • Какое состояние • Вызовите Вас еще раз 	Пациенту, посетителю, информацию (если необходимо, предоставить адрес)
<ul style="list-style-type: none"> • Внутренне • Внутренний • Внутренний человек и т.д. 	Если сотрудник не знает, как лучше себя вести, обратиться к руководителю. <ul style="list-style-type: none"> • Будьте добры (благодарю)... • Спасибо Вам за помощь?... • Благодарю, что пригласили Вас...
<ul style="list-style-type: none"> • Что вы хотите? • По какому поводу? 	<ul style="list-style-type: none"> • Что я могу для вас сделать?
<ul style="list-style-type: none"> • Трубочка • Зависит • Подходите пожалуйста (в др. учреждениях) 	<ul style="list-style-type: none"> • Трубка • Зависит • Останьтесь, пожалуйста, на минутку
<ul style="list-style-type: none"> • Вы забываете! 	Будьте любезны, уточните, в чем ваша речь. Например, необходимо заполнить медицинскую карту.
<ul style="list-style-type: none"> • Как зовут 	<ul style="list-style-type: none"> • Останьтесь, пожалуйста, на минутку, сейчас в очереди для Вас уже информация.

Рис. 10. Выдержка из Стандарта общения медицинских регистраторов



Рис. 11. «Открытая регистратура» ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7 Нижегородского района»

- по итогам анкетирования пациентов ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7 Нижегородского района», доля респондентов, потративших на получение информации или запись к врачу менее 10 минут, выросла с 8,5 до 83%).
2. Удовлетворенность большинством опрошенных режимом работы участковых врачей и узких специалистов (если в начале проекта среди родителей, посетивших детскую поликлинику ГБУЗ НО «Сосновская ЦРБ», доли соответствующих ответов респондентов составляли 47,5 и 35% соответственно, то в сентябре 2017 года удовлетворенность режимом работы участковых врачей и узких специалистов составила 60%).
 3. Обеспечение равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом, а также распределения функций персонала внутри отдельных структурных подразделений (например, регистратуры, клинической лаборатории и др.).
 4. Выделение службы неотложной медицинской помощи и доврачебного приема с целью высвобождения рабочего времени участковых врачей.
 5. Активизация процессов информатизации в здравоохранении (автоматизация рабочих мест, обучение персонала, популяризация возможности записи к врачу по сети Интернет).
 6. Стандартизация лечебно-диагностических процессов на базе «лучших практик» и снижение их варибельности.

7. Эффективное использование площади медицинских организаций.
8. Наглядность организации лечебно-диагностических процессов как для пациентов, так и для специалистов и руководителей медицинских организаций.
9. Формирование компетенций персонала медицинских организаций по быстрому выявлению проблем и их устранению.

Главный вывод по результатам внедрения принципов бережливого производства – это то, что процесс можно начать, но нельзя закончить! Вовлеченность людей (сотрудников и пациентов) в дело улучшения организации труда, очевидные материальные и моральные стимулы для повышения качества оказания медицинской помощи должны стать не кампанией, а постоянным движением, обеспечивающим перманентное совершенствование отечественного здравоохранения.

Решением Министерства здравоохранения Российской Федерации с 1 января 2018 года Нижегородская область включена в число регионов, ставших официальными участниками приоритетного федерального проекта «Бережливая поликлиника», и перед нами поставлена задача тиражирования отработанных образцов эффективной работы на другие медицинские организации «нового набора», входящие в орбиту его реализации.

УДК 614.2

Региональная медицинская информационная система в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области

В.М. Туруло, Л.Е. Мартыненко, А.А. Гольго

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области



В.М. Туруло



Л.Е. Мартыненко



А.А. Гольго

Реферат

Построение медицинской информационной системы в сфере ОМС Брянской области основано на одновременном решении двух ключевых задач: создании единого ресурса, удовлетворяющего требованиям Министерства здравоохранения Российской Федерации при формировании Единой государственной системы здравоохранения, и обеспечении возможности формировать реестры

счетов оказанной медицинской помощи на основе данных электронных медицинских карт.

Ключевые слова: медицинская информационная система, единый ресурс медицинской помощи, региональная информационная система, электронные сервисы, персонафицированный учет, интегрированная электронная медицинская карта.

Для корреспонденции:

Туруло Виктор Михайлович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: (4832)30-41-00, факс: (4832)30-41-01, e-mail: tfomsbrk@ya.ru

Мартыненко Лариса Евгеньевна – начальник управления информационных технологий Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: (4832)30-41-17, факс: (4832)30-41-01, e-mail: tfomsbrk@ya.ru

Гольго Артем Анатольевич – начальник отдела информационно-технического обеспечения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: (4832)30-41-41, факс: (4832)30-41-01, e-mail: tfomsbrk@ya.ru
Адрес: 241050, г. Брянск, ул. С. Перовской, д. 83

Информатизация здравоохранения определена Министерством здравоохранения Российской Федерации одним из приоритетных направлений развития отрасли. «Дорожная карта», принятая каждым регионом, определяет сроки и этапы информатизации в здравоохранении. Но пути реализации данного проекта субъекты Российской Федерации определяли самостоятельно. Брянская область выбрала комплексное решение, обеспечивающее надежную и комфортную работу, простоту и удобство получения необходимой информации медицинским персоналом, руководством медицинских организаций, пациентами, специалистами страховых медицинских организаций и территориальным фондом обязательного медицинского страхования Брянской области.

Цель работы

За несколько лет создания и внедрения медицинской информационной системы в Брянской области достигнуты положительные результаты, получен опыт коллективной работы разработчиков, медицинских специалистов, сотрудников территориального фонда и страховых медицинских организаций. И сделан вывод – информационные технологии в здравоохранении могут и должны быть реальными помощниками.

Материал и методы

В деятельности всех структур системы обязательного медицинского страхования Брянской области информационные технологии стали незаменимым помощником, который в минимально короткие сроки позволяет решать вопросы, связанные с обработкой больших информационных массивов, оперативным сбором медицинской и статистической информации, на основании которой принимаются управленческие и организационные решения. Медицинские организации используют единую медицинскую информационную систему (МИС МО), которая обеспечивает автоматизированную обработку информационных массивов медицинской и статистической информации, включая формирование реестров за оказанную медицинскую помощь на основании данных электронной медицинской карты и сбор отчетных данных. Информационные системы страховых медицинских организаций (ИС СМО) обеспечивают контроль реестров оказанной медицинской помощи и формирование результатов медико-экономического контроля, медико-экономических экспертиз и экспертиз качества. Вся инфор-

мация, поступающая от МИС МО и ИС СМО, агрегируется в региональной информационной системе (РИС), доступной, в соответствии с установленными полномочиями, всем участникам информационного взаимодействия.

На рисунке 1 представлена схема региональной информационной системы здравоохранения Брянской области.

В реализации государственной программы информатизации здравоохранения Брянской области используется программный комплекс «МЕД – Комплит», разработанный специалистами ООО «Офисные технологии» (г. Брянск), который в настоящее время приобрел законченный вид и успешно используется в сфере ОМС Брянской области.

Рассмотрим, какие направления деятельности в сфере здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования удается решать с помощью информатизации.

Первым звеном в работе системы здравоохранения являются непосредственно медицинские организации. Классическая полнофункциональная регистратура интегрирована со всеми необходимыми сервисами: внешними системами записи пациентов на прием, электронной очередью и регистрами: регистром лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, регистром льготных категорий граждан. Информационная система обеспечила медицинские организации средствами поддержки электронной очереди. В информационном киоске (инфомате) пациент, кроме просмотра расписания и записи к врачу, может получить номер в электронной очереди в регистратуру и регистратору остается лишь подтвердить его (рис. 2). Широкое применение находят информационные табло. Одно информационное табло



Рис. 1. Структура региональной информационной системы здравоохранения Брянской области

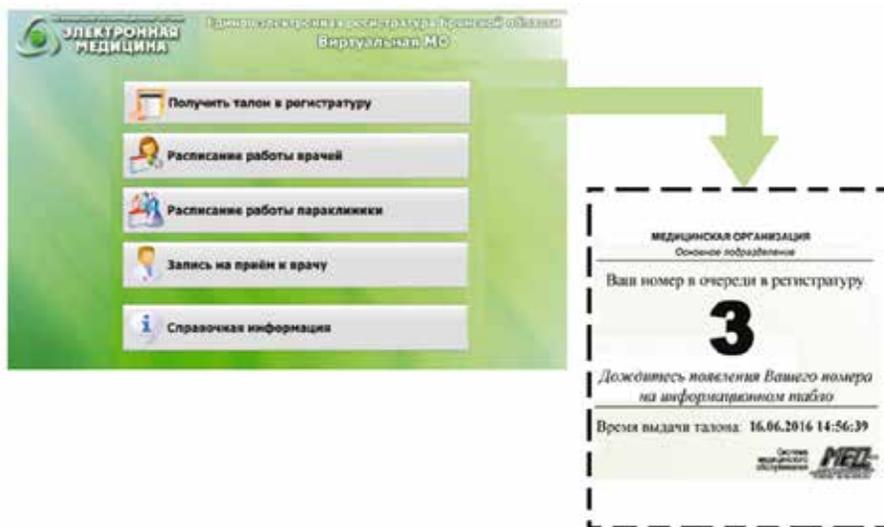


Рис. 2. Информационный киоск (инфомат) и талон электронной очереди

используется для целой группы кабинетов, расположенных рядом. Пациент попадает в очередь автоматически после выдачи талона, ему достаточно знать время приема и специалиста, к которому он записан. Помимо этого, в медицинском учреждении можно разместить обновляемые информационные табло с расписанием врачей на сегодняшний день или на неделю, демонстрировать на нем социальную рекламу (рис. 3).

На рабочем месте врача аккумулируются медицинские данные о проведенных лабораторных, функциональных и диагностических исследованиях, поступивших от всех подразделений медицинской организации. При обращении к интегрированной электронной медицинской карте врач получает медицинскую информацию о пациенте, внесенную другими медицинскими организациями Брянской области. На основании шаблонов, разработанных для профильных специалистов, врач вно-

лекарственных препаратов по отделениям, назначение мест хранения и ведение остатков лекарственных препаратов, проведение инвентаризации, формирование отчетности.

Для главного врача предусмотрена возможность контроля лечебного процесса, в т.ч. получение медицинских данных о конкретном пациенте, и управление финансово-экономической деятельностью медицинской организации.

Обмен медицинской и статистической информацией между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, ТФОМС Брянской области и департаментом здравоохранения обеспечивает региональная информационная система (РИС).

РИС позволяет объединить данные всех медицинских организаций области и в результате получить интегрированную медицинскую карту пациента, содержащую:

Недельное расписание работы врачей		11:42						
		Текущая неделя (четная)						
Специалист	ФИО	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	
офтальмолог	Кушнир Н.И.	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15		
офтальмолог	Пушечкова А.В.	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15		
офтальмолог	Шкеля О.П.	8 - 17	8 - 17	8 - 17	8 - 17	8 - 17	8 - 17	
педиатр	Азаров В.С.	8 - 14	15 - 18	8 - 14	15 - 19	8 - 14		
педиатр	Иванов А.А.	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15		
педиатр	Петров И.И.	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15		
педиатр	Юрасова Т.А.	8 - 20	8 - 20	8 - 20	15 - 19	8 - 14	8 - 20	
психиатр-нарколог	Карпачин А.И.	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15		
средний медицинский персонал	Квальчугова Р.А.	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15	8 - 15		
стоматолог	Евсеева В.А.	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 12	
стоматолог	Кузьмин И.В.	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 15	9 - 12	

Текст бегущей строки



Рис. 3. Информационное табло и электронная очередь



Рис. 4. Информационные ресурсы и сервисы, размещенные на технологической площадке ТФОМС

- персональные данные пациента;
- данные амбулаторной карты, карты вызова скорой медицинской помощи, истории болезни;
- консультации и назначения врачей, дневники наблюдений, протоколы осмотров, протоколы операций и манипуляций, лабораторные и диагностические исследования, выписной эпикриз, заключение лечащего врача и врачебной комиссии;
- направления на консультацию, госпитализацию, исследования;
- диспансерное наблюдение пациентов.

Результаты и их обсуждение

Вся информация от медицинских и страховых организаций поступает в единый ресурс медицинской помощи (ЕРМП), который размещен на технологической площадке ТФОМС (рис. 4). Медицинская информация в ЕРМП поступает в онлайн-режиме. На основании данных электронной медицинской карты обеспечивается формирование реестров за оказанные медицинские услуги. Страховые медицинские организации получают данные реестров на закрытом портале ТФОМС и там же размещают информацию о проведенном медико-экономическом контроле (МЭК). Сведения о МЭК становятся доступны меди-

цинским организациям в момент их публикации на портале. Таким образом, медицинские организации освобождены от рутинной работы по вводу и предоставлению данных о пролеченных пациентах, а территориальный фонд обязательного медицинского страхования имеет возможность оперативно и в полном объеме контролировать процесс оплаты реестров за оказанные медицинские услуги.

На основании сведений ЕРМП в ТФОМС реализован персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в т.ч. и за пределами территории страхования. Данные персонифицированной карты содержат информацию, достаточную для контроля корректного применения медицинскими орга-

низациями клинико-статистических групп (КСГ). Данная информация используется также для анализа экспертами ТФОМС при проведении реэкспертиз медицинской помощи. На рисунке 5 приведен пример интегрированной электронной медицинской карты.

Портал государственных медицинских услуг Брянской области Narpm.info объединяет в себе более 70 медицинских организаций и активно используется третью населения Брянской области. Просмотреть расписание работы врача, узнать адрес, телефон регистратуры медицинской организации и наличие в ней своей медицинской карты, записаться к врачу или же вызвать

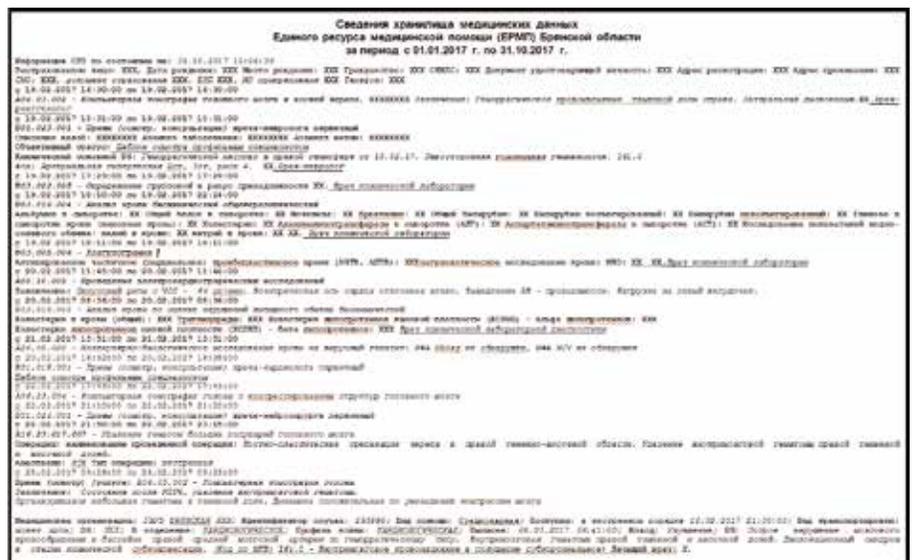


Рис. 5. Пример интегрированной электронной медицинской карты

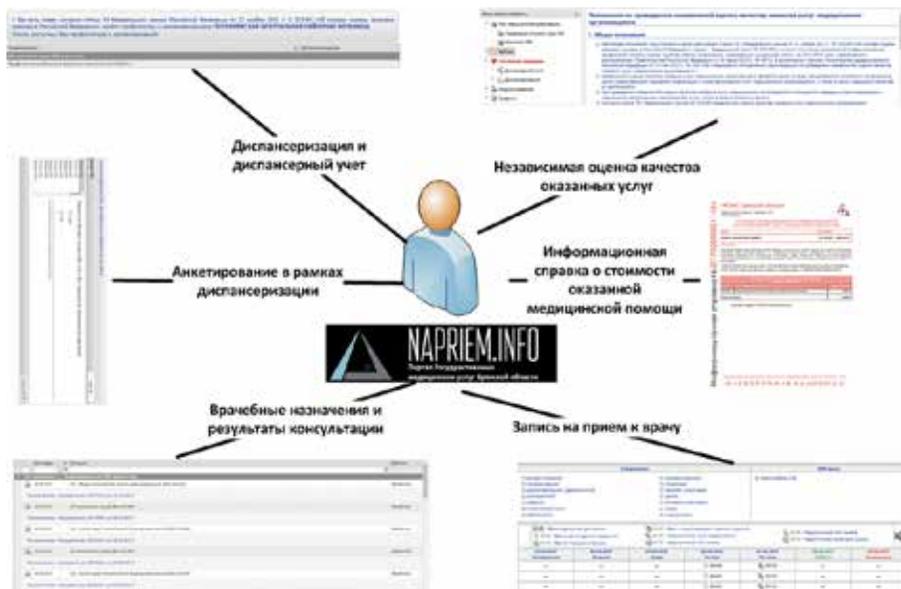


Рис. 6. Функции портала государственных медицинских услуг Брянской области Napriem.info

его на дом – все это можно сделать, просто зарегистрировавшись на портале Napriem.info (рис. 6).

Личный кабинет пациента – это место, где всегда можно просмотреть собственные направления, активные и архивные талоны, получить приглашение на прохождение диспансеризации и заполнить анкету, оценить работу врача и медицинской организации в целом. Также здесь можно получить в электронном виде справку о стоимости оказанных медицинских услуг, увидеть сделанные врачами назначения и результат консультаций специалистов.

С целью обеспечения «обратной связи» в рамках портала Napriem.info функционирует сервис «Народный контроль», с помощью которого граждане могут подавать обращения, предложения, жалобы и благодарности в адрес медицинских организаций. Страховые компании имеют доступ к данным обращениям, что позволяет им активно использовать данный ресурс при осуществлении защиты прав застрахованных.

Важным направлением в развитии региональной информационной системы является информационное сопровождение застрахованных граждан на всех этапах оказания им медицинской помощи (рис. 7). Маршрутизация пациентов при плановой госпитализации осуществляется с применением электронных на-

правлений. По согласованию с пациентом электронные направления формируются врачом направляющей организации, который на информационном ресурсе выбирает «свободное время», обозначенное принимающей медицинской организацией. Электронное направление содержит сведения о пациенте, дату планируемой госпитализации в профильное отделение и необходимые анализы и обследования. Страховые представители осуществляют контроль соблюдения сроков плановых госпитализаций, в случае несостоявшихся госпитализаций отслеживают причины аннулирования госпитализаций.

Информационный ресурс обеспечил оперативность работы страховых представителей при информировании застрахованных лиц при прохождении профилактических мероприятий. На информационном портале отражена информация о лицах, включенных в месячные планы для прохождения диспансеризации. Страховые представители размещают на нем сведения о способах и датах информирования. Информация о факте начала и завершения диспансеризации отражается автоматически в онлайн-режиме, на основании данных электронной медицинской карты.

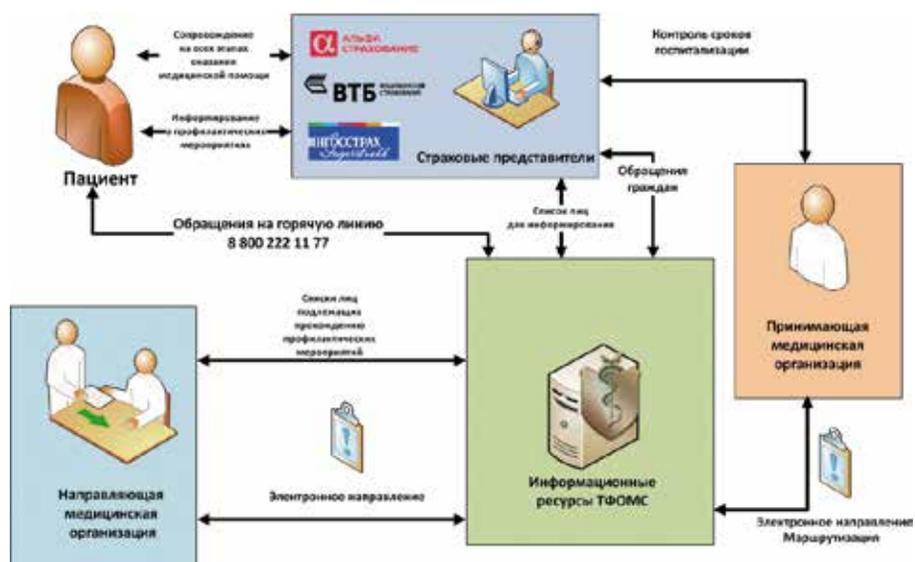


Рис. 7. Информационное сопровождение застрахованных граждан на всех этапах оказания им медицинской помощи



Администратор вежливой регистратуры ГАУЗ Брянская городская поликлиника № 5



Кабинет врача-офтальмолога ГАУЗ Брянская городская поликлиника № 4

Заключение

Создание информационной системы – это огромный труд, ее совершенствование – это потенциально бесконечный процесс. Внедрение информационной системы – это колоссальная коллективная работа, результатом которой является некий баланс мнений: «с ней плохо, а без нее невозможно». Но уже сегодня можно сделать вывод, что участники системы ОМС, включая медицинское сообщество, в целом заинтересованы в дальнейшем развитии информационных технологий. Особенно нагляден результат в медицинских организациях, применяющих комплексное решение: от маршрутизации пациентов в регистратуре до использования автоматизированных лабораторных и диагностических исследований.

Важным шагом, определяющим требования к медицинским информационным системам, явились Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ по обеспечению функциональных возможностей региональных медицинских информационных систем (РМИС) и медицинских информационных систем медицинских организаций (МИС МО). Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанные Федеральным фондом ОМС, явились мощным алгоритмическим инструментом, позволяющим точнее классифицировать случаи госпитализации и реализовывать основной принцип оплаты по КСГ: большая оплата за больший объем оказанной помощи с учетом ее сложности.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».
2. Приказ Федерального фонда ОМС от 11.05.2016 г. № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи».
3. Соглашение между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Брянской области о взаимодействии в сфере развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015-2018 гг. от 01.07.2015 г. План мероприятий («дорожная карта») по развитию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015-2018 гг. от 01.07.2015 г.
4. «Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей региональных медицинских информационных систем медицинских организаций (РМИС)», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 23 июня 2016 г.
5. «Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций (МИС МО)», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 1 февраля 2016 г.
6. «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренные решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, протокол заседания от 9.12.2016 г. № 66/11/18.
7. Приложение № 36 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Брянской области на 2017 г. «Регламент информационного взаимодействия между участниками и субъектами сферы обязательного медицинского страхования Брянской области».

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Москвичи стали жить почти так же долго, как ингуши

Средняя продолжительность жизни в Москве увеличилась на три года: жители столицы все чаще празднуют 77-й день рождения. Положительную тенденцию озвучил руководитель городского Департамента здравоохранения Алексей Хрипун.

В 2017 году Первопрестольная заняла второе место по индексу долголетия среди регионов страны, уступив первенство Республике Ингушетии, зато по индексу благосостояния населения столица взяла «золото».

Также в Москве на 28% снизилось количество смертей трудоспособного населения, на 32% уменьшилось количество летальных исходов от болезней системы кровообращения, на 31% - от острого инфаркта миокарда, в стационарах больные стали на 11% реже покидать этот мир. На треть снизилось количество смертей детей во младенчестве (сейчас таких случаев 7,2% от общего количества рожденных малышей).

Кроме того, по данным департамента, карета неотложки в среднем доезжает до пациента за 11,9 минуты, ожидание приема терапевта составляет максимум 1 день, а приема специалиста узкого профиля москвичи ждут не дольше 5 дней.

Кстати, в ходе заседания были озвучены и приятные новости для самих медиков. Средний уровень заработной платы врачей в 2018 году должен достигнуть 122 тысяч рублей (114 тысяч в этом году), а среднего медицинского персонала - 62 тысяч рублей (в этом году - 60 тысяч). Изменится и минимальная оплата труда: так, врачи будут получать минимум 67 тысяч (64 тысячи в этом году), а средний медперсонал - 32 тысячи (30 тысяч в этом году).

*Московский Комсомолец, Москва,
(1 декабря 2017)*

В Балашихе построен онкорadiологический центр за 2,3 млрд рублей

Министерство строительного комплекса (Минстрой) Подмосковья выдало разрешение на ввод в эксплуатацию онкорadiологического центра в Балашихе, построенного в рамках концессионного соглашения с компанией ООО «ПЭТ-Технолоджи». Общий объем инвестиций в проект составил 2,3 млрд рублей, сообщили в ведомстве.

«Построенное медучреждение в Балашихе площадью более 7,8 тысячи кв. м будет обслуживать более 300 пациентов в день. Планируется, что ежегодно в центре

будут получать лечение более 3 тысяч человек и выполняться свыше 20 тысяч диагностических исследований», - рассказал министр строительного комплекса Московской области Максим Фомин, уточнив, что в новом корпусе смогут трудоустроиться около 100 человек.

Как отметили в Минстрое Подмосковья, в медучреждении будет выполняться точная диагностика опухолей с помощью методов позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), сцинтиграфии, магниторезонансной томографии и компьютерной томографии. Пациентам будут доступны современные методики лучевой терапии и высокоточного облучения опухолей, такие как радиохирurgia и брахитерапия. Медуслуги будут оказываться бесплатно для граждан по программе ОМС, уточнили в ведомстве.

На основе концессионного соглашения ведется строительство аналогичного центра в Подольске. По данным Минстроя, объект находится в высокой степени готовности, а его ввод в эксплуатацию запланирован до конца 2017 года.

Строительством центров занимаются ООО «ПЭТ-Технолоджи Подольск» и ООО «ПЭТ-Технолоджи Балашиха», которые через ООО «А-Мед» принадлежат Алексею Царькову, свидетельствует ЕГРЮЛ. Соинвестором строительства центров также выступает государственная холдинговая компания Эмирата Абу-Даби (ОАЭ) Mubadala Development под руководством наследного принца Абу-Даби шейха Мохаммеда бин Зайда аль-Нахайяна. В конце июня в Федеральную антимонопольную службу поступили два ходатайства на покупку инвестором из ОАЭ по 37,5% в компаниях Царькова, а через два месяца Российский фонд прямых инвестиций (РФПИ) совместно с Mubadala Development Company и другими ближневосточными фондами объявили о завершении сделки по инвестированию в строительство центров.

*Vademecum (vademec.ru), Москва,
(1 декабря 2017)*

Крымский онкодиспансер получил аппарат, который диагностирует рак на самой ранней стадии

Система позволяет диагностировать онкологические заболевания на ранней стадии, обслуживая около дюжины человек в день.

В Крымском республиканском онкологическом клиническом диспансере имени В.М. Ефетова установили уникальную систему для однофотонной эмиссионной компьютерной томографии в совмещении и синхронной работой рентгеновской компьютерной томографии. Об

этом сообщила пресс-служба Министерства здравоохранения региона.

Сплит-система позволяет проводить раннюю диагностику онкологических заболеваний, также она поможет снизить смертность жителей полуострова от онкопатологии. Согласно данным пресс-службы, аппарат обошелся властям Республики в 78 млн рублей.

Главврач онкологического центра отметил, что с помощью системы можно обследовать 10-14 пациентов в день, а за время ее испытания проверили 350 человек.

Александр Голенко, министр здравоохранения Крыма, отметил, что борьба с онкологией является одной из главных задач ведомства.

В оказании онкологической помощи грядут большие перемены, будут увеличены тарифы на онкологическую помощь, ускорена постановка диагнозов. Мы будем и дальше добиваться увеличения продолжительности жизни, смертность от онкологических заболеваний по сравнению с прошлым годом снизилась на 4% за прошедшие 9 месяцев. С помощью таких аппаратов, который мы презентовали сегодня, мы будем работать еще эффективнее», - подчеркнул министр.

В конце октября глава Минздрава РФ Вероника Скворцова заявила, что россияне вскоре будут получать индивидуальные средства для лечения рака. В настоящее время препараты переходят на стадию клинических испытаний, но уже можно говорить о положительных результатах.

*Sevas.com, Севастополь,
(30 ноября 2017)*

«ФОРТ» инвестирует 2,2 млрд рублей в расширение производства вакцин

Рязанский производитель вакцин ООО «Форт» собирается инвестировать 2,2 млрд рублей в расширение номенклатуры выпускаемых вакцин, говорится в пресс-релизе компании. «Форт» начнет производить вакцины против ветряной оспы, кори, краснухи и ротавирусной инфекции. Сейчас рязанская компания производит только противогриппозные вакцины.

По словам президента «Форты» Антона Катлинского, компания планирует задействовать внешние источники финансирования. «Мы показываем хорошие результаты, поэтому ряд финансовых институтов готов инвестировать в проект», - объяснил он. Раскрыть источники финансирования Катлинский обещает позднее.

Увеличенные объемы производства смогут обеспечить потребности не только России, но и ближнего зарубежья, говорит генеральный директор «Нацимбио» Андрей Загорский.

Согласно данным Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС), сейчас «Форт» производит собственную инактивированную вакцину для профи-

лактики гриппа Ультрикс и противогриппозную вакцину Совигрипп, держателем репутации на которую является госпредприятие «Микроген», входящее в государственный холдинг «Нацимбио», принадлежащий «Ростеху».

В июне 2015 года «Нацимбио» была назначена Правительством РФ единственным поставщиком отечественных иммунобиологических лекарственных препаратов для Национального календаря профилактических прививок (НКПП) на период 2015-2017 годов. В 2016 году «Нацимбио» заключила контракты на поставку вакцин от гриппа на сумму около 4 млрд рублей. Самые крупные контракты на поставку вакцин тогда получили «Микроген» (1,3 млрд рублей) и «Форт» (1,1 млрд рублей).

Вакцины для профилактики кори и краснухи закупаются в рамках НКПП, вакцины от ветряной оспы и ротавирусной инфекции планируется включить в НКПП в 2019 году, говорила в ноябре 2016 года министр здравоохранения Вероника Скворцова. По ее словам, стоимость этого проекта по включению двух вакцин составляет 16,7 млрд рублей. Объемы закупок вакцин от кори и краснухи в рамках НКПП значительно скромнее: в 2016 году государство совокупно потратило на коревую, паротитно-коревую вакцины и вакцину против краснухи 435,1 млн рублей.

При этом если вакцины для профилактики кори и краснухи производятся в том числе в России, то производством вакцин от ротавирусной инфекции и ветряной оспы занимаются пока только иностранные компании: MSD (ротавирус), GSK, Viken (ветряная оспа), следует из данных ГРЛС.

«Форт» - биофармацевтическая компания, занимающаяся разработкой, производством и продвижением биологических лекарственных препаратов для профилактики социально значимых инфекционных заболеваний. 50,01% акций компаний принадлежат Marathon Group Александра Винокурова и Сергея Захарова, 25,01% - «Нацимбио», 24,98% - семье бывшего замминистра здравоохранения Антона Катлинского. В 2016 году выручка компании увеличилась более чем в три раза и составила 1 млрд рублей, следует из данных СПАРК. Чистый убыток «Форты» в 2016 году составил 83,3 млн рублей.

*Vademecum (vademec.ru), Москва,
(29 ноября 2017)*

В развитие санавиации в Алтайском крае в 2018 году будет вложено 114 млн рублей

В регионе презентовали первый специально оборудованный для работы в санитарной авиации Ми-8.

Алтайский край, где первыми в России начали реализовывать приоритетный национальный проект Министерства здравоохранения РФ «Развитие санитарной авиации», в следующем году вложит в его продолжение 114 миллионов рублей, сообщил журналистам в среду в

рамках рабочей поездки в край руководитель приоритетного проекта, отвечающий за его развитие в регионах, Михаил Ламзин.

«На сегодня Алтайский край первым из 34 регионов, участвующих в проекте, освоил выделенные средства, эвакуировано 68 пациентов, выполнено 56 вылетов. Край участвует в проекте и в следующем году. Соответственно, 114 миллионов рублей составит сумма средств, направленных на реализацию проекта, из которых 90,5 миллиона рублей будут средства федеральной субсидии, остальное - софинансирование края. Я бы еще хотел отметить вертолетную площадку в Барнауле, построенную на средства края - федеральная субсидия не предусматривала средства на ее строительство», - сказал Ламзин.

Ранее сообщалось, что 8 вертолетов, которыми пользовалась санавиация в крае, принадлежат алтайским авиапредприятиям, но ни один из них не оснащен медицинским модулем. Ми-8, оснащенный необходимым медоборудованием, приобретает в лизинг авиаперевозчик, а Минздрав региона выкупает у него по конкурсу услугу. На эти цели было потрачено 46 миллионов рублей, из них 41 миллион - федеральные, еще 5 миллионов рублей - региональные. В перспективе планируется до 90% больных, которые нуждаются в экстренной эвакуации в Алтайском крае, доставлять в медучреждения санавиацией.

«У нас в крае 1598 населенных пунктов. Авиацонная составляющая для крупного сибирского региона - важный неотъемлемый элемент. Сегодня у нас уже работает новый современный вертолет МИ-8, который по сути - современный реанимационный комплекс», - сказал губернатор Александр Карлин.

По словам Ламзина, прорабатывается вопрос о продлении проекта «Развитие санитарной авиации» до 2025 года, Минздрав РФ готовит соответствующее предложение. Ламзин также отметил, что, помимо регионов со сложной медицинской логистикой - Сибири и Дальнего Востока, предполагается включить в проект территории Центральной России.

*ТАСС, Москва,
(29 ноября 2017)*

Леонид Рошаль призывает вернуть систему распределения выпускников

Национальная медицинская палата ставит вопрос о возвращении системы распределения выпускников медицинских вузов, которые обучаются за государственный счет. Об этом заявил президент палаты Леонид Рошаль 29 ноября на VIII Всероссийском конгрессе пациентов в Москве.

«Проблема кадровая вызывает наибольшую озабоченность гражданского сообщества, - сказал он. - Большинство жалоб, особенно в первичном звене, связано с кадровыми проблемами: когда есть очереди в поликли-

никах, не хватает узких специалистов. Но рождены эти проблемы были в 90-е годы, когда прекратили распределять учеников, которые обучаются за государственный счет, в учреждения практического здравоохранения. Я сам после окончания института был распределен, работал в поликлинике. Ничего плохого в этом не вижу, это огромная школа. А у нас свобода. Нам такая свобода не нужна. Мы в результате этого не выполняем конституционные нормы. Поэтому наряду с другими вопросами мы ставим вопрос о необходимости возвращения практики распределения выпускников, которые обучаются за государственный счет, в практическое здравоохранение. По-другому нам вопрос решить будет сложно».

*Медицинский вестник (medvestnik.ru), Москва,
(29 ноября 2017)*

Первый ребенок родился в Центре материнства и детства в Сергиевом Посаде

В Центре материнства и детства в подмосковном Сергиевом Посаде родился первый ребенок, роды прошли в штатном режиме, говорится в сообщении пресс-службы Министерства здравоохранения Московской области.

«Сегодня ночью в областном центре материнства и детства в Сергиевом Посаде родился первый ребенок. Девочку назвали Полина. Роды прошли в штатном режиме. И девочка, и мама чувствуют себя хорошо», - сообщил министр здравоохранения Московской области Дмитрий Марков.

Как напоминает в материале, в этом году в Подмосковье было введено пять областных центров материнства и детства: в Наро-Фоминске, Щелкове, Коломне, Раменском и Сергиевом Посаде.

Центр в Сергиевом Посаде был построен в рамках областной программы развития здравоохранения. Учреждение рассчитано на 150 коек, консультативно-диагностический центр в смену принимает до 250 посетителей. Мощность составляет порядка 2,7 тысячи родов в год, существует возможность увеличения до 3 тысяч родов в год.

«В областных центрах материнства и детства используются самые современные технологии, в них работают высококлассные специалисты. Существует возможность вынашивать детей от 500 граммов. Мы сотрудничаем с лучшими врачами из других регионов и федеральных учреждений. Безопасность, качество, комфорт - основные принципы работы областных центров материнства и детства», - подчеркнул Марков.

*РИАМО (riamo.ru), Красногорск,
(29 ноября 2017)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 1 августа 2017 г. № 484н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ВИДОВ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с частью 7.1 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 27, ст. 4219) приказываю:

Утвердить порядок формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи согласно приложению.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 1 августа 2017 г. № 484н

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ВИДОВ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

I. Общие положения

1. Настоящий порядок устанавливает правила формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее - перечень видов ВМП), содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, а также предельные сроки, по истечении которых виды высокотехнологичной медицинской помощи включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - предельные сроки).

2. Перечень видов ВМП устанавливается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи¹ и включает:

а) перечень видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС);

б) перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральным государственным учреждениям, дотаций федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации (далее - перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС).

3. Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, и перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, содержат:

- а) номер группы высокотехнологичной медицинской помощи;
- б) наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи;
- в) коды нозологических единиц по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);
- г) модель пациента;
- д) вид лечения;
- е) метод лечения;
- ж) норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (для перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС) или средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (для перечня видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС).

4. Формирование перечня видов ВМП для включения в проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется на основании рекомендаций создаваемого при Министерстве здравоохранения Российской Федерации межведомственного совета по формированию перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее - межведомственный совет), принятых по результатам рассмотрения предложений по формированию перечня видов ВМП (далее - предложения), а также с учетом предельных сроков.

II. Порядок направления и рассмотрения предложений

5. Предложения направляются в Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее - Министерство) на бумажном носителе или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, с использованием информационно-коммуникационных технологий в срок до 1 июня года, предшествующего году, на который формируется перечень видов ВМП:

¹ Пункт 1 части 5 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2015, № 10, ст. 1403, 1425; № 29, ст. 4397; 2016, № 27, ст. 4219).

а) федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, утверждаемый Министерством²;

б) органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

в) главными внештатными специалистами Министерства;

г) профильными департаментами Министерства;

д) Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

6. Предложения могут предусматривать:

а) включение метода лечения в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС;

б) исключение метода лечения из перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС;

в) включение метода лечения в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС;

г) исключение метода лечения из перечня видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, до истечения предельных сроков;

д) исключение метода лечения из перечня видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, с одновременным его включением в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, до истечения предельных сроков.

7. Предложения, указанные в подпунктах «а» и «в» пункта 6 настоящего порядка, включают следующую информацию:

а) наименование метода лечения, предлагаемого для включения в перечень видов ВМП;

б) научное обоснование эффективности метода лечения;

в) описание новизны, уникальности и сложности метода лечения;

г) организационные, клинические и экономические аспекты применения метода лечения;

д) профиль медицинской помощи и наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи, при оказании которой будет применяться метод лечения, включая код нозологических единиц по МКБ, модель пациента;

е) число пациентов в Российской Федерации, нуждающихся в оказании медицинской помощи с применением метода лечения;

ж) расчеты и структуру среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при оказании которой будет применяться метод лечения.

8. Предложения, указанные в подпунктах «б» и «г» пункта 6 настоящего порядка, включают следующую информацию:

а) наименование метода лечения, предлагаемого для исключения из перечня видов ВМП;

б) обоснование причины исключения метода лечения из перечня видов ВМП;

в) число пациентов в Российской Федерации, которым оказывалась медицинская помощь с применением метода лечения, за предшествующие два года;

г) число медицинских организаций в Российской Федерации, которые оказывали медицинскую помощь с применением метода лечения (в разрезе субъектов Российской Федерации) за предшествующие два года;

д) расчеты и структуру среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при оказании которой применяется метод лечения.

9. Предложение, указанное в подпункте «д» пункта 6 настоящего порядка, включает следующую информацию:

а) наименование метода лечения, предлагаемого для исключения из перечня видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, с одновременным его включением в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, до истечения предельных сроков;

б) обоснование причины исключения метода лечения из перечня видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, с одновременным его включением в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС;

в) организационные, клинические и экономические аспекты применения метода лечения;

г) число пациентов в Российской Федерации, нуждающихся в оказании медицинской помощи с применением метода лечения;

д) число медицинских организаций в Российской Федерации, которые оказывали медицинскую помощь с применением предлагаемого для включения в базовую программу ОМС метода лечения (в разрезе субъектов Российской Федерации) за предшествующие два года;

е) расчеты и структуру среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при оказании которой будет применяться метод лечения.

10. Расчеты средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренные подпунктом «ж» пункта 7, подпунктом «д» пункта 8, подпунктом «е» пункта 9 настоящего порядка, приводятся без

² Пункт 2 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).

учета районных коэффициентов и других особенностей субъектов Российской Федерации, в которых расположены медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, и должны включать расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

11. Информация, предусмотренная подпунктом «е» пункта 7, подпунктами «в» и «г» пункта 8, подпунктами «г» и «д» пункта 9 настоящего порядка, представляется на основании данных медицинской статистики.

12. В случае отсутствия в предложении необходимой для рассмотрения межведомственным советом информации, указанной в пунктах 7 - 9 настоящего порядка, предложение не выносится на рассмотрение межведомственного совета.

III. Организация работы межведомственного совета по формированию перечня видов ВМП

13. Межведомственный совет создается из числа сотрудников Министерства, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, представителей иных заинтересованных федеральных органов государственной власти, главных внештатных специалистов Министерства, представителей медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, а также иных организаций, включая медицинские профессиональные некоммерческие организации.

14. Межведомственный совет состоит из председателя, заместителя председателя, ответственного секретаря и членов межведомственного совета.

15. Персональный состав приглашенных лиц для участия в работе межведомственного совета формируется и утверждается председателем межведомственного совета (лицом, его замещающим) на основании предложений членов межведомственного совета.

16. Руководство работой межведомственного совета осуществляет председатель, являющийся по должности заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации.

17. Председатель межведомственного совета:

- а) осуществляет общее руководство деятельностью межведомственного совета и организует его работу;
- б) назначает дату и время проведения заседания межведомственного совета;
- в) ведет заседания межведомственного совета;
- г) утверждает повестку заседания межведомственного совета;
- д) осуществляет контроль за исполнением решений, принятых межведомственным советом;
- е) принимает меры по предотвращению и (или) урегулированию конфликта интересов членов межведомственного совета, в том числе по досрочному прекращению полномочий члена межведомственного совета, являющегося стороной конфликта интересов.

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

18. Ответственный секретарь межведомственного совета:

- а) осуществляет документально-техническое обеспечение деятельности межведомственного совета;
- б) подготавливает документы, поступившие в Министерство в соответствии с пунктом 5 настоящего порядка, для рассмотрения на заседании межведомственного совета;
- в) информирует членов межведомственного совета и приглашенных лиц о дате, времени и месте проведения заседания межведомственного совета не позднее чем за 3 дня до даты его проведения;
- г) оформляет повестку заседания межведомственного совета;
- д) ведет протокол заседания межведомственного совета;
- е) направляет выписку из протокола, содержащую решение межведомственного совета, в Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела.

19. Заседание (заседания) межведомственного совета проводится (проводятся) не позднее 30 календарных дней с даты, установленной пунктом 5 настоящего порядка.

20. Члены межведомственного совета участвуют в его заседаниях лично без права замены. В случае отсутствия члена межведомственного совета на заседании он имеет право в письменной форме представить по вопросам, опреде-

ленным к рассмотрению на заседании межведомственного совета, свое мнение, которое включается в протокол межведомственного совета.

21. Межведомственный совет вправе привлекать к своей работе на безвозмездной основе и с правом совещательного голоса специалистов научных, образовательных и медицинских организаций по профилям медицинской помощи.

22. Заседание межведомственного совета считается правомочным, если на нем присутствует не менее двух третей его членов.

23. Межведомственный совет рассматривает предложения, указанные в пункте 6 настоящего порядка, и на основании критериев отбора методов лечения, установленных пунктом 24 настоящего порядка, принимает следующие рекомендации:

- а) рекомендуется предложение поддержать;
- б) рекомендуется предложение не поддерживать.

24. Межведомственный совет осуществляет экспертную оценку информации, предоставленной в соответствии с пунктами 7 - 9 настоящего порядка с применением сравнительного анализа с другими известными методами лечения, используемыми при оказании медицинской помощи пациентам с соответствующими заболеваниями или состояниями, в том числе с учетом результатов научных исследований, результатов клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, клинических исследований биомедицинских клеточных продуктов, клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, на предмет соответствия метода лечения следующим критериям отбора методов лечения:

- а) новизна;
- б) сложность и (или) уникальность;
- в) ресурсоемкость с научно доказанной эффективностью;
- г) ограниченная распространенность применения на территории Российской Федерации.

IV. Порядок вынесения решения межведомственным советом

25. Предложения, предусмотренные подпунктами «а» и «б» пункта 6 настоящего порядка, рекомендуется поддержать (не поддерживать) межведомственным советом исходя из отнесения (неотнесения) соответствующих методов лечения к:

а) новым сложным и (или) уникальным методам лечения с высокой клинико-экономической эффективностью (исходя из представленных расчетов и структуры среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, при оказании которой будет применяться или применяется метод лечения), имеющим ограниченную распространенность применения на территории Российской Федерации (менее чем в 75% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не должны превышать 75% от всех объемов оказания этой медицинской помощи);

б) ресурсоемким методам лечения с научно доказанной эффективностью (исходя из представленных расчетов и структуры среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, при оказании которой будет применяться (применяется) метод лечения), имеющим ограниченную распространенность применения на территории Российской Федерации (менее чем в 75% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не должны превышать 75% от всех объемов оказания этой медицинской помощи).

26. Предложения, предусмотренные подпунктами «в» и «г» пункта 7 настоящего порядка, рекомендуется поддержать (не поддерживать) межведомственным советом исходя из отнесения (неотнесения) соответствующих методов лечения к:

а) новым сложным и (или) уникальным методам лечения с высокой клинико-экономической эффективностью (исходя из представленных расчетов и структуры среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при оказании которой будет применяться (применяется) метод лечения), имеющим ограниченную распространенность применения на территории Российской Федерации (менее чем в 50% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не должны превышать 50% от всех объемов оказания этой медицинской помощи);

б) ресурсоемким методам лечения с научно доказанной эффективностью (исходя из представленных расчетов и структуры среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при оказании которой будет применяться (применяется) метод лечения), имеющим ограниченную распространенность применения на территории Российской Федерации (менее чем в 50% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой ме-

дицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не должны превышать 50% от всех объемов оказания этой медицинской помощи).

27. Предложения, предусмотренные подпунктом «д» пункта 6 настоящего порядка, рекомендуется поддержать (не поддерживать) межведомственным советом с учетом представленной информации об отнесении (неотнесении) метода лечения к методам лечения, указанным в пункте 25 настоящего порядка.

28. При принятии решения о поддержании предложения, предусмотренного подпунктом «в» пункта 6 настоящего порядка, межведомственный совет одновременно определяет предельные сроки, по истечении которых соответствующий вид высокотехнологичной медицинской помощи включается в базовую программу обязательного медицинского страхования.

29. Определение предельных сроков осуществляется межведомственным советом на основании следующих критериев:

а) для новых сложных и (или) уникальных методов лечения, впервые включаемых в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, - не более 3 лет;

б) для ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, впервые включаемых в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, - не более 5 лет.

30. Предельные сроки для методов лечения, включенных в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, межведомственный совет определяет на основании следующих критериев:

а) для сложных и (или) уникальных методов лечения, ранее включенных в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, имеющих ограниченную распространенность применения на территории Российской Федерации (менее чем в 50% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не должны превышать 50% от всех объемов оказания этой медицинской помощи), - не более 2 лет;

б) для ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, ранее включенных в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, имеющих ограниченную распространенность применения на территории Российской Федерации (менее чем в 50% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не должны превышать 50% от всех объемов оказания этой медицинской помощи), - не более 4 лет.

31. По истечении предельных сроков, определенных для методов лечения, включенных в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, межведомственный совет на основании анализа данных медицинской статистики повторно осуществляет оценку распространенности применения метода лечения, включенного в перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, на территории Российской Федерации и в случае сохраняющихся ограничений (применение метода лечения менее чем в 50% субъектов Российской Федерации, при этом объемы оказания этой медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации, не превышают 50% от всех объемов оказания этой медицинской помощи) принимает решение о необходимости продления предельных сроков на 1 год.

32. Межведомственный совет принимает решение путем открытого голосования. Решение межведомственного совета принимаются большинством голосов от числа присутствующих на заседании членов межведомственного совета. При равенстве голосов решающим является голос председателя межведомственного совета.

33. Решения межведомственного совета, указанные в пунктах 23, 28 и 35 настоящего порядка, оформляются протоколом, который подписывается председателем межведомственного совета и членами межведомственного совета, присутствовавшими на заседании.

34. Протокол решения межведомственного совета в течение 5 рабочих дней со дня его подписания направляется в Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела, осуществляющий организационно-техническое обеспечение деятельности межведомственного совета, в целях учета при формировании перечня видов ВМП.

V. Конфликт интересов

35. В случае если выполнение обязанностей члена межведомственного совета может повлечь за собой конфликт интересов, способный повлиять на полноту и объективность принимаемых решений, член межведомственного совета обязан сообщить в письменной форме о конфликте интересов председателю межведомственного совета, а также заявить самоотвод до начала проведения заседания межведомственного совета.

36. Участие в голосовании члена межведомственного совета, уведомившего о наличии в его случае личной заинтересованности и конфликта интересов, не допускается.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 10 августа 2017 г. № 514н

О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

В соответствии со статьями 14, 46, 54 и 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397; 2016, № 1, ст. 9; № 15, ст. 2055; № 18, ст. 2488; № 27, ст. 4219) и подпунктами 5.2.59, 5.2.197 и 5.2.199 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2013, № 16, ст. 1970; № 20, ст. 2477; № 22, ст. 2812; № 33, ст. 4386; № 45, ст. 5822; 2014, № 12, ст. 1296; № 26, ст. 3577; № 30, ст. 4307; № 37, ст. 4969; 2015, № 2, ст. 491; № 12, ст. 1763; № 23, ст. 3333; 2016, № 2, ст. 325; № 9, ст. 1268; № 27, ст. 4497; № 28, ст. 4741; № 34, ст. 5255; № 49, ст. 6922; 2017, № 7, ст. 1066), приказываю:

1. Утвердить:

Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приложению № 1; учетную форму № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» согласно приложению № 2;

Порядок заполнения учетной формы № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» согласно приложению № 3;

форму статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» согласно приложению № 4;

Порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» согласно приложению № 5.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный № 27961).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2018 года.

Врио Министра
И.Н. КАГРАМАНЯН

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (далее - профилактические осмотры).

2. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

3. Профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ проводятся в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»¹

4. Профилактические осмотры несовершеннолетних в целях выявления туберкулеза проводятся в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»².

5. Необходимым предварительным условием проведения профилактического осмотра является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»³ (далее - Федеральный закон).

6. Профилактические осмотры проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

7. Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приложению № 1 к настоящему Порядку (далее - Перечень исследований).

8. Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего, полученная по результатам профилактического осмотра, предоставляется несовершеннолетнему лично врачом, принимающим непосредственное участие в проведении профилактических осмотров. В отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона, информация о состоянии здоровья предоставляется его родителю или иному законному представителю.

9. В случае если при проведении профилактического осмотра выявлены признаки причинения вреда здоровью несовершеннолетнего, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий, медицинский работник обязан обеспечить информирование об этом органов внутренних дел в соответствии с Порядком информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 565н⁴.

10. Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы, оказывающими первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним и имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», «неврологии»,

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 декабря 2014 г., регистрационный № 35345.

² Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 мая 2017 г., регистрационный № 46909.

³ Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165.

⁴ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июля 2012 г., регистрационный № 25004.

«офтальмологии», «травматологии и ортопедии», «детской хирургии» или «хирургии»⁵, «психиатрии», «стоматологии детской» или «стоматологии общей практики»⁵, «детской урологии-андрологии» или «урологии»⁵, «детской эндокринологии» или «эндокринологии»⁵, «оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», «лабораторной диагностике», «клинической лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике» и «рентгенологии».

Профилактические осмотры обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы, образовательные программы среднего профессионального образования, осуществляются в образовательной организации либо в случаях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации, в медицинской организации. Для прохождения профилактических осмотров обучающихся в образовательной организации эта образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для оказания указанной помощи⁶.

11. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в пункте 10 настоящего Порядка, указанная медицинская организация заключает договор для проведения профилактических осмотров с иными медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг).

В случае если в медицинской организации отсутствует:

1) врач - детский уролог-андролог, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-уролог или врач - детский хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «урологии» или «детской хирургии» соответственно;

2) врач-стоматолог детский, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-стоматолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей стоматологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «стоматологии общей практики»;

3) врач - детский эндокринолог, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-эндокринолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей эндокринологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «эндокринологии»;

4) врач-психиатр детский (врач-психиатр подростковый), то в проведении профилактического осмотра участвует врач-психиатр, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей психических расстройств и расстройств поведения у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «психиатрии»;

5) врач - детский хирург, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей хирургических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «хирургии».

12. В целях организации проведения профилактических осмотров врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) (далее - врач, ответственный за проведение профилактического осмотра) медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь, составляются поименные списки несовершеннолетних (за исключением несовершеннолетних старше 2 лет, подлежащих диспансеризации в соответствии с законодательством Российской Федерации⁷), в которых указываются следующие сведения:

⁵ При условии соблюдения требований, установленных пунктом 11 настоящего Порядка.

⁶ Статья 41 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53 (ч. 1), ст. 7598; 2017, № 29, ст. 4437).

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный № 27964) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2013 г., регистрационный № 28454).

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии), возраст (дата, месяц, год рождения);
- 2) обучающийся или не обучающийся в образовательной организации (для обучающихся указывается полное наименование и юридический адрес образовательной организации);
- 3) перечень осмотров врачами-специалистами, лабораторных, инструментальных и иных исследований исходя из Перечня исследований;
- 4) планируемые дата и место проведения профилактического осмотра.

13. Уполномоченное должностное лицо медицинской организации на основании поименных списков несовершеннолетних составляет календарный план проведения профилактических осмотров с указанием дат и мест их проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должности, фамилии и инициалов), лабораторных, инструментальных и иных исследований, числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе (далее - календарный план).

Календарный план утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации не позднее чем за месяц до начала календарного года и доводится до сведения медицинских работников, участвующих в проведении профилактических осмотров, в том числе врачей, ответственных за проведение профилактических осмотров.

В случае изменения численности несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, представляет до 20 числа текущего месяца дополнительный поименный список уполномоченному должностному лицу медицинской организации, на основании которого до 27 числа текущего месяца руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации утверждается дополнительный календарный план.

14. Врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, не позднее чем за 5 рабочих дней до начала его проведения обязан обеспечить оформление в соответствии с Федеральным законом информированного добровольного согласия несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на проведение профилактического осмотра (далее - информированное согласие) и вручить (направить) несовершеннолетнему (родителю или иному законному представителю) оформленное информированное согласие и направление на профилактический осмотр с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, а также даты, времени и места их проведения.

15. В день прохождения профилактического осмотра несовершеннолетний прибывает в место проведения профилактического осмотра и представляет направление на профилактический осмотр и информированное согласие.

16. Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетним возраста, указанного в Перечне исследований.

17. При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

18. В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование.

19. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 18 настоящего Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

20. Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

21. Данные о проведении профилактического осмотра вносятся в историю развития ребенка и учетную форму № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (далее - карта осмотра) в соответствии с Порядком заполнения учетной формы № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», утвержденным настоящим приказом.

22. На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра:

1) определяет группу здоровья несовершеннолетнего в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних, предусмотренными приложением № 2 к настоящему Порядку;

2) определяет медицинскую группу для занятий физической культурой в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой, предусмотренными приложением № 3 к настоящему Порядку, и оформляет медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой по форме, предусмотренной приложением № 4 к настоящему Порядку (в отношении несовершеннолетних, занимающихся физической культурой);

3) направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний.

23. Карта осмотра хранится в медицинской организации в течение 5 лет. Копия карты осмотра направляется медицинской организацией, проводившей профилактический осмотр, в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, выбранную несовершеннолетним или его родителем (законным представителем), а также выдается на руки несовершеннолетнему (его родителю или иному законному представителю), в том числе для последующего представления в образовательные организации.

24. По итогам проведения профилактических осмотров медицинская организация заполняет форму статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» (далее - отчет) в соответствии с Порядком заполнения и сроками представления формы статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», утвержденным настоящим приказом. Отчет хранится в медицинской организации в течение 10 лет.

25. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья обобщает и анализирует результаты профилактических осмотров в субъекте Российской Федерации и направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации отчет по субъекту Российской Федерации.

Приложение № 1
к Порядку проведения
профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

**ПЕРЕЧЕНЬ
ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

№ п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию* Аудиологический скрининг**
2.	1 месяц	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог Детский стоматолог	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов Эхокардиография Нейросонография Аудиологический скрининг**
3.	2 месяца	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи
4.	3 месяца	Педиатр Травматолог-ортопед	Аудиологический скрининг**
5.	4 месяца	Педиатр	
6.	5 месяцев	Педиатр	
7.	6 месяцев	Педиатр	
8.	7 месяцев	Педиатр	
9.	8 месяцев	Педиатр	
10.	9 месяцев	Педиатр	
11.	10 месяцев	Педиатр	
12.	11 месяцев	Педиатр	
13.	12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Оториноларинголог Травматолог-ортопед	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография
14.	1 год 3 месяца	Педиатр	
15.	1 год 6 месяцев	Педиатр	

№ п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
16.	2 года	Педиатр Детский стоматолог Психиатр детский	
17.	3 года	Педиатр Невролог Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог*** Детский уролог-андролог***	Общий анализ крови Общий анализ мочи
18.	4 года	Педиатр Детский стоматолог	
19.	5 лет	Педиатр Детский стоматолог	
20.	6 лет	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский Акушер-гинеколог Детский уролог-андролог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Эхокардиография Электрокардиография
21.	7 лет	Педиатр Невролог Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
22.	8 лет	Педиатр Детский стоматолог	
23.	9 лет	Педиатр Детский стоматолог	
24.	10 лет	Педиатр Невролог Детский стоматолог Детский эндокринолог Травматолог-ортопед Офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
25.	11 лет	Педиатр Детский стоматолог	
26.	12 лет	Педиатр Детский стоматолог	
27.	13 лет	Педиатр Детский стоматолог Офтальмолог	

№ п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
28.	14 лет	Педиатр Детский стоматолог Детский уролог-андролог Акушер-гинеколог Психиатр подростковый	
29.	15 лет	Педиатр Детский хирург Детский стоматолог Детский уролог-андролог Детский эндокринолог Невролог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог Психиатр подростковый	Общий анализ крови Общий анализ мочи Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Электрокардиография
30.	16 лет	Педиатр Детский хирург Детский стоматолог Детский уролог-андролог Детский эндокринолог Невролог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог Психиатр подростковый	Общий анализ крови Общий анализ мочи
31.	17 лет	Педиатр Детский хирург Детский стоматолог Детский уролог-андролог Детский эндокринолог Невролог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог Психиатр подростковый	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография

* Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию проводится детям в возрасте до 1 месяца включительно в случае отсутствия сведений о его проведении.

** Аудиологический скрининг проводится детям в возрасте до 3 месяцев включительно в случае отсутствия сведений о его проведении.

*** Медицинский осмотр врача - детского уролога-андролога проходят мальчики, врача-акушера-гинеколога - девочки.

Приложение № 2
к Порядку проведения
профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1. Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;

2) уровень функционального состояния основных систем организма;

3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;

4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

2. В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам:

1) I группа здоровья - здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

2) II группа здоровья - несовершеннолетние:

у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения;

реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;

с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела;

часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;

с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

3) III группа здоровья - несовершеннолетние:

страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);

с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

4) IV группа здоровья - несовершеннолетние:

страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций;

с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;

с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

5) V группа здоровья - несовершеннолетние:

страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений, требующими назначения постоянного лечения;

с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Приложение № 3
к Порядку проведения
профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

1. Определение медицинских групп для занятий несовершеннолетним физической культурой с учетом состояния его здоровья осуществляется в целях оценки уровня физического развития и функциональных возможностей несовершеннолетнего, выбора оптимальной программы физического воспитания, выработки медицинских рекомендаций по планированию занятий физической культурой.

2. В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятий физической культурой: основная, подготовительная и специальная.

3. К основной медицинской группе для занятий физической культурой (I группа) относятся несовершеннолетние: без нарушений состояния здоровья и физического развития; с функциональными нарушениями, не повлекшими отставание от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности.

Отнесенным к основной медицинской группе несовершеннолетним разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания с использованием профилактических технологий, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности.

4. К подготовительной медицинской группе для занятий физической культурой (II группа) относятся несовершеннолетние:

имеющие морфофункциональные нарушения или физически слабо подготовленные;

входящие в группы риска по возникновению заболеваний (патологических состояний);

с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии, длящейся не менее 3 - 5 лет.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более осторожного дозирования физической нагрузки и исключения противопоказанных движений.

Тестовые испытания, сдача индивидуальных нормативов и участие в массовых физкультурных мероприятиях не разрешается без дополнительного медицинского осмотра. К участию в спортивных соревнованиях эти обучающиеся не допускаются. Рекомендуются дополнительные занятия для повышения общей физической подготовки в образовательной организации или в домашних условиях.

5. Специальная медицинская группа для занятий физической культурой делится на две подгруппы: специальную «А» и специальную «Б».

5.1. К специальной подгруппе «А» (III группа) относятся несовершеннолетние:

с нарушениями состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния), врожденные пороки развития, деформации без прогрессирования, в стадии компенсации) или временного характера;

с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия оздоровительной физической культурой по специальным программам (профилактические и оздоровительные технологии).

При занятиях оздоровительной физической культурой должны учитываться характер и степень выраженности нарушений состояния здоровья, физического развития и уровень функциональных возможностей несовершеннолетнего, при этом резко ограничивают скоростно-силовые, акробатические упражнения и подвижные игры умеренной интенсивности, рекомендуются прогулки на открытом воздухе. Возможны занятия адаптивной физической культурой.

5.2. К специальной подгруппе «Б» (IV группа) относятся несовершеннолетние, имеющие нарушения состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния) в стадии субкомпенсации) и временного характера, без выраженных нарушений самочувствия.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним рекомендуются в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

Приложение № 4
к Порядку проведения
профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

Форма

Медицинское заключение
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе
для занятий физической культурой

Выдано _____
(полное наименование медицинской организации)

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в даттельном падеже,
дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

_____ .
(указывается в соответствии с приложением № 3 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

_____ (должность врача, выдавшего заключение) _____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи «__» _____ 20__ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

Медицинская документация

Учетная форма № 030-ПО/у-17

Карта

профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего: _____

- Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)
- Дата рождения: _____.
2. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____
№ _____.
- Страховая медицинская организация: _____.
3. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____.
4. Адрес места жительства (пребывания): _____.

5. Категория: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации; нет категории (нужное подчеркнуть).
6. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____.

7. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____.

8. Полное наименование образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____.

9. Адрес места нахождения образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____.

10. Дата начала профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (далее - профилактический осмотр): _____.
11. Полное наименование и адрес места нахождения медицинской организации, проводившей профилактический осмотр: _____.

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент профилактического осмотра: _____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.
 - 12.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____; физическое развитие нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).
 - 12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____; нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).
13. Оценка психического развития (состояния):
 - 13.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет: познавательная функция (возраст развития) _____;

моторная функция (возраст развития) _____;
 эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции
 (возраст развития) _____;
 предречевое и речевое развитие (возраст развития) _____.

13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

Половая формула мальчика: P ___ Ax ___ Fa ___.

Половая формула девочки: P ___ Ax ___ Ma ___ Me ___;

характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) _____;
 menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные,
 скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

Практически здоров _____ (код по МКБ*).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.4. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.5. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.6. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.7. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра:

16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ).

16.2. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.3. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.3.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.3.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.3.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.3.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.3.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.4. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.4.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.4.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.4.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.4.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.4.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.4.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.5. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.5.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.5.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.5.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.5.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.5.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.5.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.6.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.6.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет

(нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) _____; дата последнего освидетельствования _____.

16.8. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

17. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой: _____

18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению: _____

Врач _____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия)

Руководитель _____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия)
 медицинской организации

Дата заполнения «__» _____ 20__ г. М.П.

* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Примечание:

Все пункты Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

**ПОРЯДОК
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 030-ПО/У-17 «КАРТА
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО»**

1. Учетная форма № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (далее - Карта осмотра) заполняется на каждого несовершеннолетнего (за исключением несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам, в возрасте до 1 года, в 1 год 3 мес. и в 1 год 6 мес.) по результатам прохождения профилактического медицинского осмотра (далее - профилактический осмотр) в соответствии с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденным настоящим приказом (далее - Порядок).

2. На каждого несовершеннолетнего не позднее 20 рабочих дней с даты окончания профилактического осмотра заполняется Карта осмотра, независимо от числа медицинских работников, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра, в том числе в электронном виде с использованием интернет-портала <https://orph.rsminzdrav.ru>.

3. В случае если несовершеннолетний не обучается в образовательной организации, в пунктах 8 и 9 ставится прочерк.

4. В подпунктах 15.7 и 16.8 Карты осмотра указывается группа здоровья, определенная в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних, предусмотренными приложением № 2 к Порядку.

5. В подпунктах 15.8 и 16.9 Карты осмотра указывается медицинская группа для занятий физической культурой, определенная в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой, предусмотренными приложением № 3 к Порядку.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

Форма статистической отчетности № 030-ПО/о-17

Сведения
о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних <1>
за 20__ год

по _____
(наименование субъекта Российской Федерации)

Представляют:	Сроки представления
Медицинские организации, проводившие профилактические медицинские осмотры (далее - профилактические осмотры) несовершеннолетних, - в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья	Ежегодно до 20 января
Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья - в Минздрав России	Ежегодно до 15 февраля

Наименование отчитывающейся медицинской организации:

Адрес медицинской организации:

1. Число несовершеннолетних (далее - дети), подлежащих профилактическим осмотрам в отчетном периоде:

1.1. всего в возрасте от 0 до 17 лет включительно: _____ (человек), из них:

- 1.1.1. в возрасте от 0 до 4 лет включительно _____ (человек),
- 1.1.2. в возрасте от 0 до 14 лет включительно _____ (человек),
- 1.1.3. в возрасте от 5 до 9 лет включительно _____ (человек),
- 1.1.4. в возрасте от 10 до 14 лет включительно _____ (человек),
- 1.1.5. в возрасте от 15 до 17 лет включительно _____ (человек),
- 1.1.6. детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет включительно _____

(человек).

2. Число детей, прошедших профилактические осмотры в отчетном периоде (от п. 1.):

2.1. всего в возрасте от 0 до 17 лет включительно: _____ (человек), из них:

- 2.1.1. в возрасте от 0 до 4 лет включительно _____ (человек),
- 2.1.2. в возрасте от 0 до 14 лет включительно _____ (человек),
- 2.1.3. в возрасте от 5 до 9 лет включительно _____ (человек),
- 2.1.4. в возрасте от 10 до 14 лет включительно _____ (человек),
- 2.1.5. в возрасте от 15 до 17 лет включительно _____ (человек)
- 2.1.6. детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет включительно _____

(человек).

3. Структура выявленных заболеваний (состояний) у детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно

№ п/п	Наименование заболеваний (по классам и отдельным нозологиям)	Код по МКБ ²	Всего зарегистрировано заболеваний	из них у мальчиков (из графы 4)	Выявлено впервые (из графы 4)	из них у мальчиков (из графы 6)	Проводится диспансерное наблюдение на конец отчетного периода			
							Всего	из них мальчиков (из графы 8)	Взято по результатам данного осмотра (из графы 8)	из них мальчиков (из графы 10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни, из них:	A00 - B99								
1.1.	туберкулез	A15 - A19								
1.2.	ВИЧ-инфекция, СПИД	B20 - B24								
2.	Новообразования	C00 - D48								
3.	Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, из них:	D50 - D89								
3.1.	Анемии, связанные с питанием	D50 - D53								
4.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них:	E00 - E90								
4.1.	сахарный диабет	E10 - E14								
4.2.	недостаточность питания	E40 - E46								
4.3.	ожирение	E66								
4.4.	задержка полового развития	E30.0								

№ п/п	Наименование заболеваний (по классам и отдельным нозологиям)	Код по МКБ ²	Всего зарегистрировано заболеваний	из них у мальчиков (из графы 4)	Выявлено впервые (из графы 4)	из них у мальчиков (из графы 6)	Проводится диспансерное наблюдение на конец отчетного периода			
							Всего	из них мальчиков (из графы 8)	Взято по результатам данного осмотра (из графы 8)	из них мальчиков (из графы 10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4.5.	преждевременное половое созревание	E30.1								
5.	Психические расстройства и расстройства поведения, из них:	F00 - F99								
5.1.	умственная отсталость	F70 - F79								
6.	Болезни нервной системы, из них:	G00 - G98								
6.1.	церебральный паралич и другие паралитические синдромы	G80 - G83								
7.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00 - H59								
8.	Болезни уха и сосцевидного отростка	H60 - H95								
9.	Болезни системы кровообращения	I00 - I99								
10.	Болезни органов дыхания, из них:	J00 - J99								
10.1.	астма, астматический статус	J45 - J46								
11.	Болезни органов пищеварения	K00 - K93								
12.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00 - L99								
13.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, из них:	M00 - M99								
13.1.	кифоз, лордоз, сколиоз	M40 - M41								
14.	Болезни мочеполовой системы, из них:	N00 - N99								
14.1.	болезни мужских половых органов	N40 - N51								
14.2.	нарушения ритма и характера менструаций	N91 - N94.5								
14.3.	воспалительные болезни женских тазовых органов	N70 - N77								
14.4.	невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки	N83								
14.5.	болезни молочной железы	N60 - N64								
15.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00 - P96								
16.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, из них:	Q00 - Q99								
16.1.	нервной системы	Q00 - Q07								

№ п/п	Наименование заболеваний (по классам и отдельным нозологиям)	Код по МКБ ²	Всего зарегистрировано заболеваний	из них у мальчиков (из графы 4)	Выявлено впервые (из графы 4)	из них у мальчиков (из графы 6)	Проводится диспансерное наблюдение на конец отчетного периода			
							Всего	из них мальчиков (из графы 8)	Взято по результатам данного осмотра (из графы 8)	из них мальчиков (из графы 10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
16.2.	системы кровообращения	Q20 - Q28								
16.3.	женских половых органов	Q50 - Q52								
16.4.	мужских половых органов	Q53 - Q55								
16.5.	костно-мышечной системы	Q65 - Q79								
17.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00 - T98								
18.	Прочие									
19.	ВСЕГО ЗАБОЛЕВАНИЙ	A00 - T98								

4. Результаты дополнительных консультаций, исследований, лечения, медицинской реабилитации детей по результатам проведения профилактических осмотров:

4.1. Дополнительные консультации и (или) исследования <3>

Возраст детей	Нуждались в дополнительных консультациях и (или) исследованиях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (человек)	Прошли дополнительные консультации и (или) исследования в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (человек) (из графы 2)	Нуждались в дополнительных консультациях и (или) исследованиях в стационарных условиях (человек)	Прошли дополнительные консультации и (или) исследования в стационарных условиях (человек) (из графы 4)
1	2	3	4	5
Всего детей в возрасте до 17 лет включительно, из них:				
от 0 до 4 лет включительно				
от 0 до 14 лет включительно				
от 5 до 9 лет включительно				
от 10 до 14 лет включительно				
от 15 до 17 лет включительно				

4.2. Лечение, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Возраст детей	Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (человек)	Рекомендовано лечение в стационарных условиях (человек)	Рекомендована медицинская реабилитация в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (человек)	Рекомендована медицинская реабилитация в стационарных условиях (человек)	Рекомендовано санаторно-курортное лечение (человек)
1	2	3	4	5	6
Всего детей в возрасте до 17 лет включительно, из них:					
от 0 до 4 лет включительно					
от 0 до 14 лет включительно					
от 5 до 9 лет включительно					
от 10 до 14 лет включительно					
от 15 до 17 лет включительно					

5. Число детей по уровню физического развития

Возраст	Число прошедших профилактические осмотры в отчетном периоде (человек)	Нормальное физическое развитие (человек) (из графы 2)	Нарушения физического развития (человек) (из графы 2)			
			дефицит массы тела	избыток массы тела	низкий рост	высокий рост
1	2	3	4	5	6	7
Всего детей в возрасте до 17 лет включительно, из них:						
от 0 до 4 лет включительно						
в том числе мальчиков						
от 0 до 14 лет включительно						
в том числе мальчиков						
от 5 до 9 лет включительно						
в том числе мальчиков						
от 10 до 14 лет включительно						
в том числе мальчиков						
от 15 до 17 лет включительно						
в том числе мальчиков						

6. Число детей по медицинским группам для занятий физической культурой

Наименование показателя	Число прошедших профилактические осмотры в отчетном периоде (человек)	Медицинская группа для занятий физической культурой										
		По результатам ранее проведенных медицинских осмотров (человек)					По результатам профилактических осмотров в данном отчетном периоде (человек)					
		I	II	III	IV	не допущен	I	II	III	IV	не допущен	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Всего детей в возрасте до 17 лет включительно, из них:												
от 0 до 4 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 0 до 14 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 5 до 9 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 10 до 14 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 15 до 17 лет включительно												
в том числе мальчиков												

7. Число детей по группам здоровья

Наименование показателя	Число прошедших профилактические осмотры в отчетном периоде (человек)	Группы здоровья										
		По результатам ранее проведенных медицинских осмотров (человек)					По результатам профилактических осмотров в данном отчетном периоде (человек)					
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Всего детей в возрасте до 17 лет включительно, из них:												
от 0 до 4 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 0 до 14 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 5 до 9 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 10 до 14 лет включительно												
в том числе мальчиков												
от 15 до 17 лет включительно												
в том числе мальчиков												

Руководитель медицинской организации
(органа исполнительной власти субъекта
Российской Федерации в сфере охраны
здоровья)

(должность) (подпись) (И.О. Фамилия)

Должностное лицо, ответственное
за составление отчетной формы

(должность) (подпись) (И.О. Фамилия)

М.П.

(номер контактного
телефона) «__» ____ 20__ года
(дата составления)

<1> Источником информации для заполнения формы служит учетная форма № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего».

<2> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<3> Указывается число детей, прошедших дополнительные консультации и (или) исследования в полном объеме.

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. № 514н

**ПОРЯДОК
ЗАПОЛНЕНИЯ И СРОКИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ФОРМЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ
ОТЧЕТНОСТИ № 030-ПО/О-17 «СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»**

1. Форма статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» (далее - Форма) составляется медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (далее - медицинские организации), по результатам проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденным настоящим приказом (далее - Порядок).

2. Медицинские организации заполняют Форму ежегодно и до 20 января месяца, следующего за отчетным годом, представляют в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (далее - орган власти).

3. Орган власти не позднее 15 февраля года, следующего за отчетным годом, представляет Форму в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в том числе в электронном виде с использованием интернет-портала <https://orph.rosminzdrav.ru>.

4. В титульной части Формы:

4.1. В строке «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних за 20__ год» указывается наименование органа власти.

4.2. В строке «Наименование отчитывающейся медицинской организации» указывается полное наименование медицинской организации (органа власти) в соответствии с учредительными документами.

4.3. В строке «Адрес медицинской организации» указываются адрес местонахождения, почтовый адрес и адрес электронной почты медицинской организации (органа власти).

5. В графах 1.1, 1.1.1 - 1.1.5 указывается число несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам в отчетном периоде (за исключением несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам в возрасте до 1 года, в 1 год 3 мес. и в 1 год 6 мес.) в соответствии с пунктом 13 Порядка.

6. В Форму включаются сведения, содержащиеся в учетной форме № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», утвержденной настоящим приказом, и в медицинской документации несовершеннолетнего (истории развития ребенка).

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, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

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