



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

19

Федеральный закон от 28 ноября 2018 года № 433-ФЗ
«О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского
страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»

44

Федеральный закон от 28 ноября 2018 года № 437-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном
медицинском страховании в Российской Федерации»

46

Федеральный закон от 28 ноября 2018 года № 438-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон «О размере и порядке
расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское
страхование неработающего населения» в части определения
коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания
медицинских услуг»



ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

06/18

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.

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

С.Г. Кравчук – заместитель Председателя ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – вице-президент Всероссийского союза
страховщиков

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

А.В. Решетников – директор Института социальных наук, д.м.н.,
д. социол. н., профессор, академик РАН

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

В.И. Стародубов – директор ФГБУ «Центральный НИИ
организации и информатизации здравоохранения» Минздрава
России, д.м.н., профессор, академик-секретарь 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 10.12.2018 года. Тираж: 2000 экз.
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 82 полосы

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.

Тел.: (499) 488-87-03

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

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

© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2018

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

Подписной индекс по каталогу агентства

ООО «УП Урал-Пресс» – 36347



СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Депутаты внутрифракционной группы под руководством первого заместителя руководителя фракции «Единая Россия» в Государственной Думе Р.В. Кармазиной встретились с Председателем Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко **4**

Федеральный фонд ОМС и ВСС провели конференцию «ОМС: права и возможности российских пациентов» в редакции газеты «Комсомольская правда» **8**

Новые кадровые назначения **12**

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова

О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов **14**

Федеральный закон Российской Федерации от 28 ноября 2018 года № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» **19**

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ СФЕРЫ ОМС

И.В. Соколова

О внесении изменений в законодательство об обязательном медицинском страховании **42**

Федеральный закон Российской Федерации от 28 ноября 2018 года № 437-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» **44**

Федеральный закон Российской Федерации от 28 ноября 2018 года № 438-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» в части определения коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания медицинских услуг» **46**

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» приняло участие в награждении победителей турнира по тхэквондо **50**

Тематическая сессия «Страхование и медицина» в рамках работы 2-го Международного медицинского инвестиционного форума **52**

ОМС В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – 25 ЛЕТ

Д.В. Мочалов, Р.В. Щеглеватых, С.А. Шинкарев
Мониторинг и учет оказанной медицинской помощи по профилю «онкология» в Липецкой области в рамках реализации приказа ФОМС от 30.03.2018 г. № 59 **56**

Т.В. Самарина, А.В. Пайль, И.А. Скрябина
Мероприятия в сфере ОМС, направленные на улучшение демографической политики на территории Волгоградской области, в части реализации приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 04.06.2018 г. № 104 и от 05.06.2018 г. № 107 **62**

Т.Ю. Гроздова
Сопровождение застрахованных граждан на всех этапах оказания им медицинской помощи страховыми представителями на примере системы ОМС города Севастополя **70**

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Кросс здоровья в Республике Алтай **78**

Консультационная площадка «ОМС: важно знать» была организована на межрегиональном Форуме предпринимательства Сибири **80**

ДЕПУТАТЫ ВНУТРИФРАКЦИОННОЙ ГРУППЫ ПОД РУКОВОДСТВОМ ПЕРВОГО ЗАМЕСТИТЕЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ФРАКЦИИ «ЕДИНАЯ РОССИЯ» В ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЕ Р.В. КАРМАЗИНОЙ ВСТРЕТИЛИСЬ С ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС Н.Н. СТАДЧЕНКО

20 ноября 2018 года, Москва



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования рассказала о деятельности фонда в текущем году и определила основные задачи государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан на предстоящий 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

”

Н.Н. Стадченко: «Нам очень важно, чтобы тарифы изначально утверждались правильно, не занижались для одних организаций, не завышались для других, – без этого невозможно качественное оказание медицинской помощи. – Отныне без согласованной с фондом позиции по тарифным соглашениям субъект оказывается вне правового поля. Субъекты будут обязаны устранить те замечания, которые будут содержаться в заключении ФОМС по тарифным соглашениям».

При формировании бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за основу был взят указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204, одной из главных задач которого является ликвидация кадрового дефицита врачей и среднего медицинского персонала в первичном звене.

Согласно закону «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» дополнительные расходы на увеличение численности врачей и среднего медперсонала учтены в субвенции в бюджете Федерального фонда и составят: в 2019 году – 12,3 млрд рублей, в 2020 году – 34,7 млрд рублей, в 2021 году – 50,4 млрд рублей. За счет этих средств в 2019 году планируется дополнительно принять на работу в первичное звено 5,4 тыс. врачей, в 2021 году численность должна увеличиться на 21,4 тыс. человек, что позволит закрыть кадровый дефицит. По среднему медицинскому персоналу эти показатели составят соответственно 11,9 тыс. и 40,2 тыс. человек. «Очень важно, чтобы деньги, выделенные на ликвидацию дефицита кадров, не растеклись по системе, чтобы не вышло так, что финансирование мы предусмотрели, а прироста кадров не увидели, поэтому необходимо проконтролировать целевое использование средств. Для этого были внесены изменения в закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которые предусматривают, что субвенции, направляемые в территориальные фонды ОМС, будут резервироваться в нормированном страховом запасе и в порядке, установленном приказом Минздрава, переводиться в медицинские организации. На данный момент проект приказа подготовлен и проходит установ-

ленную процедуру согласования. Он подразумевает, что медицинские организации ежемесячно будут предоставлять в территориальный фонд заявки на софинансирование оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала, принятых на работу. Это позволит нам увидеть каждого конкретного человека, привлеченного в медицинскую организацию для ликвидации кадрового дефицита», – пояснила Н.Н. Стадченко.

В субвенцию включена не только потребность медицинских организаций в увеличении численности медицинского персонала, но и сохранение соотношения заработной платы врачей на уровне 200%, среднего медицинского персонала – 100% к среднему трудовому доходу по региону. Кроме этого, в субвенции заложено и увеличение заработной платы младшего медицинского персонала и всех остальных расходов (медикаменты, расходные материалы, питание, коммунальные и другие услуги), а также заработной платы прочего персонала.

Из федерального бюджета запланировано дополнительное финансовое обеспечение оказания медпомощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения: на 2019 год – 70 млрд рублей, 2020 год – 115 млрд рублей, 2021 год – 134,5 млрд рублей. Всего в 2019 году на финансирование химиотерапии будет направлено 150 млрд рублей. Это позволит в 2019 году ликвидировать дефицит оказания помощи, в первую очередь по химиотерапии, а с 2020 года – лучевой терапии и хирургической помощи онкологическим больным.

Кроме того, среди законодательных нововведений – передача Федеральному фонду ОМС полномочий по контролю за тарифными соглашениями

субъектов РФ. По словам главы фонда, на начало 2018 года лишь 18 из 85 регионов России смогли предоставить тарифные соглашения, которые соответствовали федеральной нормативной базе. «Нам очень важно, чтобы тарифы изначально утверждались правильно, не занижались для одних организаций, не завышались для других: без этого невозможно качественное оказание медицинской помощи, – сказала Н.Н. Стадченко. – Отныне без согласованной с Фондом позиции по тарифным соглашениям субъект оказывается вне правового поля. Субъекты будут обязаны устранить те замечания, которые будут содержаться в заключении ФОМС по тарифным соглашениям».

В ходе встречи Первый заместитель Председателя Комитета ГД по экологии и охране окружающей среды Н.С. Валуев затронул тему о возможности включения в базовую программу обязательного медицинского страхования расходов на обеспечение лекарственными препаратами в амбулаторных условиях, в том числе граждан с болезнями системы кровообращения, например, с артериальной гипертензией.

Н.Н. Стадченко разъяснила, что законодательно предусмотрено обеспечение граждан лекарственными препаратами в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, которое осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи. В настоящее время законодательство не устанавливает возможность лекарственного обеспечения граждан при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС. При этом Председатель фонда отметила, что у людей с тяжелыми хроническими заболеваниями, вынужденными длительное время принимать медикаменты, должна быть возможность обеспечения приверженности к лекарственной терапии. Поэтому необходимо работать над разными вариантами лекарственного страхования в целях обеспечения препаратами в амбулаторных условиях.

Отвечая на вопрос члена Комитета ГД по труду, социальной политике и делам ветеранов Т.В. Сапрыкиной о риске недостаточного финансового обеспечения территориальных программ ОМС в части базовой программы ОМС для выполнения всех поставленных перед медицинскими организациями задач, глава фонда подчеркнула, что финансирование базовой программы ОМС за счет субвенции ежегодно увеличивается и обеспечивает сбалансированность территориальных программ и риск недофинансирования отсутствует. Также Н.Н. Стадченко рассказала, что субвенция учитывает в полном объеме не только потребность медицинских организаций на текущие расходы на оказание медицинской помощи по базовой программе ОМС, но и объем средств, необходимых для реализации 204-го указа Президента Российской Федерации, который является безусловным приоритетом.

Продолжая тему медицинского страхования, депутат А.Б. Клыканов отметил, что страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС, могут находиться в разных финансовых условиях ввиду различий в уровне заболеваемости застрахованных граждан в текущем периоде. Вследствие чего при одинаковых подушевых финансовых нормативах у одних компаний остаются по истечении финансового года средства в резервах, а у других имеется недостаток средств, как, например, в Астраханской области. В этой связи депутат высказал предложение внести изменения в законодательство, исключив п/п 5 пункта 4 статьи 28 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» «10 процентов средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов».

Н.Н. Стадченко сообщила о готовности рассмотреть и поддержать законодательную инициативу депутатов, также отметив, что помимо изменений 326-ФЗ потребуется внесение изменений в Правила

обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н и приказ Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».

Член Комитета ГД по региональной политике и проблемам Севера и Дальнего Востока А.Ф. Тихомиров затронул тему обеспечения расходов медицинских организаций, исходя из индивидуальных особенностей регионов, в том числе субъектов Российской Федерации Дальневосточного федерального округа. Председатель ФОМС отметила, что Минздравом России и Федеральным фондом ОМС в целях совершенствования методики распределения субвенций дополнительно проработан вопрос обеспечения расходов медицинских организаций, исходя из индивидуальных особенностей регионов. По результатам этой работы постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2018 № 1240 в методику распределения субвенций внесены изменения, предусматривающие использование коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг, который представляет собой индекс бюджетных расходов без учета влияния показателей, характеризующих уровень заработной платы в регионе. Указанный коэффициент уже учитывает индивидуальные особенности регионов. Ранее действовавшей методикой устанавливалось предельное значение

индекса бюджетных расходов – не выше 3. Внесенными в методику распределения субвенций изменениями предельное значение коэффициента ценовой дифференциации увеличено с 3 до 4,5. «Принятые изменения в методику позволили увеличить размер субвенций субъектам Российской Федерации, имеющим сложные природно-климатические условия, географическое положение и ограничения транспортной доступности (Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Магаданская область, Ненецкий и Чукотский автономные округа), в 2019 году на общую сумму 8,3 млрд рублей, что значительно увеличит размеры финансового обеспечения учреждений здравоохранения Дальнего Востока и обеспечит доступность и качество оказываемой ими медицинской помощи», – пояснила Председатель Фонда.

В заключении Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования выразила благодарность за конкретные предложения и помощь, которые направлены на улучшение и совершенствование здравоохранения в интересах людей.

По итогам встречи Р.В. Кармазина подчеркнула важность обеспечения целевого и эффективного использования выделяемых фондом средств, что приведет к повышению доступности медицинской помощи населению, качества оказываемых медицинских услуг, а также выразила готовность к совместной работе в части совершенствования законодательства в данной сфере.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС И ВСС ПРОВЕЛИ КОНФЕРЕНЦИЮ «ОМС: ПРАВА И ВОЗМОЖНОСТИ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ» В РЕДАКЦИИ ГАЗЕТЫ «КОМСОМОЛЬСКАЯ ПРАВДА»

25 октября 2018 года, Москва



Фото: Виктор Гусейнов, ИД «Комсомольская правда»

На встрече обсуждались актуальные вопросы обязательного медицинского страхования, которое гарантирует гражданам бесплатное медицинское обслуживание.

В последние годы система ОМС получила новый импульс развития. Был сформирован институт страховых представителей, консультирующий пациентов в индивидуальном режиме. В начале реализации проекта, в 2016 году, в этой сфере было занято около 800 специалистов страховых компаний. Сегодня – более 10 тыс. Из них, по данным Всероссийского союза страховщиков (ВСС) на конец 1-го полугодия 2018 года, 4 885 страховых представителей работают непосредственно в медицинских учрежде-

ниях. До конца текущего года их число планируется увеличить еще на 4,5 тысячи специалистов высокого уровня.

Итоги 2017 года показали эффективность нового института. Так, в течение прошлого года страховые представители индивидуально проинформировали о диспансеризации всех, кому она была запланирована. А более 1/3 застрахованных, подлежащих диспансеризации, были проинформированы повторно. Это увеличило исполнение плана по диспансеризации на

6,4 процентных пункта (по сравнению с 2016 годом).

За 1-е полугодие 2018 года, по данным ВСС, было разослано 25 486 402 сообщения о диспансеризации – почтой, голосовыми сообщениями, смс-сообщениями. При этом наиболее популярным каналом информирования остается смс (18 516 302). В результате, за полгода 2018 года страховые представители проинформировали 13 112 638 человек, имеющих право на диспансеризацию.

По результатам первого этапа диспансеризации за первое полугодие 2018 года выявлены наиболее распространенные заболевания (ТОП-5): гипертоническая болезнь сердца, остеохондроз позвоночника, цереброваскулярные болезни, гастрит и дуоденит, ишемическая болезнь сердца.

Совместно со страховыми медицинскими организациями ФОМС в 2017 году проверили более 33 млн случаев оказания медпомощи. При этом было выявлено более 7,5 млн нарушений прав граждан на сумму 43,9 млрд руб.

На сегодняшний день страховые представители 1-го уровня (специалисты «горячей линии») работают во всех субъектах федерации. При этом время дозвона в call-центры не превышает 20 сек., а количество переключений не превышает одного – в тех случаях, когда требуется не просто консультация, а организация медицинской помощи.

Во многих регионах сохраняются проблемы с доступностью и качеством бесплатной медицины. Пациенты сталкиваются с нарушениями своих прав. Они задаются вопросами: что делать, если не удастся пройти необходимое исследование? Как получить место в стационаре бесплатно? Что делать, если в поликлинике отказываются обслуживать жителя другого региона? Какие методы лечения онкобольных входят в систему ОМС, а за что придется заплатить?

На эти и многие другие вопросы в ходе конференции ответили авторитетные эксперты из Минздрава, Федерального фонда ОМС, Госдумы, страховых компаний, входящих во Всероссийский союз страховщиков (ВСС), а также общественных организаций.

Дискуссию открыла член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, врач с многолетним стажем Т.И. Фролова. В своем выступлении она остановилась на роли ОМС как сложившейся системе, обеспечивающей социальные гарантии гражданам.

«Системе ОМС уже 25 лет, - сказала Т.И. Фролова. – И нужно признать, что доступность медицинской помощи стала намного лучше. Такой прозрачности в

системе финансирования, в проведении экспертиз, как в системе ОМС, нет ни в одной другой отрасли. Любой гражданин России на портале госуслуг в любой момент может посмотреть, когда и где он получил медицинскую помощь и главное – сколько это стоит».

По словам депутата, именно для полноценной защиты интересов пациентов и была сформирована соответствующая нормативная база по медицинскому страхованию и институту страховых представителей.

С трендами последних лет собравшихся познакомила начальник Управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук*. Ключевой из них – создание пациентоориентированной медицины. Развитие происходит в двух направлениях – расширение базовой программы и повышение доступности.

В этом году особое внимание уделено развитию профилактики и диспансеризации.

Важным аспектом стало включение в базовую программу дополнительной услуги по криоконсервации с последующим переносом эмбриона при проведении процедуры ЭКО, в свете демографической политики РФ. Текущий год также стал приоритетным с точки зрения развития онкослужбы: «Мы начали внедрять новую систему контроля качества оказания медицинской помощи для онкобольных.

Помимо этого, мы предполагаем, что в 2019 году у нас будет увеличение финансирования до 40% по сравнению с прошлым годом. А за 2 года рост объемов финансовых средств на онкопрофиль должен составить уже 72%. В рамках реализации указа Президента РФ № 204, который определяет и утверждает Федеральный проект по борьбе с онкологическими заболеваниями, предполагается дополнительное выделение средств из федерального бюджета в 2019 году 70 млрд рублей, в 2020 году – 120 млрд рублей, а в 2021 году – 140 млрд рублей на оказание помощи исключительно онкологическим больным».

Помимо онкологии, в 2019 году акцент будет сделан на расширение услуг по сосудистой хирургии, реабилитации, а также на изменении правил диспансеризации.

Если до настоящего момента граждане России имели право на бесплатную диспансеризацию раз в три года и раз в два года профосмотры, то начиная с 2019 года можно будет пройти профилактический осмотр ежегодно. Перечень профосмотров, порядок

* С.Г. Кравчук с 3 декабря 2018 года – заместитель Председателя ФОМС

их проведения устанавливается приказами Минздрава РФ.

При этом важное значение придается информированию граждан об их правах в рамках ОМС.

Около 80% проинформированных о необходимости прохождения диспансеризации откликнулись на предложение посетить медицинское учреждение.

Как отметила С.Г. Кравчук, размер субвенции Федерального фонда ОМС на реализацию базовой программы ОМС в 2019 году – 2 068,5 млрд рублей, что составит прирост на 10,6% по сравнению с предыдущим годом.

Е.Н. Третьякова, член рабочей группы по организации ОМС Всероссийского союза страховщиков рассказала о проведении системных экспертных мероприятий по выявлению проблемных зон оказания медицинской помощи онкопациентам. В частности, она отметила, что в рамках проведенного страховым сообществом масштабного исследования было проанализировано более 4 000 случаев лечения онкопациентов из 8 субъектов РФ. Исследование показало нехватку коек при дневных стационарах для проведения химиотерапевтического лечения, использование лекарств «старого поколения», несоблюдение клинических рекомендаций онкологов, отсутствие терапии сопутствующих заболеваний и профилактики осложнений.

«Выявленные проблемы послужили началом работы по созданию эффективных механизмов контроля доступности помощи онкопациентам или пациентам, у которых имеется подозрение на онкозаболевание, – отметила Е.Н. Третьякова. – Теперь контроль со стороны страховых медицинских организаций за лечением онкопациентов будет осуществляться ежемесячно. На онкопациентов будет формироваться индивидуальный лицевой счет, в котором будут отражаться услуги, оказанные в разных медицинских организациях. А с 2019 года начнется работа страховых представителей третьего уровня по индивидуальному сопровождению пациентов с онкологией. Это позволит формировать приверженность лечению, а также информировать пациента о его правах, о своевременности и сроках медицинской помощи, о тех препаратах, которые он может получить».

О достижениях и сложностях работы института страховых представителей рассказал председатель рабочей группы по развитию ОМС Всероссийского союза страховщиков А.Н. Трошин. Он напомнил о том, как формировалась трехуровневая система страховых представителей, подчеркнул практику

взаимодействия страховых представителей с медицинскими организациями и отметил, что с того момента, как появились «горячие линии» (страховые представители 1-го уровня) по сегодняшний день, объем обращений граждан резко увеличился.

«С 2016 года число обращение к страховым представителям выросло в 13 раз. Если в первом полугодии 2016 года к ним поступило 101 121 обращение (как устных, так и письменных), то в первом полугодии 2018 года – 1 340 146... Сейчас мы наблюдаем изменение структуры обращений с акцентом на вопросы по качеству медицинской помощи. По сравнению с первым полугодием 2017 года рост жалоб на доступность и качество медицинской помощи составил 12%. Количество обоснованных жалоб на медицинскую помощь увеличилось на 14%. Запрос у граждан на консультации по медицинским вопросам вырос на 28%. Это характеризует рост уровня информированности граждан о своих возможностях в системе ОМС», – сказал А.Н. Трошин.

Представитель страхового сообщества, вице-президент ВСС Д.Ю. Кузнецов подробно остановился на вопросах взаимодействия страховых компаний с общественными организациями пациентов и профессиональными объединениями врачей с гражданским обществом. Одна из ключевых проблем, которую отметил представитель ВСС, состоит в том, что пациенты не могут сравнить уровень обслуживания в различных медицинских учреждениях. В этой связи прозвучало предложение создать рейтинг больниц и поликлиник на основе совместного контроля со стороны общественных организаций, ОНФ и гражданского общества.

«Вместе с подразделениями Всероссийского союза пациентов и ОНФ мы сможем совместно смотреть за тем, насколько эффективно работают страховые представители в регионах. Сможем информировать граждан и составлять рейтинги проблем и медицинских учреждений», – отметил Д.Ю. Кузнецов.

В ходе конференции прозвучала независимая экспертиза со стороны представителей общественных организаций пациентов – председателя исполкома МОД «Движение против рака» Н.П. Дронова и сопредседателя Всероссийского союза пациентов Ю.А. Жулева.

Н.П. Дронов отметил, что на сегодняшний день основная проблема – это информирование пациентов о своих правах, которые сталкиваясь со сложностями, не знают, куда можно обратиться. «Мы имеем только положительный опыт обращения в страховые

медицинские организации. Чаще всего, когда мы даем рекомендацию позвонить на «горячую линию» в страховую медицинскую организацию, быстро, чудесным образом находится и возможность провести медицинские вмешательства, и все начинает работать».

Представитель пациентского союза Ю.А. Жулев признал, что «система ОМС состоялась, и мы очень рады, что в деятельности страховых компаний ставится акцент на защиту прав пациентов. Это нормальное отношение, установленное законом. И компания должна заботиться о сохранении прав застрахованного лица».

В то же время он отметил, что в ближайшее время совместно со страховыми компаниями необходимо решить проблему маршрутизации. Страховые компании уже начали работу в этом направлении. Но работу необходимо усилить.

«Настораживает момент сопровождения пациента. Пациента прооперировали, потратили огромные средства, а потом он оказывается брошен. Дошел ли он до больницы? Проводит ли он нужную диспансеризацию... Потому что если он этого не делает, это выброшенные деньги. Поэтому страховые компании должны видеть весь путь пациента. Если пациент не дошел до следующего звена медицинской помощи, должен быть какой-то сигнал».

Э.Л. Гаврилов, член Центрального штаба ОНФ, заместитель руководителя Неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, кратко и емко изложил влияние

страховых принципов организации отечественного здравоохранения на соблюдение интересов пациентов. Проинформировал о работе ОНФ в направлении защиты прав и законных интересов граждан в сфере здравоохранения. Несмотря на существующие острые проблемы как на федеральном, так и на региональном уровне: кадровый дефицит, недостаток финансирования территориальных программ, навязывание платных услуг и другие – система ОМС состоялась.

«Система ОМС позволила сохранить и кадры, и ресурсы, и государственные гарантии. Поэтому системе ОМС мы должны сказать спасибо. Если бы в свое время не было этой системы, то ситуация могла бы пойти по гораздо более жесткому сценарию».

При этом Э.Л. Гаврилов особо отметил эффективность работы страховых представителей: «Сейчас очень многие вопросы граждан решаются путем поднятия трубки и звонка в страховую медицинскую организацию».

В конце конференции представители «Опоры России» А.В. Грот и Н.С. Тарасова рассказали о возможностях государственно-частного партнерства в сфере медицинского обслуживания.

В результате состоявшейся дискуссии эксперты, принимавшие участие в конференции, пришли к общему выводу, что действующая страховая модель ОМС выстраивает взвешенный баланс интересов пациентов и медицинских учреждений. Немалую роль в этом играют страховые медицинские организации и институт страховых представителей.

НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Кравчук Светлана Георгиевна, 1964 года рождения, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2018 г. № 27-тк назначена на должность заместителя Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Кравчук С.Г. в 1985 году окончила Сыктывкарский государственный университет им. 50-летия СССР, в 2000 году – Северо-Западную академию государственной службы. С 1990 по 2004 год занимала руководящие должности в ТФОМС Республики Коми и Министерстве здравоохранения Республики Коми. В 2004–2006 годы – Министр здравоохранения и социального развития Республики Коми.

С 2007 по 02.12.2018 год – начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Награждена Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», почетными грамотами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, почетными грамотами ТФОМС Республики Коми и Министерства здравоохранения и социального развития Республики Коми.



Верховодова Ольга Владимировна, 1973 года рождения, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 6 декабря 2018 г. № 326-Л переведена на должность начальника Управления организации обязательного медицинского страхования ФОМС.

Верховодова О.В. окончила Московскую медицинскую академию им. И.М. Сеченова по специальности «лечебное дело». Кандидат медицинских наук.

В 1997–1999 годы – учеба в клинической ординатуре Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. В 1999–2008 годы – советник отдела сопровождения проектов по модернизации системы ОМС Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования. В 2010–2016 годы – заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования. В 2016–2017 годы – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области.

С 30.10.2017 года по 05.12.2018 года – заместитель начальника Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Награждена почетными грамотами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области



Березина Ирина Геннадьевна, 1967 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на основании распоряжения Правительства Ивановской области от 20.11.2018 г. № 136-рп.

Березина И.Г. в 1991 году окончила Ивановский государственный медицинский институт им. А.С. Бубнова по специальности «педиатрия», в 2012 году - ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» по специальности «государственное и муниципальное управление». Кандидат медицинских наук.

С 1999 по 2017 год – работа в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Ивановской области, Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Московской области. С 2018 года - начальник Департамента здравоохранения Ивановской области.

Награждена почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области



Романов Владислав Евгеньевич, 1965 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на основании распоряжения Правительства Самарской области от 26.11.2018 г. № 602-р.

Романов В.Е. окончил в 1989 году Куйбышевский медицинский институт имени Д.И. Ульянова по специальности «лечебное дело», квалификация – врач. Доктор медицинских наук.

09.1986-08.1989 – Медбрат Куйбышевской городской больницы № 1 имени Н.И.Пирогова

08.1989-10.1989 – Одногодичная интернатура по хирургии в Куйбышевской городской больнице № 1 имени Н.И. Пирогова

10.1989-08.1991 – Клиническая ординатура по специальности «хирургия» в Куйбышевском медицинском институте. 09.1991-09.1994 – Аспирантура по специальности «хирургия». 09.1994-10.2001 – Ассистент кафедры хирургических болезней Самарского государственного медицинского университета. 10.2001-10.2004 – Докторантура на кафедре хирургии ИПО Самарского государственного медицинского университета. 10.2004-11.2006 – Ассистент кафедры хирургии Самарского государственного медицинского университета. 11.2006-12.2008 – Руководитель Управления здравоохранения Администрации городского округа Самары. 12.2008-10.2010 – Руководитель Департамента здравоохранения Администрации городского округа Самары. 10.2010-01.2011 – Профессор кафедры хирургических болезней Самарского медицинского института «РЕАВИЗ». 01.2011-07.2012 – Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области. 07.2012-09.2013 – Заместитель министра здравоохранения Самарской области – Руководитель департамента фармации, медицинской техники и материально-технического обеспечения. 09.2013- 06.11.2018 – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области. С 17.11.2018 г. по 25.11.2018 г. – врио директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области.

Награжден почетными грамотами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Администрации городского округа Самары и Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, медалью Судебного департамента при Верховном Суде РФ «За безупречную службу» Администрации городского округа Самары, Почетной грамотой 11 степени и нагрудным знаком Администрации городского округа Самары. Имеет благодарность Самарского государственного университета и благодарственные письма Администрации городского округа Самары.

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2019 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования



Главный финансовый документ страны в сфере обязательного медицинского страхования – бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов – принят Федеральным законом от 28 ноября 2018 года № 433-ФЗ.

Бюджет сформирован на основе базового варианта прогноза социально-экономического развития Российской Федерации.

Общий объем доходов бюджета Фонда на 2019 год предусмотрен в размере 2 098,2 млрд рублей, на 2020 год – 2 349,9 млрд рублей, на 2021 год – 2 495,8 млрд рублей.

Страховые взносы за работающих граждан рассчитаны по методике, утвержденной Федеральной налоговой службой.

Страховые взносы за неработающих граждан определены в соответствии с Федеральным законом от 28 ноября 2018 года № 438-ФЗ, по внесению изменений в Федеральный закон № 354-ФЗ в части методики расчета тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В доходах бюджета Федерального фонда учтены трансферты из федерального бюджета:

- на оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;
- начиная с 2020 года на обеспечение нестраховых расходов (высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС, и родовой сертификат);
- на компенсацию выпадающих доходов.

Для корреспонденции

Соколова Ирина Васильевна

заместитель Председателя Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Тел.: (495) 870-96-80, доб. 1003,
E-mail: isokolova@ffoms.ru

Общие расходы в 2019 году составят 2 190,4 млрд рублей, в 2020 году – 2 350,5 млрд рублей, в 2021 году – 2 501,5 млрд рублей.

В целях реализации указа Президента № 204 важнейшее значение приобретает совершенствование методики расчета субвенции на реализацию базовой программы ОМС.

За последние 2 года с учетом реализации указа Президента по повышению заработной платы изменилась структура расходования субвенции. В связи с этим в Методике по распределению субвенции учтена фактически сложившаяся структура соотношения заработной платы и прочих расходов - 70 на 30%, (было 60 на 40%).

Размер субвенции составит на 2019 год 2 068,5 млрд рублей, на 2020 год – 2 225,5 млрд рублей, на 2021 год – 2 371,8 млрд рублей. Прирост субвенции в 2019 году - 198,1 млрд рублей (10,6%), в 2020 году – 157,0 млрд рублей (7,6%), в 2021 году – 146,3 млрд рублей (6,6%).

Субвенция учитывает:

- сохранение соотношения заработной платы врачей на уровне 200%, среднего медицинского персонала - 100% к среднему трудовому доходу по региону;
- увеличение заработной платы младшего медицинского персонала ежегодно на индекс потребительских цен с 1 января;

- увеличение численности медицинского персонала первичного звена в целях устранения кадровых диспропорций и дефицита по отдельным специальностям в соответствии с указом Президента № 204 Российской Федерации;
- увеличение предельного значения индекса бюджетных расходов с 3 до 4,5;
- оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;
- перевод в базовую программу ОМС 2 видов ВМП: стентирование коронарных артерий и эндопротезирование тазобедренных суставов.

Целевые средства на высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу ОМС, составят в 2019 году 100,8 млрд рублей, в 2020 году – 103,9 млрд рублей, в 2021 году – 109,0 млрд рублей. Включены четыре новых вида ВМП, в том числе протонная терапия с 2020 года.

Планируются средства на родовой сертификат в 2019 году - 15,9 млрд рублей, в 2020 году – 15,9 млрд рублей, в 2021 году – 15,6 млрд рублей.

Дефицит бюджета фонда в 2019 году и плановом периоде обеспечен доходами с учетом переходящих остатков средств бюджета фонда.



Председатель Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по бюджету и налогам **А.М. Макаров:**

– Должен отметить очень высокое качество подготовленных материалов — даже у оппозиционных депутатов по большинству вопросов внебюджетных фондов замечаний не было. В бюджетах фондов социального и обязательного медицинского страхования в полной мере нашли свое отражение положения «майского» указа Президента, в первую очередь, в части

вопросов здравоохранения.



Первый заместитель Председателя Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по бюджету и налогам, депутат фракции «Единая Россия»

И.М. Гусева:

– Первое, что звучало в послании Президента Федеральному Собранию, а также в майских указах Владимира Путина – повышение заработной платы медицинского персонала. Еще один вопрос – обеспечение системы здравоохранения кадрами, особенно узкопрофильными специалистами. Это одна из главных задач, которую предстоит решить ФОМС в ближайшие три года. Дополнительные расходы на эти цели в 2019 году составят 12,3 млрд рублей, в 2020 году – 34,7 млрд рублей, в 2021 году – 50,4 млрд рублей.

Следующий важный момент – борьба с онкозаболеваниями. Эта тема также звучала в послании главы государства. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения в 2019 году – 70 млрд рублей, на 2020 год – 120 млрд рублей, на 2021 год – 140 млрд рублей.

Это серьезные деньги для того, чтобы онкологические центры в каждом регионе могли полноценно и своевременно оказывать медицинскую помощь и бороться с этими заболеваниями.



Член Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по бюджету и налогам **А.З. Фаррахов:**

– Доходная часть бюджета ФОМС вырастет более чем на 11%. При этом расходы субъектов как страхователей неработающего населения в большинстве своем не увеличатся, а в целом ряде субъектов даже уменьшатся.

Подушевой норматив вырастет более, чем на 9%, и этого достаточно для исполнения базовой программы обязательного медицинского страхования. Распределение субвенций на переданные полномочия в части обязательного медицинского страхования учитывают пожелания Государственной Думы, ряда депутатов в связи с дифференциацией, связанной с климатическими условиями и протяженностью территорий.

В базовую программу обязательного медицинского страхования погружаются два метода высокотехнологичной медицинской помощи, что, безусловно, увеличит доступность для пациентов эндопротезирования, стентирования коронарных сосудов, снизит очередность на эти очень востребованные методы лечения и будет способствовать росту эффективности расходов в сфере обязательного медицинского страхования.



Первый заместитель руководителя фракции «Единая Россия» в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации по законопроектной деятельности **А.К. Исаев:**

– Начинается новая программа по обеспечению медицинскими кадрами удаленных территорий, сел и малых населенных пунктов. Речь о специалистах как с высшим, так и со средним образованием. На эти цели заложены значительные средства: так, на 2021 год планируется выделить свыше 50 млрд рублей.



Председатель Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по охране здоровья **Д.А. Морозов:**

– За три года расходы ФОМС возрастут на треть и будут направлены на выполнение Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Заложены финансовые основы для решения целого ряда проблем, накопившихся в здравоохранении.

Во-первых, высокая нагрузка на бюджеты субъектов по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения – 618,7 млрд рублей в 2017 году – является одной из причин дефицита территориальных программ госгарантий, который составляет 37% от потребности и имеет место в 64 субъектах.

С 2019 года новая методика определения численности застрахованных лиц и изменение порядка расчета тарифа страхового взноса приведут к снижению платежа на неработающее население в 60 субъектах. «Мы будем настаивать, чтобы сэкономленные средства остались в здравоохранении и пошли на покрытие дефицита территориальных программ государственных гарантий! Мы рекомендовали внести соответствующее предложение в постановление Государственной Думы.

Необходимо безусловное исполнение положения послания Президента Российской Федерации о направлении на развитие здравоохранения из всех источников ежегодно более 4% ВВП, последовательного решения проблем первичного звена, кадров, материально-технической базы и финансового оздоровления отрасли. И это при серьезном контроле и ответственном отношении к полному освоению возрастающих ресурсов, выделенных здравоохранению.



Член Комитета Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по социальной политике **Т.А. Кусайко:**

– Федеральный закон о бюджете ФОМС, как и два сопутствующих закона, направлен на выполнение государственных обязательств в части финансирования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на продолжение повышения заработной платы медицинских работников в соответствии с майскими

указами.

Доходы ФОМС сформированы с учетом изменения численности застрахованных граждан, а именно уменьшения ее на 5 миллионов неработающих, применения новых коэффициентов дифференциации, призванных отразить особенности регионов в части размеров заработной платы, и применения районных коэффициентов и процентных надбавок к ней, расчет которых утверждается законом-спутником, а также с учетом увеличения трансфертов из федерального бюджета, в частности, на оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями с 2019 года, на обеспечение нестраховых расходов в части высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и родового сертификата – 2020 года.



Член Комитета Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по бюджету и финансовым рынкам **Д.А. Шатохин:**

– Проект бюджета Фонда сбалансирован, содержит достаточно позитивные новации, связанные с кадровой политикой и учитывающие финансирование по наиболее востребованным и новым методам лечения.

В Совете Федерации отмечено, что в проекте бюджета Фонда дополнительно предусмотрено увеличение финансового обеспечения больных с онкологическими заболеваниями, в связи с чем запланированы межбюджетные трансферы из федерального бюджета на 2019 год – 70 млрд рублей, 2020 год – 120 млрд рублей, на 2021 год – 140 млрд рублей.

Размер субвенции на реализацию базовой программы ОМС составит 2 068,5 млрд рублей, что составит прирост на 10,6% по сравнению с предыдущим годом.

Субвенция учитывает увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала в целях устранения кадровых диспропорций и дефицита по отдельным специальностям некоторых медицинских работников в соответствии с указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204; финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения; перевод в 2019 году в базовую программу обязательного медицинского страхования двух видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС (стентирование коронарных артерий и эндопротезирование тазобедренных суставов).

При расчете объема финансового обеспечения расходов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, на 2019 год планируется увеличение плановых объемов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, по наиболее востребованным видам высокотехнологичной медицинской помощи по сравнению с текущим годом.

Всего на увеличение плановых объемов по наиболее востребованным и новым методам лечения в 2019 году потребуется 4,4 млрд рублей.

Также в 2020 году планируется включение в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС, протонной терапии с объемом финансового обеспечения 5 млрд рублей в 2020 году и около 5,5 млрд рублей в 2021 году.

В целом расходы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, запланированы на 2019 год в размере 100,8 млрд рублей, в 2020 году — 103,9 млрд рублей, в 2021 году — 109,0 млрд рублей.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 28 ноября 2018 года № 433-ФЗ

О БЮДЖЕТЕ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА 2019 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ

Принят Государственной Думой 20 ноября 2018 года
Одобен Советом Федерации 23 ноября 2018 года

Статья 1. Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

1. Утвердить основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на 2019 год:

- 1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 2 098 172 370,7 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 78 981 778,9 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 2 190 422 049,8 тыс. рублей;
- 3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 92 249 679,1 тыс. рублей.

2. Утвердить основные характеристики бюджета Фонда на плановый период 2020 и 2021 годов:

- 1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда на 2020 год в сумме 2 349 925 265,5 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 244 244 213,4 тыс. рублей, и на 2021 год в сумме 2 495 797 857,5 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 269 256 905,0 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда на 2020 год в сумме 2 350 456 250,1 тыс. рублей и на 2021 год в сумме 2 501 474 122,1 тыс. рублей;
- 3) объем дефицита бюджета Фонда на 2020 год в сумме 530 984,6 тыс. рублей и на 2021 год в сумме 5 676 264,6 тыс. рублей.

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

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

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

3. Установить, что в случае изменения в 2019 году состава и (или) функций главных администраторов доходов бюджета Фонда или главных администраторов источников финансирования дефицита бюджета Фонда, а также изменения принципов назначения и присвоения структуры кодов классификации доходов бюджетов Российской Федерации и классификации источников финансирования дефицитов бюджетов соответствующие изменения отражаются в отчете об исполнении бюджета Фонда за 2019 год на основании нормативного правового акта Министерства финансов Российской Федерации.

Статья 3. Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда

Утвердить источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону.

Статья 4. Бюджетные ассигнования бюджета Фонда на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

Утвердить распределение бюджетных ассигнований бюджета Фонда по разделам, подразделам, целевым статьям и группам видов расходов классификации расходов бюджетов:

- 1) на 2019 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону;
- 2) на плановый период 2020 и 2021 годов согласно приложению 5 к настоящему Федеральному закону.

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

1. Утвердить распределение субвенций из бюджета Фонда, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации и города Байконура, возникающих при осуществлении переданных в сфере обязательного медицинского страхования полномочий (далее - субвенции), на 2019 год согласно приложению 6 к настоящему Федеральному закону.

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

3. Установить, что из бюджета Фонда направляются в 2019 году и в плановом периоде 2020 и 2021 годов в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетные трансферты в объемах, установленных приложениями 4 и 5 к настоящему Федеральному закону, на оплату медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в сумме 3,0 тыс. рублей и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, в сумме 6,0 тыс. рублей соответственно за каждую женщину, по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на учет в указанной организации, в сумме 1,0 тыс. рублей за первые шесть месяцев и в сумме 1,0 тыс. рублей за вторые шесть месяцев, в течение которых проводились профилактические медицинские осмотры, за каждого ребенка с момента постановки его на учет, а также на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов.

4. Установить, что в 2019 году из бюджета Фонда предоставляется дотация федеральному бюджету в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону, в целях предоставления в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации.

Статья 6. Особенности установления отдельных расходов бюджета Фонда в 2019 году

1. Установить, что в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса Российской Федерации основанием для внесения в 2019 году изменений в показатели сводной бюджетной росписи бюджета Фонда является использование (перераспределение) в соответствии с решениями Фонда средств нормированного страхового запаса Фонда, зарезервированных в пределах бюджетных ассигнований, установленных приложением 4 к настоящему Федеральному закону:

1) на увеличение бюджетных ассигнований, предусмотренных:

- а) на предоставление субвенций, установленных частью 1 статьи 5 настоящего Федерального закона, бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания и Краснодарского края в связи с исполнением международных соглашений;
- б) на исполнение расходных обязательств Фонда, предусмотренных настоящим Федеральным законом, в случае недостаточности доходов бюджета Фонда для финансового обеспечения их исполнения;

2) на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов;

3) на оплату расходов Фонда на изготовление и доставку полисов обязательного медицинского страхования единого образца сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений» ведомственной целевой программы «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов, в случае недостаточности указанных бюджетных ассигнований, образовавшейся в ходе исполнения бюджета Фонда в 2019 году.

2. Установить, что в 2019 году Фонд предоставляет федеральным государственным учреждениям субсидии на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, утвержденного федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя в отношении указанных федеральных государственных учреждений, в объеме, установленном приложением 4 к настоящему Федеральному закону.

Статья 7. Особенности исполнения бюджета Фонда

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

2. Установить коэффициенты дифференциации для расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов согласно приложению 7 к настоящему Федеральному закону.

3. Установить коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» на 2019 год в размере, равном 1,119, на 2020 год - 1,162, на 2021 год - 1,208.

Москва, Кремль
28 ноября 2018 года
№ 433-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Приложение 1
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

ПЕРЕЧЕНЬ ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ДОХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного админи- стратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
100		Федеральное казначейство
100	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
161		Федеральная антимонопольная служба
161	1 16 33080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182		Федеральная налоговая служба
182	1 02 02101 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 02 02103 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения в фиксированном размере, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 05 01012 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01022 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01030 01 0000 110	Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 02020 02 0000 110	Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 03020 01 0000 110	Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 09 08040 08 0000 140	Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
182	1 09 09030 08 0000 110	Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 09 11020 02 0000 110	Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
392		Пенсионный фонд Российской Федерации
392	1 16 20050 01 0000 140	Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 11 02071 08 0000 120	Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 05038 08 0000 120	Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 09048 08 0000 120	Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 13 02068 08 0000 130	Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 13 02998 08 0000 130	Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 14 02080 08 0000 410	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)
394	1 14 02080 08 0000 440	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)
394	1 14 04080 08 0000 420	Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 21080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 23081 08 0000 140	Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев по обязательному страхованию гражданской ответственности, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 23082 08 0000 140	Доходы от возмещения ущерба при возникновении иных страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 32000 08 0000 140	Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 33080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
394	1 16 90080 08 0000 140	Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 01080 08 0000 180	Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 06030 08 0000 180	Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 18 02800 08 0000 150	Поступления в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам
394	2 02 55182 08 0000 150	Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование
394	2 02 55225 08 0000 150	Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
394	2 02 55226 08 0000 150	Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение отдельных нестраховых расходов
394	2 08 08000 08 0000 150	Перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования) для осуществления возврата (зачета) излишне уплаченных или излишне взысканных сумм налогов, сборов и иных платежей, а также сумм процентов за несвоевременное осуществление такого возврата и процентов, начисленных на излишне взысканные суммы
394	2 18 39640 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни
394	2 18 50930 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования прошлых лет на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации
394	2 18 51360 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на осуществление единовременных выплат медицинским работникам
394	2 18 54010 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования
394	2 18 54020 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования
394	2 18 55060 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков иных межбюджетных трансфертов прошлых лет на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
394	2 18 70000 08 0000 150	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата прочих остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет
394	2 19 70000 08 0000 150	Возврат прочих остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай
395		Государственное учреждение Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия
395		Государственное бюджетное учреждение Республики Коми «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Коми»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Хакасия
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края
395		Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»
395		Государственное учреждение Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Иркутской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области
395		Государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курганской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Магаданской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Омской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Орловской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пензенской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Псковской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Сахалинской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тамбовской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тульской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области
395		Московский городской фонд обязательного медицинского страхования
395		Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
395		Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа
395		Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур
395	1 02 02102 08 0000 160*	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
395	2 08 08000 08 0000 150*	Перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования) для осуществления возврата (зачета) излишне уплаченных или излишне взысканных сумм налогов, сборов и иных платежей, а также сумм процентов за несвоевременное осуществление такого возврата и процентов, начисленных на излишне взысканные суммы

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

Приложение 2
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

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

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

Приложение 3
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

**ИСТОЧНИКИ
ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2019 ГОД
И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Код главы	Код группы, под- группы, статьи и вида источников	2019 год	Плановый период	
				2020 год	2021 год
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования					
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	92 249 679,1	530 984,6	5 676 264,6
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510			
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510			
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	01 05 02 01 08 0000 610	92 249 679,1	530 984,6	5 676 264,6
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	92 249 679,1	530 984,6	5 676 264,6

Приложение 4
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2019 ГОД
ПО РАЗДЕЛАМ, ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ГРУППАМ
ВИДОВ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					2 190 422 049,8
Общегосударственные вопросы	01	00			834 928,5
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			9 047,1
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	08	01 0 00 00000		9 047,1
Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 00 00000		7 420,2
Ведомственная целевая программа «Содействие международному сотрудничеству в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 03 00000		7 420,2
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 03 92798	800	7 420,2
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	08	01 К 00 00000		1 626,9
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	08	01 К 10 00000		1 626,9
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 К 10 92798	200	1 626,9
Прикладные научные исследования в области общегосударственных вопросов	01	12			9 000,0
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	12	01 0 00 00000		9 000,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	12	01 К 00 00000		9 000,0
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	12	01 К 10 00000		9 000,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	12	01 К 10 90059	200	9 000,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Другие общегосударственные вопросы	01	13			816 881,4
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	13	01 0 00 00000		816 881,4
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	13	01 К 00 00000		816 881,4
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	13	01 К 10 00000		816 881,4
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 К 10 90059	100	287 463,4
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 К 10 90059	200	522 268,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	01	13	01 К 10 90059	300	200,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 К 10 90059	800	6 950,0
Образование	07	00			11 836,1
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			11 836,1
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	07	05	01 0 00 00000		11 836,1
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	07	05	01 К 00 00000		11 836,1
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	07	05	01 К 10 00000		11 836,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 К 10 90059	200	11 836,1
Здравоохранение	09	00			2 189 575 267,2
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			2 189 575 267,2
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		2 189 575 267,2
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	09	09	01 К 00 00000		2 189 575 267,2
Ведомственная целевая программа «Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»	09	09	01 К 05 00000		100 798 962,2

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Дотация федеральному бюджету на финансовое обеспечение расходов на оказание гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К 05 54030	500	6 240 000,0
Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями (Предоставление субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям)	09	09	01 К 05 92110	600	94 558 962,2
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	09	09	01 К 10 00000		2 072 920 436,0
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К 10 50930	500	2 068 521 131,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 К 10 90059	200	1 325 429,6
Финансовое обеспечение иных расходов государственных органов Российской Федерации и федеральных казенных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 К 10 99999	800	3 073 875,3
Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»	09	09	01 К N4 00000		15 855 869,0
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К N4 39640	500	15 855 869,0
Социальная политика	10	00			18,0
Охрана семьи и детства	10	04			18,0
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	10	04	01 О 00 00000		18,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	10	04	01 К 00 00000		18,0
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	10	04	01 К 10 00000		18,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	10	04	01 К 10 90059	100	18,0

Приложение 5
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД
2020 И 2021 ГОДОВ ПО РАЗДЕЛАМ, ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ
И ГРУППАМ ВИДОВ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
					2020 год	2021 год
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					2 350 456 250,1	2 501 474 122,1
Общегосударственные вопросы	01	00			801 365,3	722 401,6
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			9 035,5	9 058,7
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	08	01 0 00 00000		9 035,5	9 058,7
Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 00 00000		7 408,6	7 431,8
Ведомственная целевая программа «Содействие международному сотрудничеству в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 03 00000		7 408,6	7 431,8
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 03 92798	800	7 408,6	7 431,8
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	08	01 К 00 00000		1 626,9	1 626,9
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	08	01 К 10 00000		1 626,9	1 626,9
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 К 10 92798	200	1 626,9	1 626,9
Прикладные научные исследования в области общегосударственных вопросов	01	12			9 000,0	9 000,0
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	12	01 0 00 00000		9 000,0	9 000,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	12	01 К 00 00000		9 000,0	9 000,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
					2020 год	2021 год
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	12	01 К 10 00000		9 000,0	9 000,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	12	01 К 10 90059	200	9 000,0	9 000,0
Другие общегосударственные вопросы	01	13			783 329,8	704 342,9
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	13	01 0 00 00000		783 329,8	704 342,9
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	13	01 К 00 00000		783 329,8	704 342,9
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	13	01 К 10 00000		783 329,8	704 342,9
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 К 10 90059	100	298 911,8	309 924,9
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 К 10 90059	200	477 268,0	387 268,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	01	13	01 К 10 90059	300	200,0	200,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 К 10 90059	800	6 950,0	6 950,0
Образование	07	00			11 836,1	11 836,1
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			11 836,1	11 836,1
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	07	05	01 0 00 00000		11 836,1	11 836,1
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	07	05	01 К 00 00000		11 836,1	11 836,1
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	07	05	01 К 10 00000		11 836,1	11 836,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 К 10 90059	200	11 836,1	11 836,1
Здравоохранение	09	00			2 349 643 030,7	2 500 739 866,4
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			2 349 643 030,7	2 500 739 866,4

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
					2020 год	2021 год
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		2 349 643 030,7	2 500 739 866,4
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	09	09	01 К 00 00000		2 349 643 030,7	2 500 739 866,4
Ведомственная целевая программа «Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»	09	09	01 К 05 00000		103 862 221,4	108 998 799,6
Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями (Предоставление субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям)	09	09	01 К 05 92110	600	103 862 221,4	108 998 799,6
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	09	09	01 К 10 00000		2 229 887 925,3	2 376 157 506,8
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К 10 50930	500	2 225 488 620,4	2 371 758 201,9
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 К 10 90059	200	1 325 429,6	1 325 429,6
Финансовое обеспечение иных расходов государственных органов Российской Федерации и федеральных казенных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 К 10 99999	800	3 073 875,3	3 073 875,3
Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»	09	09	01 К N4 00000	000	15 892 884,0	15 583 560,0
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К N4 39640	500	15 892 884,0	15 583 560,0
Социальная политика	10	00			18,0	18,0
Охрана семьи и детства	10	04			18,0	18,0
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	10	04	01 0 00 00000		18,0	18,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	10	04	01 К 00 00000		18,0	18,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
					2020 год	2021 год
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	10	04	01 К 10 00000		18,0	18,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	10	04	01 К 10 90059	100	18,0	18,0

Приложение 6
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В БЮДЖЕТЫ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСХОДНЫХ
ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДА
БАЙКОНУРА, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПЕРЕДАННЫХ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ,
НА 2019 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация	2 068 521 131,1
в том числе:	
Республика Адыгея (Адыгея)	4 844 737,3
Республика Алтай	4 556 065,5
Республика Башкортостан	53 097 318,9
Республика Бурятия	16 630 975,7
Республика Дагестан	30 774 549,7
Республика Ингушетия	5 070 333,5
Кабардино-Балкарская Республика	8 884 394,2
Республика Калмыкия	3 332 552,6
Карачаево-Черкесская Республика	5 002 000,6
Республика Карелия	11 746 268,8

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Республика Коми	18 055 185,5
Республика Крым	21 874 526,3
Республика Марий Эл	8 050 285,2
Республика Мордовия	9 151 114,1
Республика Саха (Якутия)	33 919 195,2
Республика Северная Осетия - Алания	8 289 840,4
Республика Татарстан (Татарстан)	44 668 040,5
Республика Тыва	6 545 623,4
Удмуртская Республика	20 051 857,5
Республика Хакасия	9 180 617,2
Чеченская Республика	16 546 334,8
Чувашская Республика - Чувашия	14 745 164,1
Алтайский край	32 484 375,6
Забайкальский край	17 311 848,9
Камчатский край	10 921 209,2
Краснодарский край	64 045 786,1
Красноярский край	52 266 692,5
Пермский край	34 964 419,5
Приморский край	31 151 390,2
Ставропольский край	32 119 571,3
Хабаровский край	24 642 748,0
Амурская область	13 967 898,2
Архангельская область	22 407 357,0
Астраханская область	11 709 326,7
Белгородская область	18 308 364,3
Брянская область	14 284 767,5
Владимирская область	16 447 201,4
Волгоградская область	29 367 511,7
Вологодская область	16 119 862,5
Воронежская область	26 998 940,2
Ивановская область	11 756 763,5
Иркутская область	41 520 872,3
Калининградская область	11 674 114,9
Калужская область	11 874 116,5
Кемеровская область	37 684 635,5
Кировская область	16 901 258,3
Костромская область	7 743 598,0
Курганская область	11 427 508,1
Курская область	13 254 574,7
Ленинградская область	18 557 002,7

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Липецкая область	13 945 016,2
Магаданская область	5 486 643,2
Московская область	102 552 217,9
Мурманская область	16 498 776,0
Нижегородская область	38 512 713,0
Новгородская область	7 429 915,3
Новосибирская область	37 910 113,8
Омская область	26 043 066,6
Оренбургская область	26 830 127,0
Орловская область	9 124 681,7
Пензенская область	15 578 186,3
Псковская область	7 487 887,7
Ростовская область	48 065 887,3
Рязанская область	13 293 987,3
Самарская область	37 856 339,6
Саратовская область	29 112 942,4
Сахалинская область	11 524 173,7
Свердловская область	58 206 519,0
Смоленская область	11 273 332,9
Тамбовская область	11 855 295,1
Тверская область	15 480 623,4
Томская область	17 300 056,7
Тульская область	17 644 190,0
Тюменская область	19 813 199,2
Ульяновская область	14 677 301,2
Челябинская область	46 581 288,6
Ярославская область	15 471 442,8
Город федерального значения Москва	240 495 687,4
Город федерального значения Санкт-Петербург	83 460 613,2
Город федерального значения Севастополь	4 903 348,9
Еврейская автономная область	2 977 427,9
Ненецкий автономный округ	1 591 206,9
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	33 735 124,3
Чукотский автономный округ	1 954 438,8
Ямало-Ненецкий автономный округ	16 296 618,7
Город Байконур	620 044,8

Приложение 7
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2019 год и на плановый период
2020 и 2021 годов»

**КОЭФФИЦИЕНТЫ
ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЛЯ РАСЧЕТА ТАРИФА СТРАХОВОГО ВЗНОСА
НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО
НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДА
БАЙКОНУРА НА 2019 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ**

Наименование	Значение коэффициента дифференциации
Республика Адыгея (Адыгея)	0,3333
Республика Алтай	0,5100
Республика Башкортостан	0,3850
Республика Бурятия	0,5087
Республика Дагестан	0,3363
Республика Ингушетия	0,3333
Кабардино-Балкарская Республика	0,3333
Республика Калмыкия	0,3567
Карачаево-Черкесская Республика	0,3333
Республика Карелия	0,5810
Республика Коми	0,6233
Республика Крым	0,3333
Республика Марий Эл	0,3333
Республика Мордовия	0,3333
Республика Саха (Якутия)	0,7617
Республика Северная Осетия - Алания	0,3423
Республика Татарстан (Татарстан)	0,3333
Республика Тыва	0,6473
Удмуртская Республика	0,3833
Республика Хакасия	0,5333
Чеченская Республика	0,3333
Чувашская Республика - Чувашия	0,3333
Алтайский край	0,4033
Забайкальский край	0,5093
Камчатский край	0,7763
Краснодарский край	0,3333
Красноярский край	0,5390
Пермский край	0,3853

Наименование	Значение коэффициента дифференциации
Приморский край	0,5087
Ставропольский край	0,3347
Хабаровский край	0,5410
Амурская область	0,5320
Архангельская область	0,6010
Астраханская область	0,3333
Белгородская область	0,3333
Брянская область	0,3333
Владимирская область	0,3333
Волгоградская область	0,3333
Вологодская область	0,3923
Воронежская область	0,3333
Ивановская область	0,3333
Иркутская область	0,5227
Калининградская область	0,3333
Калужская область	0,3333
Кемеровская область	0,4333
Кировская область	0,3660
Костромская область	0,3333
Курганская область	0,3833
Курская область	0,3333
Ленинградская область	0,4365
Липецкая область	0,3333
Магаданская область	0,8343
Московская область	0,5200
Мурманская область	0,7337
Нижегородская область	0,3353
Новгородская область	0,3333
Новосибирская область	0,4000
Омская область	0,3833
Оренбургская область	0,3833
Орловская область	0,3333
Пензенская область	0,3367
Псковская область	0,3333
Ростовская область	0,3340
Рязанская область	0,3333
Самарская область	0,3333
Саратовская область	0,3337
Сахалинская область	0,6570
Свердловская область	0,3860
Смоленская область	0,3333

Наименование	Значение коэффициента дифференциации
Тамбовская область	0,3333
Тверская область	0,3333
Томская область	0,4867
Тульская область	0,3333
Тюменская область	0,3870
Ульяновская область	0,3333
Челябинская область	0,3867
Ярославская область	0,3333
Город федерального значения Москва	0,8196
Город федерального значения Санкт-Петербург	0,5965
Город федерального значения Севастополь	0,3333
Еврейская автономная область	0,5183
Ненецкий автономный округ	0,7667
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	0,6700
Чукотский автономный округ	1,0000
Ямало-Ненецкий автономный округ	0,7667
Город Байконур	0,4667

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования



Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 28 ноября 2018 года № 437-ФЗ разработан в целях реализации указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в части ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Законом предлагается на период 2019–2024 годов предусматривать в нормированном страховом запасе территориального фонда обязательного медицинского страхования средства для финансового обеспечения мероприятий по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В связи с этим в размере субвенции, предусмотренной в бюджете Федерального фонда ОМС, учтены расходы на увеличение численности врачей и

среднего медицинского персонала первичного звена на 2019 год в размере 12,3 млрд рублей, на 2020 год – 34,7 млрд рублей, на 2020 год – 50,4 млрд рублей.

Указанный объем средств запланирован исходя из дополнительной численности врачей и среднего медицинского персонала, спрогнозированной Минздравом России.

Поскольку кадровые решения принимаются непосредственно в медицинских организациях, предусмотренные в бюджете Федерального фонда дополнительные средства должны быть доведены напрямую из бюджета территориального фонда в медицинскую организацию.

Порядок формирования и предоставления указанных средств из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования и использования их медицинскими организациями будет утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Для корреспонденции

Соколова Ирина Васильевна

заместитель Председателя Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Тел.: (495) 870-96-80, доб. 1003,
E-mail: isokolova@ffoms.ru

Федеральным законом от 28 ноября 2018 года № 438-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» в части определения коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания медицинских услуг» меняется порядок расчета тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В соответствии с существующей идеологией распределения субвенции по субъектам Российской Федерации учитывается не только районный коэффициент, но и соотношение заработной платы в регионе к средней заработной плате по Российской Федерации.

Законом справедливо предлагается такой же подход применять для расчета страховых взносов на ОМС неработающего населения.

В целях гибкого реагирования значения коэффициентов дифференциации будут устанавливаться федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

С изменением законодательства в части персонализированного учета численность застрахованных лиц определяется на 1 января и в соответствии с методикой человек считается работающим, независимо от количества отработанных дней в году.

Благодаря новой методике расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения с учетом изменения его численности, размер страховых взносов в 2019 году по сравнению с 2018 годом уменьшится в 60 субъектах Российской Федерации.

Влияние размера средней заработной платы на платеж за неработающее население отмечается в 4 субъектах Российской Федерации: Московской области, Ленинградской области, г. Москве, г. Санкт-Петербурге.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 28 ноября 2018 года № 437-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ
СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Принят Государственной Думой 20 ноября 2018 года
Одобрен Советом Федерации 23 ноября 2018 года

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4269; № 49, ст. 6927; 2015, № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 52; № 27, ст. 4183; 2017, № 1, ст. 12, 13) следующие изменения:

1) часть 2 статьи 20 дополнить пунктом 7.2 следующего содержания:

«7.2) использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в порядке, предусмотренном частью 6.6 статьи 26 настоящего Федерального закона;»;

2) в статье 26:

а) часть 6 дополнить пунктом 4 следующего содержания:

«4) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.»;

б) дополнить частью 6.6 следующего содержания:

«6.6. Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 4 части 6 настоящей статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования. Указанные в настоящей части средства нормированного страхового запаса предоставляются соответствующим медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок формирования

средств нормированного страхового запаса, условия их предоставления медицинским организациям и порядок их использования устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.»;

3) в статье 30:

а) часть 2 после слов «тарифным соглашением» дополнить словами «, заключаемым»;

б) дополнить частью 2.1 следующего содержания:

«2.1. Тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем комиссии, указанной в части 9 статьи 36 настоящего Федерального закона, в Федеральный фонд для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования. Порядок и сроки рассмотрения тарифного соглашения, подготовки заключения Федеральным фондом и его типовая форма устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В случае, если в заключении Федерального фонда сделан вывод о несоответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования, представители сторон тарифного соглашения, указанных в части 2 настоящей статьи, обеспечивают внесение соответствующих изменений в тарифное соглашение, а председатель комиссии повторно направляет его в Федеральный фонд в установленный им срок.»;

в) дополнить частью 2.2 следующего содержания:

«2.2. Лица, виновные в нарушении требований части 2.1 настоящей статьи, несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.»;

4) статью 51 дополнить частью 24 следующего содержания:

«24. Положения пункта 7.2 части 2 статьи 20, пункта 4 части 6 и части 6.6 статьи 26 настоящего Федерального закона применяются до 1 января 2025 года.».

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2019 года, за исключением подпункта «в» пункта 3 статьи 1 настоящего Федерального закона.

2. Подпункт «в» пункта 3 статьи 1 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2021 года.

Москва, Кремль
28 ноября 2018 года
№ 437-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. Путин



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 28 ноября 2018 года № 438-ФЗ

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О РАЗМЕРЕ И ПОРЯДКЕ РАСЧЕТА ТАРИФА
СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ» В ЧАСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА
ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ И КОЭФФИЦИЕНТА УДОРОЖАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Принят Государственной Думой 20 ноября 2018 года

Одобен Советом Федерации 23 ноября 2018 года

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст. 7032; 2014, N 49, ст. 6927; 2017, N 1, ст. 14) следующие изменения:

1) часть 1 статьи 2 изложить в следующей редакции:

«1. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа, установленного статьей 1 настоящего Федерального закона, коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг. Указанные коэффициенты определяются согласно приложению к настоящему Федеральному закону и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период.»;

2) статью 3 изложить в следующей редакции:

«Статья 3. Заключительные положения

Расчет тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в городе Байконуре осуществляется в порядке, аналогичном порядку расчета тарифа страхового взноса на обяза-

тельное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации, установленному статьей 2 настоящего Федерального закона.»;

3) приложение изложить в следующей редакции:

*«Приложение
к Федеральному закону
«О размере и порядке расчета
тарифа страхового взноса
на обязательное медицинское
страхование неработающего населения»*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ И КОЭФФИЦИЕНТА УДОРОЖАНИЯ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Значение коэффициента дифференциации для субъекта Российской Федерации или города Байконура ($K_{\text{диф}(i)}$) определяется по формуле:

$$K_{\text{диф}(i)} = \frac{\max(K_{\text{р}(i)}; K_{\text{зн}(i)})}{K_{\text{р;зн}}^{\max}},$$

где $\max(K_{\text{р}(i)}; K_{\text{зн}(i)})$ – функция выбора максимального значения из коэффициентов $K_{\text{р}(i)}$ и $K_{\text{зн}(i)}$;

$K_{\text{р}(i)}$ – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР на год, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

$K_{\text{зн}(i)}$ – коэффициент уровня среднемесячной заработной платы i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура (значение коэффициента для города Байконура – 1);

$K_{\text{р;зн}}^{\max}$ – максимальное значение суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР, – для расчета коэффициента дифференциации для субъектов Российской Федерации, для которых выбирается коэффициент $K_{\text{р}(i)}$, или максимальное значение коэффициента уровня среднемесячной заработной платы i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура – для расчета коэффициента дифференциации для субъектов Российской Федерации, для которых выбирается коэффициент $K_{\text{зн}(i)}$.

Коэффициент $K_{зп(i)}$ рассчитывается по формуле:

$$K_{зп(i)} = \frac{ЗП_i \times ТР_{зп}}{ЗП \times ТР_{зп}},$$

где $ЗП_i$ – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в i -м субъекте Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

$ТР_{зп}$ – темп роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы в Российской Федерации на год, на который рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, к году, предшествующему году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в соответствии с прогнозом социально-экономического развития Российской Федерации;

$ЗП$ – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на одного работника в Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

2. Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг ($K_{уд(n)}$) определяется по формуле:

$$K_{уд(n)} = K_{уд(n-1)} \times ИПЦ_n,$$

где $K_{уд(n-1)}$ – коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг на год, предшествующий году, на который рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленный федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период;

$ИПЦ_n$ – значение индекса потребительских цен на конец n -го года в соответствии с прогнозом социально-экономического развития Российской Федерации;

n – год, на который рассчитывается тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

3. Рассчитываемые в соответствии с настоящим приложением значение коэффициента дифференциации для субъекта Российской Федерации или города Байконура округляется до четвертого знака после запятой, значение коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, значения составляющих коэффициента дифференциации для субъекта Российской Федерации или города Байконура и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг округляются до третьего знака после запятой, за исключением значения коэффициента, которое округляется до первого знака после запятой.»

Статья 2

Положения Федерального закона от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа стра-

хового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, города Байконура, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, начиная с бюджетов на 2019 год и последующие годы.

Москва, Кремль
28 ноября 2018 года
№ 438-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. Путин

АО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «СОГАЗ-МЕД» ПРИНЯЛО УЧАСТИЕ В НАГРАЖДЕНИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ ТУРНИРА ПО ТХЭКВОНДО

23 ноября 2018 года, Москва



В Государственной Думе РФ прошла торжественная церемония награждения воспитанников спортивной школы г. Волгограда - победителей и участников Чемпионата и Первенства России по тхэквондо Международной федерации тхэквондо, проходивших с 14 по 18 ноября 2018 года в городе Одинцово.

Поздравление воспитанников организовала депутат Государственной Думы по избирательному округу Волжский (Волгоградская область) И.В. Гусева.

На мероприятии присутствовали депутаты Государственной Думы – выдающиеся спортсмены РФ:

- **Александр Карелин** — советский и российский спортсмен, борец классического стиля. Трехкратный победитель Олимпийских игр, девятикратный чемпион мира, многократный чемпион Европы. Заслуженный мастер спорта СССР, Герой Российской Федерации.
- **Артур Таймазов** — борец вольного стиля, олимпийский чемпион, серебряный призер Олимпийских игр 2000 года, двукратный чемпион мира, двукратный чемпион Азии, трехкратный чемпион Азиатских игр.
- **Дмитрий Пирог** — чемпион мира по версии WBO в среднем весе. Чемпион России в среднем весе. Мастер спорта международного класса по боксу.
- **Вячеслав Фетисов** — советский и российский хоккеист, заслуженный мастер спорта СССР,

заслуженный тренер России, двукратный олимпийский чемпион, семикратный чемпион мира, трехкратный обладатель Кубка Стэнли. Действительный государственный советник Российской Федерации 1 класса.

Страховую компанию АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» на мероприятии представляли заместитель Генерального директора Сергей Плехов, советник Генерального директора Людмила Романенко и исполнительный директор по организации обязательного медицинского страхования, маркетингу и развитию Людмила Зудина. Представители АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» отметили участников и победителей спортивных соревнований памятными подарками и грамотами.

Сергей Плехов пожелал всем спортсменам дальнейших успехов и побед, а также подчеркнул особую важность ведения здорового образа жизни и своев-



ременного прохождения профилактических медицинских мероприятий.

ТЕМАТИЧЕСКАЯ СЕССИЯ «СТРАХОВАНИЕ И МЕДИЦИНА» В РАМКАХ РАБОТЫ 2-ГО МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНВЕСТИЦИОННОГО ФОРУМА

29 ноября 2018 года, Конгресс-центр Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова



Участники сессии отметили рост привлекательности системы ОМС для медицинских организаций частной формы собственности. Если в 2013 году количество данных медицинских организаций составляло лишь 618, или 7% от общего числа, то в 2018 году количество медицинских организаций частной формы уже 3 013, что составляет 32% от общего числа медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Система ОМС обеспечивает равные права для

участия медицинских организаций любой формы собственности, достаточно подать уведомления в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Рост привлекательности ОМС для частного бизнеса определяет расширение рамок программы госгарантий на основе клинико-статистических групп, а система формирования тарифов с каждым годом становится все более прозрачной.

В регионах уже накоплен достаточный опыт партнерства с медицинскими организациями частной формы собственности.

Так, в Челябинской области из 180 медицинских организаций, принимающих участие в системе ОМС, 49 организаций частной формы собственности.



Директор ТФОМС Челябинской области **И.С. Михалевская** считает, что на текущий момент есть ряд задач, которые необходимо совместно решать, чтобы сделать работу частных медицинских организаций в ОМС более эффек-

тивной. По словам И.С. Михалевской, не все частные клиники охотно берутся за поликлиническое обслуживание населения. Наибольшее число частных меди-

соответствуют этим критериям, получают преимущества при распределении объемов. «Частный бизнес не всегда готов соответствовать этим критериям, в основном это монопрофильные центры, которые работают в плановой медицине и не работают с экстренными больными», — отмечает И.С. Михалевская. Однако в области есть пример успешного сотрудничества с частным инвестором. В районе новостроек, где не было никакой инфраструктуры, Медицинская Инвестиционная Группа запустила в Челябинске проект под брендом «Полимедика» (консультационно-диагностический центр и офисы участковых врачей) и сегодня оказывает помощь 52,5 тыс. прикрепленного населения в рамках ОМС, при этом не оказывая никаких платных услуг и обслуживая пациентов исключительно в рамках программы

В Челябинской области из 180 медицинских организаций, принимающих участие в системе ОМС, 49 организаций частной формы собственности. Наибольшее число частных медицинских организаций в области оказывают помощь в системе ОМС по таким профилям, как стоматология, инструментальная диагностика, дорогостоящие виды ВМП и т.п., где более высокие тарифы.

цинских организаций в области оказывают помощь в системе ОМС по таким профилям, как стоматология, инструментальная диагностика, дорогостоящие виды ВМП и т.п., где более высокие тарифы. И не все медицинские организации частной формы собственности готовы соответствовать критериям, которые позволили бы им получать более высокие объемы. Так, в Челябинской области на комиссии по распределению государственных объемов ТФОМС определил критерии распределения объемов оказания медицинской помощи между всеми организациями, выразившими свое желание принимать участие в программе госгарантий. Это возможность оказывать все виды медицинской помощи, многопрофильность - не менее 16 профилей в амбулаторно-поликлинической помощи, возможности для оказания экстренной медицинской помощи те клиники, которые

обязательного медицинского страхования. Укомплектованность кадров в «Полимедика» составляет 95%, как подчеркивает Илья Иванов, управляющий партнер Медицинской Инвестиционной Группы ООО «Полимедика Челябинск». «Мы приходим в те города, где не хватает поликлиник, и власти заинтересованы в появлении дополнительных учреждений. При этом 100% инвестиций — наши средства, бюджетных денег в этот проект не вложено».

Привлечь частную организацию к поликлиническому обслуживанию населения позволили гарантированные объемы со стороны ТФОМС и регионального Минздрава, единые подходы по формированию и ценообразованию тарифов. В свою очередь, частная компания взяла на себя обязательства в течение пяти лет выполнять все требования по работе в системе ОМС.



В Курской области из 93 медицинских организаций, работающих в системе ОМС, 35 – частные. По словам директора ТФОМС Курской области **А.В. Курцева**, первой такой организацией для

области стал региональный диализный центр, до его открытия услуги диализа оказывали всего 3 медицинских организации, где было всего 18 диализных мест и огромные очереди. На сегодня Диализный центр имеет 48 диализных мест, пациенты имеют возможность получать 3-4 сеанса диализа в неделю, а государственные клиники области оказывают диализную помощь только экстренным пациентам. С этого года в центре начал работать и дневной стационар, а в 2019 году планируется введение процедуры перитонеального диализа.

Сегодня в Курской области более 30 тыс. онкологических больных стоят на учете. В рамках

государственно-частного партнерства было заключено соглашение с «ПЭТ-Технолджи» о строительстве комплекса ПЭТ/КТ. В этом высокотехнологичном медицинском учреждении занимаются диагностикой и контролем лечения онкологических заболеваний. В 2015 году, в год открытия, в центре было проведено 1600 процедур, 2017 году – уже 2500, но расчетная потребность еще больше: 3880 услуг. Очень важно, что из тех, кто воспользовался услугами центра, 51% трудоспособного населения. Этот Центр ядерной медицины является ярким примером государственно-частного партнерства. По словам А.В. Курцева, центр сыграл немалую роль в том, что показатель смертности от онкологических заболеваний в области снизился, эта помощь для пациентов бесплатная.

Примером успешного сотрудничества государства и бизнеса стало и открытие многофункционального медицинского центра «Медассист» в г. Курске. Клиника «Медассист» оснащена по последнему сло-



В Курской области из 93 медицинских организаций, работающих в системе ОМС, 35 – частные. Первой такой организацией для области стал региональный диализный центр, до его открытия услуги диализа оказывали 3 медицинских организации, где было всего 18 диализных мест.

ву техники. В этом году в клинике в системе ОМС начал работать дневной круглосуточный стационар, и за 9 месяцев этого года в нем была оказана помощь 2,5 тыс. пациентам по 8 профилям, из которых два (хирургическая гинекология и ревматология) относятся к ВМП. С приобретением оборудования для кардиологической и урологической операционной медицинский центр «Медассист» планирует расширить перечень ВМП.

Безусловно, частные медицинские организации хотят получать прибыль от участия в системе ОМС. И для более активного вовлечения этого сектора в систему необходимо не только работать по единым правилам с государственными медицинскими организациями, частный бизнес должен быть готов принять на себя все обязательства по оказанию медицинской помощи.

УДК 614.2

МОНИТОРИНГ И УЧЕТ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ» В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИКАЗА ФОМС ОТ 30.03.2018 г. № 59

Д.В. Мочалов¹, Р.В. Щеглеватых¹, С.А. Шинкарев²



Мочалов Д.В.



Щеглеватых Р.В.



Шинкарев С.А.

¹ Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области

² ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

Реферат

В данной статье освещен опыт Липецкой области по реализации 59 приказа Федерального фонда ОМС, который вышел в марте этого года. Данный приказ предусматривал расширение полей реестра счета для случаев лечения злокачественных новообразований и подозрений на ЗНО. Задача, поставленная Федеральным фондом, лежала не только в плоскости доработки информационных систем ТФОМС, но и выстраивании четкой организации лечебно-диагностического процесса за счет получения инструментов по мониторингу процессов оказания медицинской помощи и взаимодействию со страховыми представителями 2-го и 3-го уровней.

Ключевые слова:

приказ ФОМС №59, онкология, злокачественные новообразования, мониторинг, контрольная карта, электронная медицинская карта, пациент, реестр, медицинская помощь, нарушение сроков.

Для корреспонденции

Мочалов Дмитрий Владимирович

директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области

Тел.: 8 (4742) 25-19-01,
E-mail: root@ofoms48.ru

Щеглеватых Роман Вячеславович

заместитель директора - начальник Управления информационно-аналитических технологий

Тел.: 8 (4742) 25-19-16,
E-mail: srv@ofoms48.ru

Адрес: 398059, г. Липецк, ул. Максима Горького, д.2

Шинкарев Сергей Алексеевич

главный врач ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», д.м.н.

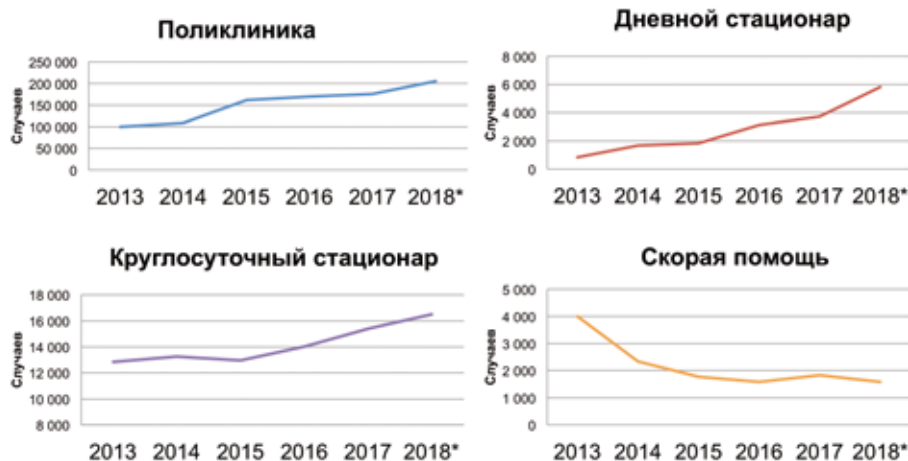
Тел.: 8 (4742) 42-50-01,
E-mail: info@guz-lud.ru

Адрес: 398005, г. Липецк, ул. Адмирала Макарова, владение 1

Липецкая область и ряд других территорий приняли участие в пилотной реализации приказа ФОМС от 30.03.2018 г. №59 с июня 2018 года. В рамках этого пилота мы столкнулись с рядом сложностей как технического, так и организационного характера, в том

числе в силу того, что с 2015 года выгрузка реестров производится из электронной медицинской карты (ЭМК). В данной статье мы бы хотели поделиться своим опытом и рассказать, что же в итоге у нас получилось.

Динамика объемов онкологической помощи по условиям оказания



В первую очередь давайте обратимся к статистике. На графиках представлена сводная информация по объемам медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями (ЗНО)

в динамике с 2013 года по Липецкой области. На графиках отчетливо видно, что объемы медицинской помощи неуклонно растут от года к году, за исключением скорой медицинской помощи.

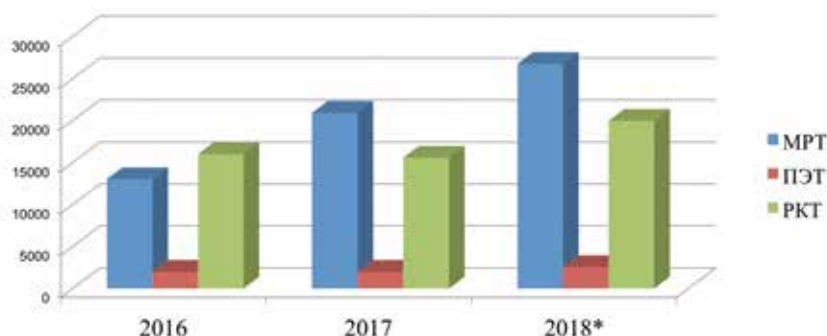
Динамика возрастной структуры населения Липецкой области



И этому есть несколько причин. Во-первых, с появлением и широким внедрением новых методов исследований, диагностика онкопатологий становится все более внимательной к деталям, и то, что ранее врачи попросту не замечали, сейчас фиксируется как ЗНО. Кроме того, за последние годы произошло заметное изменение возрастной структуры насе-

ния в сторону увеличения доли граждан старше 60 лет, и эта тенденция, которая будет продолжаться, отмечается в большинстве регионов нашей страны. Соответственно по этим двум основным причинам рост объемов медицинской помощи по онкологии не только обоснован, но и прогнозируется ускорение его темпа.

Динамика объемов диагностических исследований



А это значит, что в условиях неизбежного роста заболеваемости населения по ЗНО и с учетом тех индикаторов по смертности и продолжительности жизни, которые нам нужно достичь в ближайшие годы, согласно национальному проекту «Здравоохранение», необходимо, чтобы каждый случай лечения приносил максимальный эффект для здравоохранения. А для этого должна согласованно работать вся система онкологической службы региона, а не только каждая медицинская организация в отдельности.

Как один из инструментов достижения этих целей приказ ФОМС от 30.03.2018 г. № 59, дает возможность значительно расширить рамки учета медицинской помощи и осуществлять мониторинг по качеству работы каждого звена в цепочке органи-

заций и врачей онкологической службы. Сделать это предлагается с помощью дополнения новых полей в реестры счетов медицинских организаций. При этом структурно внесение этих сведений к случаю лечения пациента разнесено в два взаимоисключающих блока. При наблюдении пациента с подозрением на ЗНО необходимо внести сведения о направлении к онкологу или на дополнительное обследование, а при подтверждении диагноза или специализированном лечении ЗНО требуется подробная детализация о стадии заболевания, классификации по Tumor, Nodus и Metastasis (TNM), результатах диагностических исследований, противопоказаниях, типе и цикле специализированного лечения.



При этом техническая реализация данного приказа состояла из нескольких этапов и оказалась не такой простой, как это представлялось изначально. Здесь следует отметить, что в Липецкой области с 2007 года создана и продолжает развиваться единая региональная информационная система, к которой подключены все государственные и немалое количество частных медицинских организаций, а в их составе порядка 6000 пользователей, подавляющее большинство которых составляют врачи и средний медицинский персонал. Эта информационная система сегодня стала тем самым базисом, связующим звеном всего здравоохранения Липецкой области, не в последнюю очередь благодаря интеграции с информационными системами ТФОМС и реализации механизмов расчета стоимости законченного случая непосредственно из электронной карты.

На первом этапе реализации мониторинга была осуществлена доработка ЭМК в единой информационной системе. Для случаев лечения онкологии была добавлена недавно разработанная контрольная карта онкологического пациента. В Липецкой области ее заполнение происходит только в электронном виде. Это дает ряд преимуществ. Врач тратит незначительное количество времени на заполнение сведений о лечении ЗНО, даже ввиду большого разнообразия вносимых данных по каждому случаю лечения из 17

справочников. Кроме того, последовательное заполнение такой карты в электронном виде ограничивает возможные варианты и значительно снижает риск механической ошибки врача.

На втором этапе реализации проекта, после получения первых расширенных реестров, за июнь этого года, мы поняли, что для корректной работы по мониторингу ЗНО с учетом требований приказа Минздрава России от 15.11.2012 г. № 915н, необходимо внесение целого ряда дополнительных проверок на этапе медико-экономического контроля. К примеру, мы увидели логические расхождения в диагнозах и в данных контрольной карты или вообще отсутствие каких-либо сведений в силу того, что заполнение некоторых полей контрольной карты при подозрении на ЗНО является необязательным условием. Кроме того, потребовалось включение дополнительных проверок на основной реестр, например, в части соответствия основного диагноза и этапа движения пациента с подозрением или лечением ЗНО. Как правило, подобные ошибки возникали из-за сложившегося порядка применения кода МКБ к случаю лечения в разных медицинских организациях и недостаточной осведомленности каждого медицинского работника о новых требованиях.

Поэтому, помимо внесения дополнительных проверок, в июле было проведено несколько совеща-



ний, в том числе выездных, со всеми медицинскими организациями, участвующими в процессах оказания медицинской помощи пациентам с ЗНО или подозрением на него. Как результат, медицинская помощь, оказанная в следующем месяце, содержала гораздо более структурированные сведения и позволила нам получить первые данные в рамках мониторинга ЗНО, разработанного и предложенного для реализации Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

На третьем этапе мы смогли собрать сведения из реестров, опираясь на методические рекомендации по работе страховых представителей 3-го уровня, и проанализировать ситуацию. Благодаря новым блокам данных мы смогли схематически выстроить процесс движения пациента от момента выявления подозрения на ЗНО и до момента начала лечения. Исходя из норм, утвержденных законодательством, мы смогли в автоматическом режиме определять те случаи лечения пациентов, в которых были признаки нарушения прав и несоблюдения критериев качества и доступности медицинской помощи. Эти алгоритмы неоднократно были подвергнуты анализу и доработкам, но в конечном итоге сегодня это действующий запущенный механизм, который полноценно

используется страховыми представителями 3-го уровня для проведения медико-экономических экспертиз и экспертиз качества.

В совокупности перечень поводов, по которым должны проводиться тематические экспертизы качества и вестись работа с пациентами, можно определить так:

- нарушения сроков при направлении к онкологу при подозрении на ЗНО;
- нарушения сроков при проведении обследований при подозрении на ЗНО;
- нарушения сроков при подтверждении диагноза и проведении консилиума;
- нарушения сроков начала лечения и его циклов.

При использовании автоматизированной выборки данных, деятельность страховых представителей должна стать таргетной, оперативной и продуктивной, нацеленной в первую очередь на помощь человеку в его нелегкой ситуации. Таким образом, за 3 месяца пилотного внедрения этой системы было выявлено более 200 случаев нарушения сроков и порядков оказания медицинской помощи. Исходя из этого можно утверждать, что новые форматы учета оказанной медицинской помощи позволяют осу-

ществлять мониторинг пациентов с ЗНО от момента фиксации подозрения до постановки на диспансерный учет.

Тем не менее мы пошли дальше и сегодня поставили перед собой цель – реализовать в единой информационной системе профильный модуль для всей онкологической службы. Разработка этой программы начата с мая этого года. Ее функционал построен на принципах онлайн-работы врача в электронной медицинской карте и использования результатов обследований и анализов из лабораторных информационных систем. Такая система позволяет координировать в автоматизированном режиме маршрутизацию пациента, исключать излишние «хождения» граждан по врачам и осуществлять с ними обратную связь. В данный модуль будут заложены клинические протоколы и рекомендации по ведению пациентов с ЗНО и встроенные критерии качества оказанной медицинской помощи. Это даст врачу удобный инструмент поддержки при принятии решения, а на уровне области позволит оперативно оценивать ситуацию и принимать управленческие решения.

Результатом внедрения данной подсистемы в совокупности с мониторингом по приказу ФОМС от 30.03.2018 г. № 59 должно стать увеличение доли

граждан с ранней выявляемостью ЗНО, значительное ускорение проведения необходимых обследований и анализов, в том числе при подозрении на онкологию, контроль за проведением корректного и своевременного специализированного лечения и как итог – увеличение продолжительности жизни наших граждан и снижение показателей смертности от онкологии.

Литература

1. *Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»*
2. *Приказ ФОМС от 30.03.2018 г. № 59 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79»*
3. *Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»*
4. *Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»*

УДК 614.2

МЕРОПРИЯТИЯ В СФЕРЕ ОМС, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, В ЧАСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИКАЗОВ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 04.06.2018 г. № 104 И ОТ 05.06.2018 г. № 107

Т.В. Самарина, А.В. Пайль, И.А. Скрябина



Самарина Т.В.



Пайль А.В.



Скрябина И.А.

ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Ключевые слова:

демографическая политика, состояние здоровья населения, повышение продолжительности жизни, снижение уровня смертности, Координационный совет по организации защиты прав застрахованных при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

Реферат

Актуальность данной проблемы очевидна тем что, дальнейшее развитие России как жизнеспособного общества и государства невозможно без выработки и реализации стратегического и государственного плана преодоления демографического кризиса на основе комплексного решения вопросов семьи и рождаемости, здоровья и продолжительности жизни. Учитывая, что процесс депопуляции усилился из-за негативных изменений возрастного состава населения, сокращения численности населения репродуктивного возраста, увеличения доли пожилых людей, снижения роста рождаемости, в настоящее время требуется переход к масштабным, активным и финансово обеспеченным действиям, которые реально позволят изменить и контролировать демографическую ситуацию.

Для корреспонденции:

Самарина Татьяна Васильевна

*представитель ФОМС в Южном федеральном округе,
директор Государственного учреждения «Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования Волгоградской области»*

Тел.: 8 (8442) 53-27-27,
E-mail: general@volgafoms.ru

Пайль Анна Владимировна

*заместитель директора по организации системы ОМС Государственного
учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхо-
вания Волгоградской области»*

Тел.: 8 (8442) 53-27-27,
E-mail: general@volgafoms.ru

Скрябина Инна Анатольевна

*начальник отдела по защите прав застрахованных Государственного
учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхо-
вания Волгоградской области»*

Тел.: 8 (8442) 53-27-43,
E-mail: ISkryabina@volgafoms.ru

Демографические проблемы неразрывно связаны с состоянием здоровья населения. В связи с этим система здравоохранения в Российской Федерации является одним из важнейших вопросов социальной политики государства. Какие бы преобразования в социальной или экономической сферах не происходили, все они отражаются на жизни как населения в целом, так и каждого человека в частности. Критерием оценки жизненного уровня населения можно считать его заболеваемость и, как следствие, уровень смертности. Демографическая политика Российской Федерации направлена на увеличение продолжительности жизни, роста рождаемости, сокращение уровня смертности, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Решение задачи по сокращению уровня смертности населения граждан всех возрастных групп и детей включает в себя, прежде всего, сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы, улучшение материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний. Данные задачи находятся на постоянном контроле у руководителя Министерства здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой и Президента Российской Федерации В.В. Путина.

Контроль за показателями летальности, заболеваемости всегда находится в поле зрения Председателя Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко. Так, в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования проводится экспертиза качества оказания медицинской помощи застрахованным лицам, при этом оцениваются показатели

деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности: больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения и других показателей.

Для улучшения показателей демографии в России Федеральным фондом ОМС проводится комплекс мероприятий, направленных на реализацию указанных задач. Одним из таких мероприятий является реализация территориальными фондами ОМС субъектов Российской Федерации приказов ФОМС от 04.06.2018 г. № 104 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о случаях оказания медицинской помощи и результатах экспертизы качества медицинской помощи» (далее – Приказ № 104) и от 05.06.2018 г. № 107 «О внесении изменений в Положение о координационном совете по организации защиты прав застрахованных при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденное приказом ФОМС от 03.04.2013 г. № 76» (далее – Приказ № 107).

Рассмотрим структуру отчетности, утвержденную Приказом № 104.

В первых трех *таблицах* предоставляется информация о количестве случаев смертности (летальности) застрахованных лиц по данным счетов ОМС по трем возрастным группам – от 18 до 60 лет, от 61 года и старше, от 1 года до 18 лет; по видам медицинской помощи и по отдельным заболеваниям; по следующим группам у взрослых: болезни системы кровообращения, новообразования, болезни нервной системы, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения; у детей – болезни органов дыхания, кишечные инфекции.

В четвертой и пятой *таблицах* представляются данные по заболеваемости у лиц трудоспособного возраста – от 18 до 60 лет, от 61 года и старше по видам медицинской помощи и по отдельным группам заболеваний.

В следующих трех *таблицах* отражаются результаты целевой экспертизы качества медицинской помощи в разрезе возрастов, по случаям, отраженным в первых трех *таблицах*. В девятой и десятой *таблицах* отражаются результаты плановой (тематической) экспертизы качества медицинской помощи, по случаям, отраженным в *таблицах № 4, 5*.

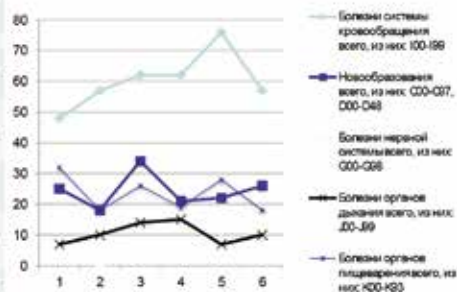
В целях исполнения Приказа № 104 на территории Волгоградской области был издан приказ ТФОМС Волгоградской области от 17.07.2018 г. № 419 «Об исполнении приказа Федерального фонда ОМС от 04.06.2018 № 104 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о случаях оказания медицинской помощи и результатах экспертизы качества медицинской помощи». Этим приказом назначены ответственные лица за разработку программного обеспечения по автоматическому формированию отчета и его предоставлению в ФОМС, а также проведение автоматизированной выборки по нозологическим формам для проведения анализа и определения медицинских организаций с ростом госпитализаций (обращений) свыше 10% по отношению к предыдущему месяцу и аналогичному периоду предыдущего года для дальнейшей работы с полученными данными.

После получения информации проводится анализ, который отражается в одной возрастной категории «лица трудоспособного возраста» (от 18 до 60 лет). При анализе объемов страховых случаев с летальными исходами в разрезе нозологических форм за 1 полугодие 2018 года среди лиц трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) выявлено следующее:

- всего в 1 полугодии в счетах ОМС выставлено 737 страховых случаев с летальными исходами, что в пересчете на месяц составило в среднем 123 страховых случая;
- на первом месте и со значительным отрывом среди причин смертности лиц трудоспособного возраста в Волгоградской области стоят болезни системы кровообращения. Всего за 1 полугодие в счетах выставлено таких летальных исходов 362 случая, что в среднем составило 60 в месяц;
- на втором и третьем местах среди причин смертности – новообразования и болезни органов пищеварения, от которых в среднем умирает 24 человека в месяц;
- самое низкое количество случаев с летальными исходами в счетах зарегистрировано у лиц с болезнями нервной системы – в среднем всего 4 страховых случая в месяц.

Динамика летальности лиц трудоспособного возраста от 18 до 60 лет
(по данным Таб. 1)

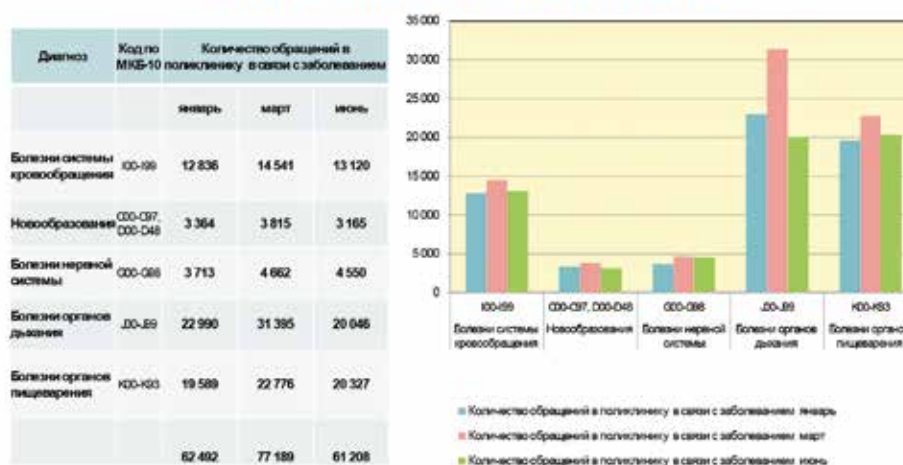
Заболевание, лежащее в основе причиненной смерти	Код по МКБ-10	январь	февраль	март	апрель	май	июнь
Болезни системы кровообращения всего, из них:	I00-I99	48	57	62	62	76	57
Новообразования всего, из них:	C00-C97, C00-C49	25	18	34	21	22	26
Болезни нервной системы всего, из них:	G00-G98	4	1	4	4	9	3
Болезни органов дыхания всего, из них:	J00-J99	7	10	14	15	7	10
Болезни органов пищеварения всего, из них:	K00-K93	32	18	26	19	28	18
		116	104	140	121	142	114



Также был проведен анализ динамики заболеваемости застрахованных лиц трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) по количеству обращений в поликлинику в январе – марте-июне 2018 г. (по данным

табл. 4) Приказа № 104. При этом для примера была проанализирована информация по одному из кварталных месяцев (январь, март, июнь).

Динамика заболеваемости застрахованных лиц трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) по количеству обращений в поликлинику (в январе-марте-июне 2018г.) (по данным Таб. 4)



Среди основных причин обращений пациентов в поликлинику можно выделить болезни органов дыхания (37% от общего количества зарегистрированных случаев за январь, март и июнь 2018 года), болезни органов пищеварения – 31,2% и болезни системы кровообращения – 20,2% соответственно. Заболеваемость по другим нозологическим формам (вместе взятым) составила чуть более 11%.

Анализируя данные счетов ОМС в разрезе общего количества обращений в амбулаторно-поликлиническую службу в связи с заболеванием за три месяца можно сказать, что в марте 2018 года выявлен рост обращаемости в поликлиники среди данной возрастной категории.

Отмечается значительное преобладание обращений в поликлинику лиц с заболеваниями органов дыхания. Так, в марте количество обращений в поликлинику с диагнозами данной группы возросло на

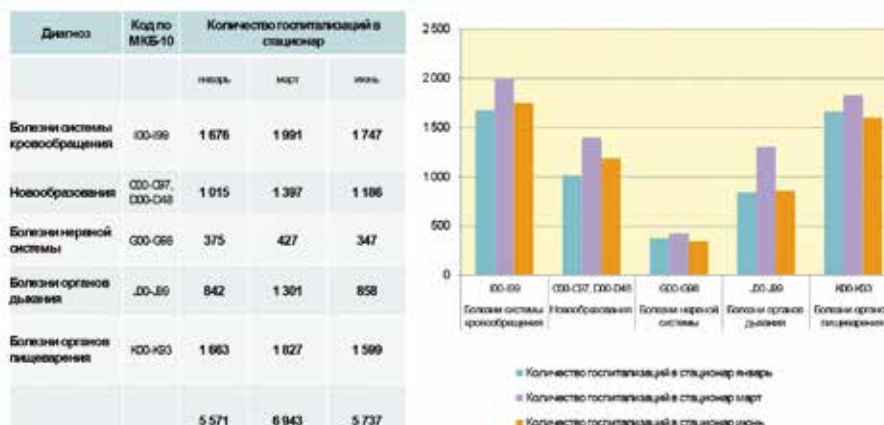
37% по сравнению с январем. Затем, в июне отмечен спад заболеваемости на 36%.

Аналогичная ситуация прослеживается по всем нозологическим группам, но с более низкой амплитудой: рост заболеваемости при болезнях нервной системы составил 25,5%, при болезнях ЖКТ – 16,2%, а при сердечно-сосудистой патологии и при новообразованиях – 13%.

Проведенные анализы являются поводами для экспертизы и выявления причин роста обращений (госпитализаций), которые были переданы в СМО.

Анализ динамики заболеваемости застрахованных лиц трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) по количеству госпитализаций в январе – март – июне 2018 года (по данным *табл. 4*) Приказа № 104 показал следующее.

**Динамика заболеваемости застрахованных лиц трудоспособного возраста
(от 18 до 60 лет) по количеству госпитализаций в стационар
(в январе-марте-июне 2018 г.) (по данным Таб. 4)**



Среди основных причин госпитализации пациентов в круглосуточный стационар в январе, марте и июне 2018 года на первом месте стоят болезни системы кровообращения (29,7% от общего количества зарегистрированных случаев), на втором месте – болезни органов пищеварения – 27,8%, на третьем – новообразования – 19,7%. Лидировавшие в поликлинике болезни органов дыхания в стационарных условиях стоят только на 4 месте (16%). Анализируя данные счетов ОМС в разрезе общего количества госпитализаций за три месяца, также отмечен рост количества страховых случаев по всем нозологическим формам в марте 2018 года. Как и в случаях обращений в поликлинику при болезнях органов дыхания отмечен самый высокий рост госпитализаций в марте по сравнению с январем – более 50%. Рост госпитализаций при новообразованиях в марте составил 37,6%, тогда как при болезнях нервной системы сезонный рост госпитализаций в марте составил только 13,8%. В июне общее количество госпитализаций по всем нозологическим формам снизилось на 17,4% по сравнению с мартом.

Анализ динамики заболеваемости застрахованных лиц трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) по количеству случаев лечения в дневном стационаре также по 1 месяцу из квартала (январе – марте – июне 2018 года. (по данным табл. 4) показал следующее.

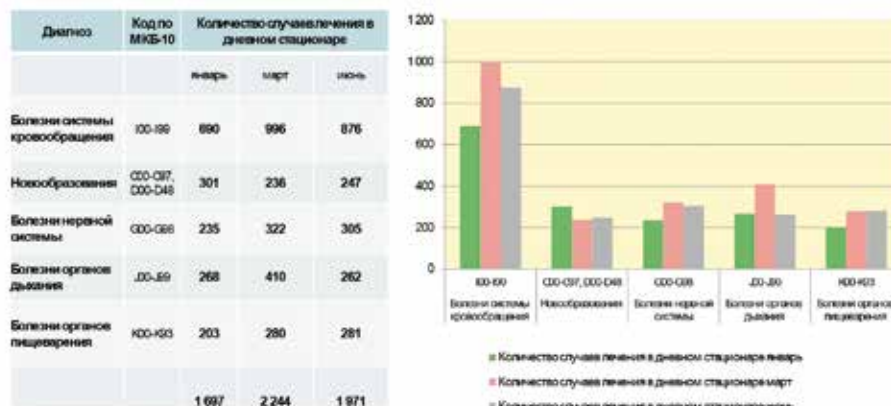
Среди основных причин госпитализации паци-

ентов в стационар дневного пребывания в январе, марте и июне 2018 года на первом месте стоят болезни системы кровообращения (43,3% от общего количества зарегистрированных случаев).

Анализируя данные счетов ОМС в разрезе общего количества госпитализаций за три месяца, рост количества страховых случаев в марте 2018 года отмечен при болезнях органов дыхания на 53%, при болезнях системы кровообращения – на 44%, при болезнях ЖКТ и нервной системы – на 38% и 37% соответственно. Тогда как при новообразованиях количество госпитализаций в дневной стационар в марте сократилось на 21,6%, а в июне, несмотря на незначительный рост количества случаев (4,6%), так и не достигло уровня показателей января. В июне общее количество госпитализаций по всем нозологическим формам снизилось на 12,2% по сравнению с мартом, но осталось выше, чем в январе на 16%.

ТФОМС Волгоградской области были проанализированы результаты целевых экспертиз качества оказания медицинской помощи, проведенных страховыми медицинскими организациями по случаям с летальными исходами. Следует отметить, что в настоящее время эксперты качества медицинской помощи страховых медицинских организаций стремятся привести количество целевых ЭКМП по летальным случаям к 100% результату. Так, на-

Динамика заболеваемости застрахованных лиц трудоспособного возраста от 18 до 60 лет по количеству случаев лечения в дневном стационаре (в январе-марте-июне 2018 г.) (по данным Таб. 4)



пример, по случаям января – марта целевая ЭКМП проведена по всем летальным случаям, в апреле процент выполнения плана составил – 97,5%, в мае – 94,6%, что объясняется объективными причинами – отправкой первичной медицинской документации в ПАБ, судебные органы или прокуратуру.

С целью 100% проведения ЭКМП на заседании Координационного совета по организации защиты прав застрахованных при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области (далее – Координационный совет) обсуждался вопрос своевременности предоставления медицинскими организациями первичной медицинской документации для проведения экспертных мероприятий. По решению Координационного совета в адрес медицинских организаций было направлено письмо о необходимости копирования первичной медицинской документации перед передачей подлинника в судебные органы или прокуратуру.

Дополнительно был рассмотрен вопрос о максимальных сроках нахождения первичной медицинской документации в патологоанатомическом бюро. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскры-

тий» через 30 суток после констатации биологической смерти человека документация в ПАБ должна быть оформлена и передана в медицинскую организацию. При этом принято следующее решение: при непредставлении медицинскими организациями документации по причине ее нахождения после максимальных сроков в ПАБ, ТФОМС Волгоградской области по данным страховых медицинских организаций передает информацию в Комитет здравоохранения Волгоградской области для принятия соответствующих решений.

При реализации Приказа № 104 осуществляется следующее межведомственное взаимодействие: ТФОМС отправляет отчетность в Федеральный фонд ОМС. ТФОМС анализирует данные отчета по Приказу № 104, выявляет медицинские организации с ростом госпитализаций (или обращений за медицинской помощью в поликлинику, за скорой медицинской помощью) на 10% по отношению к предыдущему месяцу и аналогичному периоду прошлого года, поручает проведение тематической экспертизы качества медицинской помощи по данной нозологической форме страховой медицинской организации. СМО проводят экспертизу качества медицинской помощи по указанным поручениям, результаты которых отражаются в таблицах 9, 10 отчета.

При выявлении нарушений по невыполнению, несвоевременному или ненадлежащему выполнению необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, приведших к летальному исходу (код 3.2.5), нарушений по вине медицинской организации, преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлине-

нию сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица (код 3.6), наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории, наличия дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи (код 3.14) ТФОМС передает информацию в Комитет здравоохранения Волгоградской области, а также в территориальный орган Росздравнадзора по



Волгоградской области, при необходимости в Администрацию Волгоградской области.

Кроме того, результаты контрольных мероприятий рассматриваются ежемесячно на заседании Координационного совета.

В целях последующего совершенствования системы обязательного медицинского страхования, обеспечения защиты прав застрахованных лиц, для улучшения показаний демографической политики приказом ФОМС № 107 был изменен порядок работы Координационного совета. Периодичность заседаний Координационного совета стала ежемесячной. Состав Координационного совета был утвержден

постановлением Администрации Волгоградской области от 28.03.2016 125-п. В его состав входят представители Комитета здравоохранения Волгоградской области, ТФОМС Волгоградской области, двух страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, страхователей, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Волгоградской области.

На заседаниях, кроме информации территориального фонда обязательного медицинского страхования ОМС, заслушивается информация страховых медицинских организаций, медицинских организаций и территориального органа Федеральной службы



Заседание Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в Волгоградской области

по надзору в сфере здравоохранения. Выявленные проблемы рассматриваются с детальным разбором по каждой медицинской организации, с обязательным приглашением на заседание главного врача медицинской организации.

Решения Координационного совета носят обязательный характер для участников обязательного медицинского страхования в субъекте. ТФОМС направляет информацию в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, другие органы и учреждения для исполнения и контроля.

В заключение хочется отметить, что в результате реализации Приказов ФОМС № 104 и 107 выстроилась логическая цепочка нашей работы, направленная на снижение заболеваемости и смертности:

- заполнение отчетности;
- анализ полученной информации;
- рассмотрение вопросов на Координационном

совете с приглашением главных врачей на заседания;

- информирование СМО, медицинских организаций, Комитета здравоохранения Волгоградской области, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;
- рассмотрение вопросов на заседаниях Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Волгоградской области;
- привлечение средств нормированного страхового запаса;
- принятие управленческих решений.

Очень надеемся, что тесное межведомственное взаимодействие и принимаемые меры позволят улучшить демографические показатели в Волгоградской области.

УДК 614.2

СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТРАХОВЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ НА ПРИМЕРЕ СИСТЕМЫ ОМС ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

Т.Ю. Гроздова



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования города
Севастополя

Реферат

В статье проведен анализ деятельности страховых представителей третьего уровня по сопровождению пациента на всех этапах лечения, проведение экспертиз качества оказанной медицинской помощи, социологических опросов населения, индивидуальное информирование застрахованных о проведении диспансеризации, проведение очной экспертизы для индивидуального коллегиального решения о выборе тактики лечения пациента и сопровождению пациента во время диспансерного наблюдения, формирование персонифицированного сопровождения каждого застрахованного страховыми представителями страховых медицинских компаний.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, страховые представители, ТФОМС города Севастополя.

Для корреспонденции

Гроздова Татьяна Юрьевна

директор Территориального фонда ОМС города Севастополя, д.м.н.

Адрес: 299053, г. Севастополь, Фиолентовское шоссе, 1/1

Тел.: 8 (8692) 53-70-61,
8 (8692) 53-70-65,
8 (8692) 53-70-24
Факс: 8 (8692) 53-70-65 доб. 270
E-mail: general@sevtfoms.ru

Совершенствование системы обязательного медицинского страхования, формирование пациентоориентированного здравоохранения, в основе которого положен принцип удовлетворения пациентов по всем аспектами оказания медицинской помощи, начиная с качества диагностики и лечения, профессионализма врачей и заканчивая созданием комфортной среды в больнице или поликлиники, сегодня стало реальностью. Основными направлениями построения пациентоориентированной модели здравоохранения стало формирование персонализированного сопровождения каждого застрахованного страховыми представителями страховых медицинских компаний.

Создание единой системы требований, общих принципов персонализированного сопровождения и четкая организация работы территориальных фондов ОМС и СМО по защите прав пациентов положены Федеральным фондом ОМС при формировании института страховых представителей.

Создание института страховых представителей в городе федерального значения Севастополе начато, как и во всей стране, поэтапно с 2016 года в рамках исполнения поручений Президента Российской Федерации о создании пациентоориентированной модели здравоохранения. В 2016 году начал работу единый контакт-центр в ТФОМС города Севастополя и в двух работающих в системе ОМС страховых медицинских организациях. Страховыми представителями первого уровня начата информационная поддержка застрахованных лиц. С 2017 года работой с обращениями и жалобами застрахованных занимаются страховые представители второго уровня. Эксперты этого уровня контролируют объемы медицинской помощи и госпитализацию в медицинские организации в плановом порядке, проводят консультации по

всем вопросам при оказании медицинской помощи в системе ОМС (табл. 1).

С 2018 года в системе ОМС города Севастополя начали работу страховые представители третьего уровня. Это квалифицированные специалисты, эксперты качества медицинской помощи, работающие в страховых медицинских организациях. Основное направление работы страховых представителей третьего уровня – это сопровождение пациента на всех этапах лечения и обеспечение во время лечения качества оказания медицинской помощи, проведение экспертиз качества оказанной медицинской помощи, социологических опросов

Таблица 1

Структура страховых представителей в соответствии с функциональными обязанностями

Страховой представитель	Численность	Нагрузка на страховых представителей	Показатель нагрузки (РФ)
Первого уровня	7	60,5	42,2
Второго уровня	9	47,0	35,0
Третьего уровня	5	84,7	115,2
Всего	21	20,1	-

населения, контрольные мероприятия за проведением диспансерного наблюдения, индивидуальное информирование застрахованных о проведении диспансеризации.

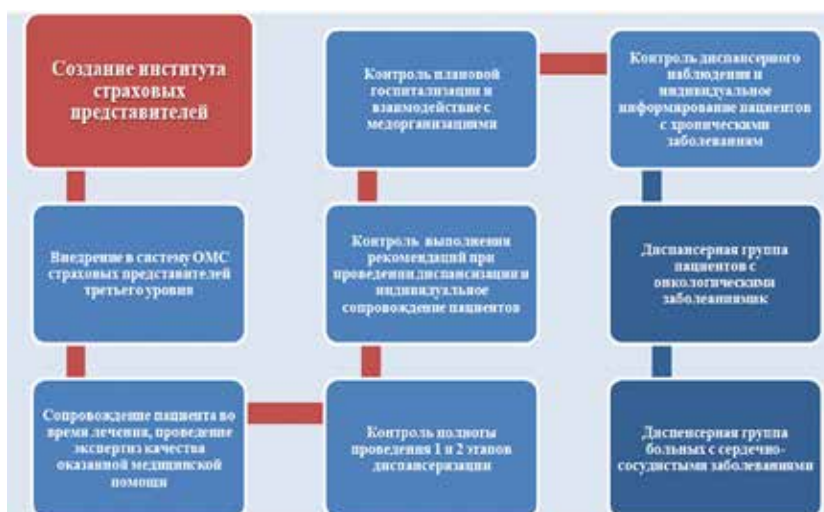


Схема 1. Создание института страховых представителей

Сопровождение пациента во время диспансерного наблюдения проводится по стандартной схеме

- группа диспансерных больных;
- индивидуальное информирование о сроках проведения осмотров;
- экспертиза качества оказания медицинской помощи;
- взаимодействие с медицинскими организациями;
- контроль сроков госпитализации, обследования, лечения;
- индивидуальное информирование пациента.

В работу страховых представителей третьего уровня внедрено дополнительное проведение очной экспертизы для индивидуального коллегиального решения о выборе тактики лечения пациента и диспансерного наблюдения.



Схема 2. Индивидуальное сопровождение пациентов страховыми представителями третьего уровня

В первую очередь ТФОМС города Севастополя совместно с Департаментом здравоохранения Севастополя определили наиболее значимые направления работы страховых представителей третьего уровня: сопровождение пациентов двух диспансерных групп: с онкологическими заболеваниями и с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

На протяжении последних лет показатель смертности от злокачественных новообразований в городе Севастополе остается высоким. Из 1087 умерших, 227 человек (21%, каждый пятый) не наблюдались в онкологическом диспансере, т.е. не пришли на прием к врачу-онкологу. В среднем по России из умерших от ЗНО не состоят на учете 10 человек на 100 умерших. В Севастополе этот показатель в 2017

году увеличился в 2 раза (2016 – 10,4 на 100 умерших) и составил 21 на 100 умерших, т.е. в два раза больше, чем в среднем по РФ (табл. 2).

Нововведением в работе страховых представителей третьего уровня стала система информирования застрахованных лиц, впервые взятых на учет с злокачественными новообразованиями о возможности их сопровождения на всех этапах получения медицинской помощи, необходимости своевременного диспансерного наблюдения и сроках его проведения, сроках проведения химиотерапии, плановых госпитализаций. Введено информированное согласие пациента на сопровождение его лечения и наблюдения в медицинской организации страховым представителем третьего уровня.

В режиме экспертного контроля качества оказания медицинской помощи страховыми представителями третьего уровня проводятся тематические экспертизы. За первое полугодие 2018 года выполнены тематические ЭКМП по 608 (100%) случаям оказания медпомощи больным онкологическими заболеваниями, сопровождающимися болевым синдромом (табл. 3).

Таблица 2

Организация работы страховых представителей с застрахованными лицами, страдающими злокачественными новообразованиями

Период	Первично взяты на учет по данным канцер-регистра	Индивидуальное информирование	Взяты на сопровождение
2016 год	1537	-	-
2017 год	1413	-	-
На 01.01.2018 года	1125	-	-
Январь-март	195	18	-
- апрель	81	14	2
- май	69	12	6
- июнь	68	17	4
- июль	65	16	1
Всего январь-июнь	478	77	13

Таблица 3

**Результаты тематических экспертиз качества при оказании медицинской помощи
больным онкологическими заболеваниями, сопровождающимися болевым синдромом**

Виды медицинской помощи	Количество случаев обращения
Стационарная (круглосуточная, дневной стационар) помощь	3480
Амбулаторно-поликлиническая помощь	18 589
Скорая медицинская помощь	591
Всего	22 660

Нарушения выявлены в 478 случаях (78,6%), в том числе:

- не выполнены, несвоевременно или ненадлежаще выполнены необходимые пациенту диагностические и (или) лечебные мероприятия, которые привели к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создали риск прогрессирования имеющегося заболевания – 105 случаев (17,3%);
- не назначены, несвоевременно назначены наркотические, сильнодействующие лекарственные препараты – 29 случаев (4,8% от всех экспертиз);
- несвоевременно проведена выписка наркотических, сильнодействующих лекарственных препаратов – 13 случаев (2,1%);
- выполнены непоказанные, неоправданные с клинической точки зрения, не регламентированные порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) мероприятия, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица – 11 случаев (1,8%).

ТФОМС города Севастополя организована система контроля за выполнением медицинскими организациями мероприятий по результатам тематических экспертиз. В рамках данной системы происходит взаимодействие страховых представителей с медицинскими организациями, проводятся совместные разборы выявленных нарушений с проведением анализа допущенных дефектов и путей их устранения. Контроль выполнения рекомендаций, определенных в ходе экспертных мероприятий, проводится на рабочих совещаниях в ТФОМС, на Координационном совете по защите прав застрахо-

ванных в системе ОМС при Правительстве города Севастополя. Примером таких решений может стать следующее.

Решение рабочего совещания ТФОМС города Севастополя

1. Продолжить мониторинг случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам с ЗНО в медицинских организациях путем проведения тематической экспертизы качества медицинской помощи.
2. Требовать неукоснительного выполнения стандартов, порядков и клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи пациентам с ЗНО на всех этапах оказания им медицинской помощи.
3. При проведении тематических экспертиз качества медицинской помощи пациентам с ЗНО оценку проводить на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи.
4. Обеспечить индивидуальное сопровождение пациентов с болевым синдромом.
5. Анализ результатов экспертных мероприятий ежемесячно направлять в Департамент здравоохранения города Севастополя для ознакомления и принятия управленческих решений.

Важным этапом в работе страховых представителей третьего уровня стало сопровождение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при проведении диспансерного наблюдения. За период 2018 года показатель смертности на 100 тыс. населения города Севастополя составил – 790,47 (РФ-618,9). Самую значимую долю 85,77% в структуре смертности от болезней системы кровообращения в настоящее время занимают летальные исходы пациентов с заболеваниями ишемической болезни сердца (49,33%)

389,97 на 100 000 населения и с цереброваскулярными болезнями (36,44%) – 288,05 на 100 000 населения. В то же время показатель смертности трудоспособных от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения трудоспособного возраста составил 171,79 (или 172 человека), что выше, чем в 2017 году (155,31 или 152 человека). За 6 месяцев 2018 года медицинскими организациями Севастополя взят на диспансерный учет 5461 пациент с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Страховыми представителями проинформировано 100% (5461 пациент) о необходимости диспансерного наблюдения.

ТФОМС города Севастополя разработал совместно с Департаментом здравоохранения Севастополя систему сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в режиме планового наблюдения и экстренных мероприятий.



Схема 3. Система сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при плановом диспансерном наблюдении

В актуальном режиме проводится формирование диспансерной группы пациентов с проведением контрольных ЭКГ-исследований и последующим дифференцированным разделением диспансерной группы по этапам оказания медицинской помощи. Всего обследовано 17 648 пациентов диспансерной группы, составлен архив ЭКГ-исследований больных диспансерной группы сердечно-сосудистой патологии. Для планового сопровождения страховыми представителями третьего уровня пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями выделены категории больных, подлежащих в первую очередь индивидуальному сопровождению:

- перенесших инфаркт миокарда;
- с артериальной гипертензией 2 - 3 степени;

рефрактерной к лечению;

- после оказания ВМП;
- после лечения в стационарных условиях больных по поводу жизнеугрожающих форм нарушений сердечного ритма и проводимости;
- с пороками сердца и крупных сосудов;
- перенесших инфекционный эндокардит;
- перенесших тромбоэмболию легочной артерии;
- с хронической сердечной недостаточностью IV ф. класса;
- с III - IV функциональным классом стенокардии в трудоспособном возрасте;
- с первичной легочной гипертензией.

Организация работы единой информационной системы функциональной ЭКГ-диагностики объединила все рабочие места, где установлена ЭКГ-аппаратура для мониторинга через интернет-подключение,

что обеспечило получение результатов обследования. При выявлении острых патологических состояний информация становится доступной не только врачу-кардиологу, но и внештатному кардиологу, страховому представителю и в ТФОМС. Наличие online-интерпретации ЭКГ дает возможность построения протокола исследования ЭКГ и заключения по результатам ЭКГ-исследования, передачи протокола и заключения по результатам ЭКГ-исследования, сохранение протокола исследования

ЭКГ в МИС или в электронной истории болезни.

Также в экстренном порядке решить вопрос с госпитализацией и определить маршрутизацию пациента по оказанию медицинской помощи: консультативный прием 2-3 уровня, дневной стационар, круглосуточный стационар.

Система функциональной ЭКГ-диагностики в реальном режиме установлена в шести государственных бюджетных учреждениях здравоохранения города Севастополя в 2016 году и начала функционирование в рабочем режиме с 2017 года. По результатам мониторинга в амбулаторных условиях впервые у 21 пациента зарегистрированы случаи мерцательных аритмий, пациенты направлены на госпитализацию в экстренном порядке. За отчетный период выявлено



Схема 4. Система сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при экстренных ситуациях

на амбулаторном приеме и направлено на экстренную госпитализацию 44 пациента с острым коронарным синдромом с подъемом интервала ST.

Единая региональная система функциональной диагностики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы функционирует с удаленного подключения пользователя (через интернет) к единой базе данных. В базе данных выбирается пациент, затем снятая при помощи электрокардиографа ЭКГ передается на компьютер и сохраняется в базе данных, в течение нескольких минут проводится автоматическая обработка и становится доступной пользователю. Всем пользователям Системы доступны (в пределах выделенных прав доступа) кардиограммы пациентов для просмотра и сравнения с предыдущими ЭКГ.

Перспективами развития данного направления наблюдения за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при участии страховых представителей третьего уровня являются:

- организация работы единого центра мониторинга экстренных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
- организация работы единого консультативно-диагностического центра для проведения консультаций кардиологов в зависимости от уровня;
- организация работы в актуализированном регистре больных сердечно-сосудистыми заболеваниями с сопровождением пациентов страховыми представителями;

- проведение контрольных мероприятий по организации тематических экспертиз качества оказания медицинской помощи;
- интеграция единой региональной информационной системы ЭКГ-мониторинга с реестром медицинских услуг, представляемых к оплате в системе ОМС.

С целью контроля за качеством оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в режиме тематической экспертизы проведено 166 экспертиз качества оказания медицинской помощи, по результатам

которой выявлено невыполнение необходимых исследований (реаниматологом назначены, но не выполнены обязательные исследования: коагулограмма, ОАК; не определены уровень тропонинов, Д-димера, концентрация водных ионов (рН) крови т.д.), не всем пациентам выполнено ЭКГ исследование в течение 10 минут от момента поступления в стационар, отсутствует описание ЭКГ, в ряде случаев временной интервал повторного ЭКГ более 30 минут после окончания вмешательства (при ЧКВ), в ряде случаев имел место несвоевременный перевод в ОРИТ. Также выявлены нарушения при постановке диагноза (в диагнозе нет указания на сахарный диабет, последствия перенесенного ОНМК).

Все результаты рассматриваются на совещаниях в медицинских организациях и на рабочих совещаниях в ТФОМС. Проведена комплексная оценка выявленных нарушений:

- при проведении целевой экспертизы качества летальных случаев дефекты выявлены в 82% случаев. Все нарушения заключались в невыполнении сроков и объема проведения лечебных и диагностических мероприятий, регламентированных приказом Министерства здравоохранения России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- при проведении тематической экспертизы нарушения выявлены в 93% случаев, основные

нарушения заключались в невыполнении сроков и объема проведения лечебных и диагностических мероприятий, регламентированных приказом Министерства здравоохранения России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», а также имеет место одна непрофильная госпитализация, необоснованная лекарственная терапия.

ТФОМС и СМО была направлена в Департамент здравоохранения города Севастополя информация по результатам проведенных экспертных мероприятий для проведения клинических разборов и принятия управленческих решений. ТФОМС совместно со страховыми медицинскими организациями проведены рабочие совещания по результатам ЭКМП по случаям проведения реваскуляризации миокарда (ЧКВ, тромболизис) пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST, поступившим в Региональный сосудистый центр, в терапевтическом окне (до 12 часов) с приглашением на совещание медицинских организаций и представителей Департамента здравоохранения, главных внештатных специалистов.

Новым направлением работы института страховых представителей стало внедрение «бережливых» технологий в первичной медико-санитарной помощи, направленное на построение пациентоориентированной модели здравоохранения. Страховые представители третьего уровня приняли участие в пилотном проекте «Бережливая поликлиника».

За период 2018 года страховыми представителями направлено оповещений в виде звонков на телефоны, СМС-уведомлений 41 799 застрахованным лицам. По результатам оповещения застрахованных граждан о необходимости прохождения диспансеризации количество начавших прохождение диспансеризации 21 805 человек (52%), прошедших первый этап диспансеризации из числа оповещенных – 17 255, что составляет 41,3% от количества оповещенных. Из них направлено на второй этап 11 134 пациента (64,5% от завершивших первый этап). Страховыми представителями продолжено оповещение застрахованных лиц о необходимости диспансерного наблюдения по результатам диспансеризации и направлено дополнительно 7 585 уве-

домлений застрахованным лицам о необходимости диспансерного наблюдения.

В рамках своих функциональных обязанностей страховые представители третьего уровня ведут прием застрахованных лиц (их представителей), рассматривают обращения указанных лиц, консультируют и предоставляют им информационные материалы о правах застрахованных лиц в сфере ОМС. Также проводится контроль доступности, предоставляемой согласно территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам бесплатной медпомощи в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Оказывают содействие застрахованному лицу или его представителю в составлении письменного обращения, которое подлежит регистрации, учету и рассмотрению в установленном порядке.

Для приближения страховых представителей непосредственно к пациентам рабочие места организованы во всех поликлиниках, что позволило выполнять функции по сопровождению застрахованных:

- помогают пациентам при прохождении диспансеризации и профилактических осмотров;
- объясняют, консультируют, обеспечивают защиту прав при получении медицинской помощи в рамках ОМС;
- контролируют время ожидания проведения обследований, обеспечение лекарственными средствами при прохождении лечения.

Взаимодействие с представителями медицинской организации по вопросам обеспечения прав застрахованных лиц в сфере ОМС обеспечивает в оперативном режиме устранение нарушений указанных прав, получения необходимой для осуществления консультирования и оперативного решения вопросов обеспечения доступности застрахованным лицам медицинской помощи по ОМС информации.

Страховыми представителями третьего уровня проводится изучение удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями, доступностью и качеством предоставляемой по ОМС медицинской помощи при проведении социологического опроса (табл. 4).

Таблица 4

**Результаты социологических опросов в медицинских организациях,
участвующих в проекте «Бережливая поликлиника»**

Количество проведенных опросов	Количество опрошенных	Уровень удовлетворенности застрахованных лиц организацией медицинской помощи в медицинской организации		Уровень удовлетворенности застрахованных лиц в рамках прохождения диспансеризации	
		на дату начала проекта	по состоянию на 31.07.2018	на дату начала проекта	по состоянию на 31.07.2018
204	8428	40,5%	73,9%	31,8%	64%

Таблица 5

Оценка анализа эффективности работы страховых представителей

Медицинская организация	Информированы о диспансеризации страховыми представителями (%)		Не информированы о прохождении диспансеризации (%)		Осведомленность о своей страховой организации, о своем страховом представителе (%)	
	начало проекта	на 10.08.2018	начало проекта	на 10.08.2018	начало проекта	на 10.08.2018
ГБУЗС «Городская больница № 1»	10%	55%	50%	0	15%	60%
ГБУЗС «Городская больница № 2»	25%	70%	65%	0	10%	55%
ГБУЗС «Городская больница № 3»	15%	50%	75%	10%	5%	45%
ГБУЗС «Городская больница № 4»	10%	50%	75%	20%	5%	45%
ГБУЗС «Городская больница № 6»	25%	55%	65%	5%	8%	55%
ГБУЗС «Городская больница № 9»	10%	45%	45%	0%	15%	55%
Итого	15,8%	54%	62%	5,8%	10%	52%

В работу страховых представителей введено проведение мониторинга удовлетворенности населением медицинской помощью, результаты рассматриваются непосредственно в поликлиниках на рабочих совещаниях еженедельно.

Анализ эффективности работы страховых представителей оценивался путем оценки удовлетворенности населения при опросах и показал высокий уровень эффективности работы (табл. 5).

Таким образом, персонифицированный подход при оказании медицинской помощи, информационное сопровождение застрахованных являются главными направлениями нового этапа построения системы обязательного медицинского страхования. В настоящее время происходит совершенствование страховой модели здравоохранения с наличием конкуренции — как в страховой, так и в медицинской среде, с формированием вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Наиболее

важными этапами этой перестройки становится пациентоориентирование с внесением новых технологий защиты прав застрахованных и обеспечение последних высоким качеством оказания медицинской помощи.

В последние два года Минздравом России и Федеральным фондом ОМС изданы новые и внесены изменения в действующие нормативные акты ОМС, что качественно изменило функционал страховых компаний и увеличило функциональную нагрузку в части создания новых инструментов защиты прав и законных интересов получателей медицинской помощи. Остается важным достигнуть такого показателя. Как возможность каждого застрахованного не только знать свою страховую медицинскую компанию, номер телефона своего страхового поверенного, но и своевременно получать необходимую информацию и помощь.

КРОСС ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ

20 сентября 2018 года



Коллектив Территориального фонда ОМС Республики Алтай принял активное участие в «Кроссе нации-2018», посвященном Всероссийскому дню бега и прошедшем на стадионе «Спартак».

Это массовый забег, целью которого является пропаганда здорового образа жизни и привлечение граждан нашей страны к занятиям физической культурой. Несмотря на пасмурную погоду, на беговые дорожки стадиона вышли 1 234 жителя города Горно-Алтайска и Майминского района. Вместе с любителями бега вышли спортсмены, ветераны спорта и лица с ограниченными возможностями здоровья. Слова приветствия прозвучали от Председателя Комитета по физической культуре и спорту Респу-

бли Алтай З.Г. Казакпаева и Мэра г. Горно-Алтайска Ю.В. Нечаева.

Сотрудники фонда с семьями участвовали во всех заявленных дистанциях. В дистанции руководителей на 1000 метров участвовала директор О.А. Корчуганова, ветераны Территориального фонда – в забеге на 500 метров. Команда других работников фонда успешно преодолела дистанции 2000 и 3000 метров.

Все присутствующие остались довольны участием в столь массовом мероприятии, давшем заряд



бодрости и позитивного настроения, а победители и призеры соревнований были награждены грамотами, медалями и памятными призами Министерства



спорта Российской Федерации и Комитета по физической культуре и спорту Республики Алтай.

КОНСУЛЬТАЦИОННАЯ ПЛОЩАДКА «ОМС: ВАЖНО ЗНАТЬ» БЫЛА ОРГАНИЗОВАНА НА МЕЖРЕГИОНАЛЬНОМ ФОРУМЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА СИБИРИ

12 ноября 2018 года



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края и страховые медицинские организации приняли участие в Форуме предпринимательства Сибири, который проходил в МВДЦ «Сибирь» (г. Красноярск). За три дня площадку посетили почти 10 тысяч человек, из них специалисты из 983 организаций 8 регионов России и 35 районов Красноярского края.

В рамках форума специалисты ТФОМС и СМО Красноярского края организовали консультационную площадку «ОМС: важно знать» для посетителей и участников мероприятия с целью повышения информированности населения о правах при

обращении за бесплатной медицинской помощью. Специалисты ТФОМС и страховые представители информировали о своей работе, о взаимодействии с населением и механизмах решения вопросов, возникающих при получении бесплатной медицинской



помощи. Посетители площадки могли зарегистрироваться на портале госуслуг и открыть свой «Личный кабинет здоровья» (электронный ресурс на сайте web-patient.ru).

Также в мероприятии приняли участие студенты Красноярского медицинского техникума – будущие врачи и медсестры раздавали посетителям форума информационные материалы о правах застрахованных граждан, призывали население задуматься о своем здоровье и приглашали в медицинские организации края для прохождения профилактических мероприятий.



Форум предпринимательства Сибири - это масштабное, значимое для всего сибирского региона мероприятие, в организации которого принимают участие представители министерств и ведомств, банков, компаний поддержки малого и среднего бизнеса. По мнению участников, ежегодные деловые встречи предпринимателей Сибири способствуют укреплению партнерских связей, совершенствованию правового обеспечения, а также дают возможность всем заинтересованным лицам получить в одном месте необходимые консультации.



ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

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 подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft fur Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

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