



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04

Президент Российской Федерации Владимир Путин провел совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения

10

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев: На здравоохранении экономить нельзя

37

Федеральный закон от 16 октября 2019 года № 334-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год»



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

05/19

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

**№ 5, 2019**

Научно-практический журнал

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

*Председатель редакционного совета*

**Н.Н. Стадченко** – Председатель ФОМС, к.э.н.

*Заместитель председателя редакционного совета*

**Н.А. Хорова** – заместитель Министра здравоохранения  
Российской Федерации

**Т.Ю. Гроздова** – директор ТФОМС города Севастополя, д.м.н.

**А.В. Грот** – вице-президент Общероссийской общественной  
организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА  
РОССИИ», д.э.н., профессор

**Н.А. Губриева** – директор ТФОМС Краснодарского края, к.ф.н.

**О.М. Драпкина** – директор ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр профилактической медицины»  
Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

**Н.П. Дронов** – председатель исполнительного комитета  
МОД «Движение против рака»

**Ю.А. Жулёв** – сопредседатель Всероссийского союза  
общественных объединений пациентов

**С.Г. Кравчук** – заместитель Председателя ФОМС

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

**А.Л. Линденбрaten** – руководитель научного направления  
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени  
Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

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

**Л.М. Рошаль** – Президент Национальной Медицинской Палаты,  
Президент Московского НИИ неотложной детской хирургии и  
травматологии, д.м.н., профессор

**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

**Т.И. Фролова** – член комитета Государственной Думы  
Российской Федерации по охране здоровья, к.м.н.

**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** – директор Центра политики в сфере  
здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н., профессор.

*Главный редактор:*

**Е.А. Политова** – генеральный директор ООО «Издательство  
«Офтальмология», к.п.н.

**ISSN 2221-9943**

**Учредители:** Федеральный фонд обязательного медицинского  
страхования, Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 29.10.2019 года. Тираж: 2000 экз.  
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 90 полос

**Адрес редакции:** ООО «Издательство «Офтальмология»  
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.

Тел.: (499) 488-87-03

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

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

© «Обязательное медицинское страхование  
в Российской Федерации», 2019

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**

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент Российской Федерации Владимир Путин провел совещание по вопросу модернизации первичного звена здравоохранения ..... **4**

Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой на совещании по вопросу модернизации первичного звена здравоохранения ..... **6**

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев: На здравоохранении экономить нельзя ..... **10**

Интервью Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Натальи Стадченко Российской газете ..... **16**

Прямой эфир с Министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой в РИА Новости. .... **22**

Прямой эфир с заместителем Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светланой Кравчук и Председателем Совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков Андреем Рыжиковым ..... **26**

Председатель ФОМС Наталья Стадченко провела встречу с представителями Всероссийского союза пациентов и Всероссийского союза страховщиков ..... **32**

### БЮДЖЕТ ФОМС

*И.В. Соколова*  
Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год ..... **34**

Федеральный закон от 16 октября 2019 года № 334-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год» ..... **37**

### ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ СФЕРЫ ОМС

*И.В. Соколова*  
О внесении изменений в законодательство об обязательном медицинском страховании ..... **50**

Федеральный закон от 26 июля 2019 года № 204-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ..... **52**

### ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Система обязательного медицинского страхования Севастополя отметила пятилетний юбилей ..... **60**

Новые кадровые назначения ..... **64**

### ШЕФСКАЯ ПОМОЩЬ

Представители Федерального фонда обязательного медицинского страхования посетили специализированный Дом ребенка в городе Муроме Владимирской области ..... **66**

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

*Н.И. Гришина, А.А. Старченко*  
Совершенствование экспертно-контрольных функций системы ОМС с позиции баланса интересов пациентов и врачей: тренд XXIII Петербургского международного экономического форума ..... **68**

*Б.Н. Федорченко, И.Г. Моисеева, Ю.С. Сибиль*  
Организация деятельности страховых представителей в Центральном федеральном округе ..... **78**

### РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Ямальский филиал «СОГАЗ-Мед» принял участие в межмуниципальном фестивале «Жизнь в версии PRO» ..... **86**

Страховые представители Новосибирского филиала «ВТБ МС» приняли участие во Всероссийском проекте «#ДоброВСело» ..... **87**

В Волгограде прошел Всемирный день сердца ..... **88**

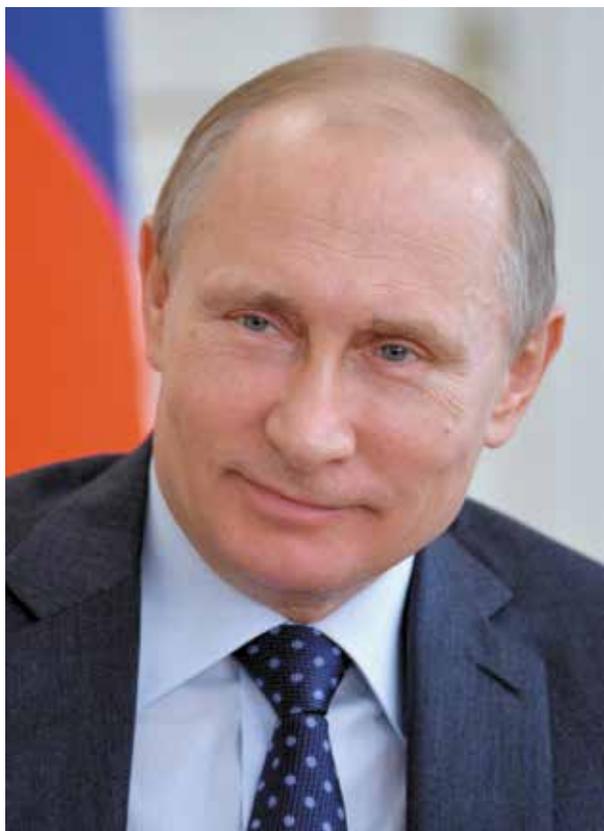
Акция «Информирован – значит, защищён» от «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» ..... **89**

## ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСУ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2 октября 2019 года, Москва, Кремль



На совещании обсуждались принципы модернизации первичного звена здравоохранения, источники и объемы финансирования региональных программ, совершенствование отраслевой системы оплаты труда медицинских работников.



Добрый день, уважаемые коллеги!

Мы с вами сегодня продолжим обсуждение одного из важнейших вопросов практически для каждого человека, каждой российской семьи – речь пойдёт о первичном звене здравоохранения.

Мы с вами уже говорили на эту тему, сегодня эту дискуссию продолжим. Я просил Правительство к первому октября подготовить соответствующие предложения. Надеюсь сегодня это услышать.

Я подчёркивал, насколько чувствительна эта тема для наших граждан, ведь речь идёт о чём – речь идёт о ФАПах, районных поликлиниках, районных и ме-

”

*Важно не только, как люди относятся к здравоохранению, каковы их настроения по этому поводу – что тоже немаловажно, поскольку эти оценки даются людьми в отношении эффективности государства на этом важнейшем направлении работы.*

*Ещё важнее то, что от эффективности и качества этой работы зависят очень многие важные параметры: это продолжительность жизни людей, это демография, это вообще в широком смысле этого слова здоровье нации.*

районных больницах и подобного рода учреждениях. То есть о таких учреждениях, куда люди приходят чаще всего, больше всего, с чем сталкиваются практически чуть ли не каждый день своей жизни.

Разумеется, важно не только, как люди относятся к здравоохранению, каковы их настроения по этому поводу – что тоже немаловажно, поскольку эти оценки даются людьми в отношении эффективности государства на этом важнейшем направлении работы.

Ещё важнее то, что от эффективности и качества этой работы зависят очень многие важные параметры: это продолжительность жизни людей, это демография, это вообще в широком смысле этого слова здоровье нации.

<http://www.kremlin.ru>

## ДОКЛАД МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЕРОНИКИ СКВОРЦОВОЙ НА СОВЕЩАНИИ ПО ВОПРОСУ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2 октября 2019 года, Москва, Кремль



”

*Принципы модернизации первичного звена здравоохранения разработаны Минздравом совместно с заинтересованными ведомствами и внесены в Правительство. Они включают план конкретных мероприятий под каждый принцип, и, кроме того, приложения с планом мероприятий по мониторингу контроля и надзора реализации региональных программ, и по обязательствам федеральных органов исполнительной власти.*

*Среди наиболее важных принципов – обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи с максимальным приближением её к месту жительства или месту работы и обучения в соответствии с трёхуровневой организацией медицинской помощи.*

Уважаемый Владимир Владимирович!  
Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Коллеги!

В соответствии с обсуждением, которое состоялось 20 августа под Вашим руководством и данными поручениями, позвольте доложить по вопросам разработки принципов модернизации первичного звена здравоохранения, совершенствования системы оплаты труда медицинских работников и обеспечения этих процессов.

В соответствии с Вашим поручением принципы модернизации первичного звена здравоохранения разработаны Минздравом совместно с заинтересованными ведомствами и внесены в Правительство. Они включают план конкретных мероприятий под каждый принцип и, кроме того, приложения с планом мероприятий по мониторингу контроля и

надзора реализации региональных программ и по обязательствам федеральных органов исполнительной власти.

Среди наиболее важных принципов – обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи с максимальным приближением её к месту жительства или месту работы и обучения в соответствии с трёхуровневой организацией медицинской помощи.

Этот принцип реализуется с помощью трёх блоков мероприятий по совершенствованию территориального планирования и по модернизации медицинской и транспортной инфраструктуры. Субъектами Российской Федерации уже в текущем году будет проведён анализ размещения медицинских объектов, на базе которых осуществляется первичная медицинская и скорая помощь, вклю-

чая районные и центральные районные больницы в привязке к конкретным населённым пунктам с численностью жителей в этих населённых пунктах и с учётом развитости транспортной инфраструктуры и коммуникаций.

Это позволит с учётом наличия единых требований к размещению медицинской инфраструктуры и предельных сроков ожидания медицинской помощи оценить адекватность, мощности медицинских организаций и создать откорректированные оптимальные схемы размещения медицинских объектов и схемы маршрутов пациентов от каждого населённого пункта в зависимости от заболевания, экстренности ситуации и порядков оказания медицинской помощи по медицинскому профилю.

Регионы должны завершить эту работу до конца текущего года. Как уже докладывалось, создан специальный механизм помощи при территориальном планировании – это автоматизированная геоинформационная подсистема единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. И для нас важно, чтобы этот механизм стал реальным управленческим, для этого он должен обновляться в течение пяти дней после любого инфраструктурного изменения.

В соответствии с Вашим поручением готовится порядок контроля за своевременностью, полнотой и достоверностью представления информации в эту систему и установление административной ответственности за нарушение.

Сроки Вы установили нам: первое полугодие следующего года. До 30 ноября всеми субъектами, а также для закрытых территорий Федеральным медико-биологическим агентством будет проведён анализ технического состояния и износа зданий медицинских организаций, расположенного оборудования в медицинских организациях и транспортных средств.

Отдельно будет оценена развитость доступной среды для инвалидов и людей с ограниченными возможностями. Это позволит регионам до конца года утвердить паспорта всех медицинских объектов либо организаций, либо обособленных структурных подразделений, требующих обновления, определить перечень объектов, нуждающихся в капитальном ремонте, дооснащении, переоснащении, реконструкции или полном сносе и строительстве нового техно-

логического здания. И позволит также разработать планы-графики работ.

Минстроем совместно с другими ведомствами до конца текущего года будет осуществлена актуализация нормативов и правил эксплуатации зданий, включая нормативные сроки и объёмы проведения капитального ремонта. И, по данным Минстроя, нормативы предельной стоимости капитального ремонта будут обновлены в течение 2020 года.

При оснащении медицинских организаций в соответствии с утверждёнными стандартами преимущество получают отечественные медицинские изделия, прежде всего с цифровым преобразованием сигнала, для включения в единый цифровой контур здравоохранения, в том числе цифровые приборы, размещённые в ФАПах, других объектах сельской местности и мобильных диагностических комплексах, для дистанционной передачи данных о состоянии здоровья пациентов. Это позволит расширить телемедицину для жителей удалённых населённых пунктов со сложной транспортной инфраструктурой.

Минстроем запланировано создание в течение двух лет – до конца 2021 года – типовых проектов строительства районных и центральных районных больниц, рассчитанных на разную численность обслуживаемого населения, с приоритетным оснащением отечественными медицинскими изделиями. Такое поручение нам давал Дмитрий Анатольевич.

По этому поручению отработаны модели преимущественно отечественных больниц с численностью прикреплённого населения 30, 50, 100 и более тысяч. Поэтому Минздрав готов взаимодействовать с Минстроем, для того чтобы это можно было быстро сделать для повторного использования.

Особое внимание будет уделено обеспечению транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, включая лиц с ограниченными возможностями. Регионами совместно с Минтрансом до конца года будет проведён анализ существующих маршрутов общественного транспорта и состояния дорог муниципального и регионального значения, обеспечивающих доезд населения до медицинских организаций. Мероприятия по улучшению транспортной инфраструктуры будут осуществляться в приоритетном порядке до медицинских

организаций в течение всего периода реализации – с 2020 по 2024 год.

Кроме того, продолжится оснащение медицинских организаций отечественным автомобильным транспортом как для доставки пациентов из отдалённых районов, так и для повышения мобильности медицинских работников, в том числе фельдшеров ФАПов, а также для перевозки лекарств, медизделий и биологических материалов.

Другим важным принципом модернизации первичного звена здравоохранения является обеспечение необходимым количеством медицинских работников и повышение уровня их квалификации. До конца года регионы проведут анализ кадрового обеспечения медицинских организаций первичного звена, в том числе структуры и численности их штатных расписаний.

Параллельно с этим будут разработаны общие требования к структуре и штатам государственных медицинских организаций первичного звена с учётом численности обслуживаемого населения. Предусмотрено поэтапное приведение штатных расписаний региональных медицинских организаций в соответствии с общими требованиями до конца 2021 года.

Для устранения дефицита кадров в первичном звене уже сейчас реализуется целый комплекс мероприятий в рамках национального проекта. Вместе с тем предполагается дополнительный комплекс мер, о котором мы докладывали 20 августа, включая совершенствование кадрового планирования на основе создания регистров обучающихся по медицинским и фармацевтическим специальностям – это требует законодательного закрепления для передачи полномочий на создание и ведение регистра, – введения обязательной системы наставничества в государственных медицинских организациях для молодых специалистов на срок не менее двух лет после завершения обучения и аккредитации – это также требует законодательного закрепления, – повышения эффективности трудоустройства с помощью мер социальной поддержки как на федеральном уровне, соответственно, развитие программ «Земский фельдшер», «Земский доктор», так и на региональном уровне.

Особо значимым направлением поддержки медицинских работников является обеспечение

достойной и справедливой заработной платы. По Вашему поручению Минздрав совместно с Минтрудом и другими ведомствами проработал вопросы совершенствования отраслевой системы оплаты труда медицинских работников. До 30 ноября субъектами будет завершён анализ уровня заработной платы медицинских работников, организаций первичной помощи и региональных систем оплаты труда.

Параллельно с этим Минтрудом совместно с Минздравом будет разработан законопроект по внесению изменений в Трудовой кодекс, предоставляющий полномочия Правительству по установлению требований к отраслевым системам оплаты труда.

В соответствии с этим в рамках совершенствования отраслевой системы оплаты труда медицинских работников считаем необходимым закрепить актом Правительства долю гарантированных выплат по окладам в структуре заработной платы не менее 55 процентов с учётом обеспечения средней заработной платы не ниже уровня, описанного в Указах Президента, перечень выплат стимулирующего характера и их доля, а также перечень компенсационных выплат и условия их предоставления. Завершение этой работы не позже апреля 2020 года позволит всем субъектам разработать «дорожные карты» достижения этих целевых показателей.

Хотела бы отметить, что некоторые регионы уже сейчас имеют эти показатели – их десять, некоторые приближаются – их тридцать четыре, но есть четыре региона, где доля оклада не превышает 20–25 процентов, и там основные проблемы, основные жалобы.

**В. Путин:** Важно чтобы при поднятии доли оклада не были снижены компенсационные выплаты и другие доплаты, чтобы вот этого фокуса не произошло.

**В. Скворцова:** Хочу несколько слов сказать о том, что мы это понимаем и считаем, что для дальнейшего совершенствования отраслевой системы оплаты труда в 2020–2021 годах необходимо актуализировать составы профессиональных квалификационных групп должностей медицинских работников и сформировать типовые нормы труда на одну ставку по каждой профессиональной квалификационной группе.

Пока этого не будет сделано, мы не сможем добиться справедливости, соответственно, при оплате

и оклада, и стимулирующих выплат. Установить необходимо минимальные оклады медицинских работников по каждой профессиональной квалификационной группе.

Мы понимаем, что переход на новую отраслевую систему оплаты труда потребует не менее двух лет и дополнительных финансовых расходов, особенно на втором этапе – после определения нормы нагрузки или выработки на одну ставку. Предварительную оценку дополнительных финансовых затрат можно будет осуществить до сентября следующего, 2020 года. Детализированную оценку – только в конце 2021 года, после того как эта системная работа будет завершена.

Модернизация первичного звена здравоохранения должна проходить с обязательной реализацией принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи не только с учётом состояния пациента, но и рационального использования его времени, обеспечения комфортных условий пребывания в медицинской организации.

До 1 июля 2020 года будут законодательно закреплены обязательные требования к медицинским организациям, внедряющим новую модель с применением бережливых технологий, и порядок определения степени соответствия этим требованиям. Это позволит субъектам Российской Федерации существенно расширить внедрение новой модели и уже в 2020 году начать вводить стимулирующие выплаты тем руководителям и медицинским работникам, чьи организации соответствуют этому статусу.

Безусловно, базовым принципом работы первичного звена является всеобщий охват с обеспечением государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. При этом ключевым принципом сохранения здоровья является приоритет профилактики.

В 2019 году Минздравом утверждены обновленные правила проведения профилактических осмотров и диспансеризаций, включая онкоскрининги, и впервые финансовое обеспечение профилактических мер выделено из-под душевого норматива первичной медико-санитарной помощи в отдельные тарифы, что гарантировало оплату полным рублём.

Дмитрий Анатольевич инициировал Всероссийскую диспансеризацию, которая проходит в

2019–2020 годах. В соответствии с Вашим поручением Правительство рассмотрело и поддержало выделение с 2020 года дополнительных ресурсов для медикаментозной профилактики в амбулаторных условиях у пациентов высокого риска, перенёвших инсульты, острые инфаркты миокарда, операции на сердце и сосудах.

Запланировано повышение эффективности вторичной профилактики путём поэтапного внедрения дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов из групп риска с использованием цифровых медицинских изделий и телемедицинских технологий.

С 2020 года в правила ОМС вносятся дополнения, создающие механизм приоритетного финансового обеспечения первично звена здравоохранения, в том числе в Программу госгарантий будут выделены из-под душевого норматива наиболее дорогостоящие диагностические исследования, проводимые в амбулаторных условиях, прежде всего для ранней диагностики онкологических заболеваний, а также будут введены отдельные нормативы финансового обеспечения для ФАПов и фельдшерских пунктов в зависимости от обслуживаемого населения, что позволит обеспечить оплату труда сельским медикам в соответствии с Указом.

На основе изложенных принципов все субъекты Российской Федерации и ФМБА должны обеспечить разработку региональных программ модернизации первичного звена и представить их в Минздрав для экспертизы до 10 января 2020 года.

После утверждения региональных программ – оно должно состояться до 1 июля 2020 года – со второго полугодия начинается их реализация. Совместно с Минфином мы рассчитали финансовую потребность на инфраструктурные преобразования во второй половине 2020 года – они составили 50 миллиардов рублей.

Дальнейшая потребность в финансовых ресурсах на инфраструктурные преобразования и переход к новой отраслевой системе оплаты труда будет уточнена с учётом детальной проработки региональных программ модернизации первичного звена.

<http://www.kremlin.ru>

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДМИТРИЙ МЕДВЕДЕВ: НА ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЭКОНОМИТЬ НЕЛЬЗЯ

11 сентября 2019 года, Москва



В рамках программы «Диалог» телевизионного канала «Россия 24» Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев совместно с профильными министрами и руководителями ряда ведомств в прямом эфире обсудил ключевые темы с предпринимателями и экспертами. Говорили в том числе о повышении качества здравоохранения и образования, влияния санкций на российскую экономику и о возможности введения четырехдневной рабочей недели.



## О здравоохранении

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев подчеркнул: «Президент Владимир Путин распорядился к 2024 году обеспечить устойчивый естественный рост численности населения и довести продолжительность жизни до 78 лет. Не последнее значение здесь будут играть возможности отечественного здравоохранения, начиная с первичного звена и заканчивая высокотехнологичной медицинской помощью».

Отвечая на вопрос об увеличении рождаемости и проблеме прерывания беременности, Дмитрий Медведев сообщил: «Это очень большая наша проблема, но она настолько тонкая, что не может решаться каким-то просто нормативным путём. Действовать нужно всё же таким образом, чтобы стимулировать мам и семьи рожать детей. У нас больше 800 тыс. абортов каждый год как операций происходит, из них больше 600 тыс. – без медицинских показаний. То есть это прерывание беременности по социальным причинам: нет денег, не хоч»

детей, хочу заниматься карьерой и так далее. Причём сейчас эта проблема действительно многомерна: это не только нехватка финансов, это целый ряд других причин. Этот комплекс проблем государство и должно рассматривать и каким-то образом пытаться на него влиять. У нас есть целый ряд инструментов, которые уже работают, вот тот же самый родовый сертификат. Мы когда-то его внедряли, когда проводили работу по первому национальному проекту, и тогда он помог по таким отдельным направлениям, очень важным. Его можно было бы использовать и в этом назначении, то есть, например, на оказание психологической поддержки, на консультации, немножко увеличив его стоимость».

**Д. Медведев:** Вероника Игоревна, несколько слов скажите про эту проблему.

**В. Скворцова:** Те цифры, которые привёл Дмитрий Анатольевич, касаются 2014 года. Сейчас всего 576 тысяч абортов, и из них только 290 тысяч – по желанию женщины. Это о чём говорит? Только за 4 последних года на 30% снизилось число абортов.



Более 42% – это снижение числа аборт, сделанных по желанию женщины. Это удалось сделать благодаря тому, что за последние годы выстроили целую систему: 1500 доабортных консультаций с социально-психологической помощью женщинам, которые попали в трудную жизненную ситуацию. И в прошлом году из 270 тысяч женщин, которые пришли на это консультирование, 40 с лишним тысяч отказались от аборта и родили ребёнка. Это 15%, но это 40 тысяч детей.

Для развития психологической работы с женщиной во время поздних сроков беременности и иногда и на ранних, естественно, сроках беременности мы бы хотели иметь такие стимулирующие доплаты медицинским психологам и другим медицинским работникам, которые работают в этих отделениях в женских консультациях и в родильных домах.

**Д. Медведев:** Во-первых, цифры оказались чуть более оптимистичные – это уже само по себе неплохо. С другой стороны, если за счёт этой меры можно спасти столько рождений, то есть это прибавка очень

серьёзная для нашей страны, то на это нельзя жалеть денег.

На вопрос главного врача городской больницы № 16 города Ростова-на Дону Д. Стогниева о проблемах в первичном звене здравоохранения, доступности дорогостоящих исследований, таких как магнитно-резонансная и компьютерная томография, Дмитрий Медведев пояснил: «Вы затронули тему, которая волнует всех в нашей стране. Мы много сейчас занимаемся здравоохранением, беспрецедентные деньги на это выделяются. В то же время есть и очень много проблем.

Мы в последние годы занялись, например, высокотехнологичной медицинской помощью. Это сложнейшие операции. Их раньше было меньше 100 тысяч, когда мы начинали первый нацпроект, сейчас до миллиона, миллион двести. Это очень важно. Это можно сделать в России на высоком уровне, не за границей и бесплатно.

Мы создали сеть перинатальных центров. Исключительно важная тема. Это тоже специальная



”

**Д. Медведев:** «Ранняя диагностика, нормальное лечение. Это должно происходить быстро и давать быстрый ответ, именно на это нам и нужно в настоящий момент направить наши усилия. Не говоря уже о подготовке сейчас общей модели того, как будет работать в нашей стране первичная помощь. Нам просто нужно привести в порядок поликлиники и больницы. Особенно в сельской местности».

ситуация. А обычная ситуация в чём? Человек приходит в поликлинику или в больницу, в ту же самую ЦРБ в сельской местности, и что он видит? Грустное зрелище.

Вот на это сейчас нужно сконцентрировать усилия и деньги, потому что именно там начинается лечение.

Вы затронули важную тему по анализам, по исследованиям. Собственно, это же и есть ключ. Ранняя диагностика, нормальное лечение. Это касается и онкологии, и сердечно-сосудистой патологии, и целого ряда других заболеваний. То, что 15 лет назад было экзотикой – МРТ и КТ – сейчас это повседневность. Но это нужно делать так, чтобы людям не говорили приезжать через месяц куда-то там... Это должно происходить быстро и давать быстрый ответ. И, конечно, именно на это нам и нужно в настоящий момент направить наши усилия. Подумать, каким образом это достимулировать. Не говоря уже о подготовке сейчас общей модели того, как будет работать в нашей стране первичная помощь. Нам просто нужно привести в порядок поликлиники и больницы. Особенно в сельской местности».

**Д. Медведев:** Вероника Игоревна, что вы думаете по поводу того, чтобы активней использовать эти возможности, чтобы эти исследования были не какими-то квотированными. Есть 100 исследований, а если человек 105-м пришёл, всё, исследование не получишь. Может, ещё что-то сделать?



**В. Скворцова:** Я хотела бы сказать, что сейчас принято новое правило ОМС, внутри которого сложные виды диагностических исследований: МРТ, КТ, эндоскопические методы, ультразвуковые, сложные лабораторные тесты – выведены из подушевого норматива в отдельный, полный норматив. Сейчас это уже 119 млрд рублей на некваотируемые исследования.

**Д. Медведев:** Хорошо, эти деньги надо будет изыскать. Я такое поручение дам.

Есть и другие слабые места, по которым требуются решения. У нас неплохо, например, оказываются медицинские услуги, операции проводятся по кардиологическим проблемам, сердечно-сосудистой патологии. В то же время что получается? Человек прошёл через эту операцию, она прошла успешно (она иногда и не очень сложная), но потом начинается выхаживание. И это требует постоянного получения таблеток. На эти таблетки у человека денег нет, а медицина эти таблетки не обеспечивает. Надо нам и этим заняться.

”

**Д. Медведев:** «Нужно создать такое регулирование, которое будет позволять врачам в рамках существующей процедуры без страха эти обезболивающие препараты выписывать по показаниям. И тогда этой проблемы не будет. Это касается всей паллиативной помощи. Такая правовая рамка в настоящий момент создаётся».

**В. Скворцова:** Действительно, у каждого третьего повторяется инсульт или инфаркт в течение года, если люди не принимают так называемую вторичную профилактику. Это постоянные медикаменты. Их количество ограничено. Стоимость на всю страну – 14,5 млрд, это цена вопроса.

**Д. Медведев:** Надо обчитать на ближайшие годы, во что это обойдётся. Это как раз то, на что ни

в коем случае нельзя жалеть денег, потому что это здоровье, жизни людей. Лучше на чём-нибудь другом сэкономить.

Отвечая на вопрос, касающийся обезболивания и особенно детского обезболивания, Дмитрий Медведев подчеркнул: «Тема очень резонансная, потому что очень тяжёлая. И государство здесь должно себя вести максимально внимательно. Я бы даже сказал: очень тактично. И уж точно не подвергать людей, которые попали в такую ситуацию, какой-то жёсткой ответственности и подозревать их невесть в чём. Ровно поэтому мною было принято решение (я подписал распоряжение) о том, чтобы эти обезболивающие, которые у нас, может, даже и выпускаются, но в других формах, – так вот те медицинские формы, которых у нас нет, просто ввезти и помочь конкрет-

ным детям. Это очень тяжёлая история, и тут не о чем даже говорить. Распоряжение подписано, деньги выделены, и дети получают эти препараты. Надеюсь, что уже в самое ближайшее время. Детское обезболивание – просто самая кричащая тема, которая стала очень обсуждаемой, резонансной. Но это касается вообще всей паллиативной помощи. Это касается обезболивания в целом».

В завершении диалога Дмитрий Медведев отметил: «Главное, чего ждут от Правительства – это не общих рассуждений о том, как тяжело и трудно и что денег не хватает на то или иное решение, а этих самых решений. Вот этим мы и будем заниматься. Это самый конкретный ответ на стоящие сейчас проблемы».

<http://www.government.ru>

## **ИНТЕРВЬЮ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАТАЛЬИ СТАДЧЕНКО РОССИЙСКОЙ ГАЗЕТЕ**



Что делать, если вы не можете месяц попасть к нужному врачу или у вас нет денег на высокотехнологичную операцию? Можно ли пройти диспансеризацию в другом регионе, например, во время отпуска, и как в России будут снижать онкологическую заболеваемость? Об этом и многом другом рассказала в интервью «Российской газете» Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.

**– Профилактика – царица здоровья. Чтобы люди реже болели, в том числе тяжёлыми онкологическими заболеваниями, нужен гарантированный доступ к терапевтам, офтальмологам, хирургам. А сейчас, судя по письмам, приходящим в «РГ», людям приходится в течение месяца ждать приёма у врача. Так есть всё же нормы ожидания или нет, Наталья Николаевна?**

– В программе госгарантий оказания медпомощи чётко прописаны сроки ожидания приёма у врача. У участкового врача-терапевта, педиатра, врача общей практики – не более 24 часов. У узких специалистов – не более 14 дней. 30 дней можно ждать только плановую госпитализацию, если речь не идёт об онкологии (в этом случае – не более 14 дней).

Максимальное ожидание таких исследований, как КТ и МРТ – 30 дней, при онкологии – не более 14. Время прибытия на вызов бригад скорой медицинской помощи – не более 20 минут с момента её вызова.

**– Но часто в поликлинике человеку говорят, что надо ждать дольше. И что нам делать?**

– В этом случае медицинская организация нарушает права человека на доступную медицинскую помощь, поэтому следует звонить в страховую компанию, выдавшую полис ОМС. И страховой представитель организует прием пациента у «узкого» специалиста в течение 14 календарных дней.

**– А у него получится? Врачей не хватает. Из-за этого тоже возникают очереди. Тупик?**

– Проблема есть. С этого года принято решение о выделении регионам в составе субвенций из Федерального фонда ОМС дополнительных средств на выплату зарплат врачам и медсёстрам, вновь поступившим на работу в первичное звено здравоохранения. Мы надеемся, это позволит укомплектовать поликлиники врачами и средним персоналом.

За полгода, благодаря программе, в поликлиники пришли работать дополнительно 1 184 врача и 1 157

медсестёр. Кстати, если в каком-то городе в одной поликлинике нет врачей, а в соседней – есть, возможно, просто стоит прикрепиться в лучшую.

Хочу напомнить, что за эффективную организацию медпомощи в регионах, правильную маршрутизацию пациентов, доступность помощи в отдалённых районах и прочее отвечают региональные власти.

## Диспансеризация в отпуске

**– В этом году у нас должна появиться возможность проходить диспансеризацию по вечерам и субботам. Из-за этого нагрузка на врачей вырастет? Или будет привлекаться дополнительный персонал?**

– Врачи будут получать дополнительно заработную плату за увеличенную нагрузку, связанную с диспансеризацией и профилактикой.

Финансирование амбулаторно-поликлинической организации идёт по подушевому принципу в зависимости от количества прикреплённых к нему человек. Диспансеризация и профосмотры финансируются отдельно по каждому случаю. Кроме того, амбулаторно-поликлинические организации, в которых во время проведения диспансеризации и профосмотров не хватает специалистов, могут принять их из стационара по совместительству.

**– Диспансеризацию можно пройти только в своём регионе? Или человек может поехать в отпуск, скажем, на юг или в столицу и пройти её в любой поликлинике?**

– Диспансеризация может быть пройдена как в медицинской организации, к которой человек прикреплён, так и в любой другой без привязки к региону, в том числе это можно сделать, находясь в отпуске или командировке. Ограничений нет. Но нужно забрать результаты обследования и привезти их своему терапевту.

О необходимости диспансеризации должны напоминать страховые представители, работающие в рамках обязательного медицинского страхования.

**– Какие новые исследования добавили в этом году к диспансеризации?**

– В перечень обследований добавлены скрининги по онкологии. Мы надеемся, что диспансеризация позволит чаще выявлять онкологические заболевания на ранних стадиях. И особенно по той онкологии, которая вносит наибольший вклад в смертность в России, – раку шейки матки, молочной железы, кишечника. На ранних стадиях онкология протекает без симптомов, её можно диагностировать только с помощью специальных исследований во время диспансеризации. Если заболевание выявлено на ранней стадии, оно менее опасно для человека, человек может вылечиться и прожить длинную полноценную жизнь. К тому же лечение на ранней стадии стоит дешевле.

**– Сколько стоит диспансеризация? Для пациентов, понятно, бесплатно. А сколько платят страховщики?**

– Стоимость диспансеризации в этом году составляет 1 185 рублей, профосмотра – 1 021 рубль.

**– Благотворительные фонды часто собирают деньги на лечение детей. То есть далеко не все виды медпомощи доступны и бесплатны?**

– Система ОМС оплачивает медуслуги скорой, экстренной, первичной помощи, специализированную и высокотехнологичную медпомощь. И даже те виды высокотехнологичной медпомощи, которые не входят в базовую программу ОМС, всё равно оплачиваются государством.

Но мировая практика показывает, что во всех странах существуют благотворительные фонды, которые оплачивают ту или иную медпомощь, которую человек может получить в рамках госгарантии. Так же и у нас. Фондам не запрещается собирать день-

ги и помогать получать медпомощь на территории России и за её пределами.

## **Аборты и мошенники**

**– Как вы думаете, надо ли вывести из ОМС аборт, которые делаются не по медицинским показаниям?**

– В 2018 году системой ОМС было оплачено 395 тыс. абортов. Большая часть из них – по медпоказаниям. Аборты свести к нулю невозможно. Примеры других стран показывают: как только запрещают аборт, их начинают делать нелегально. В результате многие женщины не могут иметь детей или погибают.

Если сделать аборт по немедицинским показаниям платными, многие женщины начнут искать, где дешевле, то есть получать эту услугу «подпольно». Ведь часто женщина делает такой шаг по «социальным показаниям».

Должен быть разумный способ борьбы с абортами. Минздрав ведёт такую работу. Если женщина хочет сделать аборт, с ней проводится разъяснительная работа. Специалисты информируют о возможных негативных последствиях, угрозе бесплодия, пытаются объяснить необходимость сохранения жизни будущему ребёнку.

**– Что нового в области ЭКО?**

– В программе госгарантий мы отдельно выделили медпомощь по ЭКО.

Помимо этого, с прошлого года в систему ОМС вошла криоконсервация эмбрионов с последующим переносом в полость матки. Это позволит удешевить возможность повторного ЭКО, ведь первая попытка может быть неудачной. Мы боремся не только за доступность ЭКО, но и за качество этой процедуры, которая должна заканчиваться родами.

**– Несколько слов о страховых медицинских организациях. Я сталкивалась с ситуациями, когда обращаешься к ним и получаешь ответ – прочи-**

***тайте такой-то приказ Минздрава. Разве такими должны быть консультации? Есть ли требования к работе СМО?***

– Это недопустимо. Страховые компании и страховые представители не имеют права «отправлять» к нормативно-правовому акту. Они могут при необходимости на него сослаться, простым, доступным языком рассказать его суть – на что человек имеет право по закону.

Сейчас у нас работает более 14 тыс. страховых представителей первого, второго и третьего уровня. Первый уровень – это представители в колл-центрах, которые должны давать разъяснения по всем вопросам. Мы ежегодно разрабатываем для них тематические вопросы и стандарты ответов. Мы разработали стандарты работы страховых представителей всех уровней и типизировали их во всех страховых медицинских организациях.

Если у вас есть факт, что страховой представитель порекомендовал самостоятельно изучить некий приказ или не подсказал, как поступить в той или иной сложной ситуации, не защитил вас, если нарушены ваши права, надо обращаться в территориальный фонд ОМС. Во всех регионах есть «горячие линии», все случаи разбираются и принимаются меры.

***– Минздрав совместно с Федеральным фондом ОМС разработал законопроект, чтобы усилить требования при лицензировании страховых организаций. Для чего это было нужно?***

– Есть страховые компании, которые нарушают законодательство. Мы можем выехать к ним с проверкой, наложить штраф (до 10% от суммы средств компании на её управленческие расходы). В 2018 году на страховые компании наложено штрафов на сумму 130 млн рублей. Но этого недостаточно.

Во-первых, планируется изменить процедуру получения лицензии в системе ОМС. Например, сделать наличие обученных страховых представителей всех уровней одним из критериев. Во-вторых, установить понятные и прозрачные критерии, при

невыполнении которых последует расторжение договора между фондом ОМС и СМО.

У нас есть случаи, когда страховая компания, например, во Владивостоке, систематически нарушает законодательство, штрафуются, продолжает нарушать, но сейчас мы не имеем права разорвать с ней отношения. Надеюсь, у нас появятся такие полномочия после принятия закона.

***– Известны случаи, что некоторым гражданам, ни разу не обращавшимся за медицинской помощью, поступали обращения от частных фирм о возможности получения денежной компенсации. Это ещё какой-то новый вид мошенничества за счёт системы ОМС?***

– Конечно. И эти обращения обязательно содержат предложения человеку для получения компенсации перечислить его личные деньги на какой-нибудь расчётный счет – под каким-то предлогом.

Застрахованные лица должны знать, что законодательством не предусмотрена зависимость объёма предоставляемой гражданину бесплатной медпомощи от суммы уплаченных за него страховых взносов. Каждому пациенту оказывается необходимая с учётом его заболевания и состояния помощь.

При этом не предусмотрена возможность возмещения денежных средств гражданину, если он не воспользовался правом бесплатно получить медицинскую помощь или в случае, если ему потребовалось меньше медицинских услуг, чем сумма уплаченных за него взносов. Поэтому все предложения как-то монетизировать права на медицинскую помощь по полису ОМС незаконны и являются мошенническими.

## **Кумовство отменяется**

***– Некоторое время назад эксперты предлагали изменить принцип организации территориальных фондов ОМС, чтобы они подчинялись не только региональным властям, но и Федеральному фонду. Как вы относитесь к этой идее? В этом случае у***

***вас было бы больше возможностей для контроля, в том числе расходования средств?***

– Мы финансируем все территории России по единой тарифной политике, территориальные различия в финансовом обеспечении программы ОМС устранены.

Размер субвенции ФОМС регионам рассчитывается с учётом коэффициента дифференциации, который учитывает региональные особенности: плотность населения, транспортную доступность, качество дорожного покрытия, климатические и географические условия и другие факторы.

Таким образом, мы создали одинаковые финансовые условия для оказания медпомощи во всех регионах, тарифы на сопоставимые виды медицинской помощи выравнены, всё это должно обеспечить равный доступ к медицинской помощи вне зависимости от места проживания человека.

Также были разработаны единые способы оплаты. Но мы увидели, что на практике в ряде субъектов оплата медицинской помощи различным медицинским организациям применяется по-разному. Вплоть до того, что некоторые территории нарушают федеральное законодательство.

***– Поэтому и появилось правило «двух ключей»?***

– Да, в связи с этим в 2018 году были внесены изменения в законодательство, в нём появилось так называемое правило «двух ключей». По этому правилу регион при принятии тарифного соглашения обязан в течение 5 рабочих дней официально направить его на согласование в Федеральный фонд ОМС на его соответствие базовой программе ОМС.

И все изменения в тарифном соглашении регион также обязан согласовывать с ФОМС. Правило заработало с этого года. В 2018 году мы вели мониторинг и писали рекомендации, потому что правовых оснований вмешиваться и давать заключения у нас не было. В начале прошлого года всего 18 региональных тарифных соглашений из 85 соответствовали федеральным нормативно-правовым актам. Все осталь-

ные были с нарушениями. Мы им писали замечания, они их устраняли, но порой – только к концу года.

Сейчас ситуация кардинально изменилась. Внедрение правила позволит контролировать тарифы на территории всей страны, а в случае их занижения субъекты РФ теперь обязаны внести соответствующие изменения в тарифные соглашения, позволяющие урегулировать проблему недофинансирования медицинских организаций.

***– Получается, что если сейчас в каком-то регионе плохая организация здравоохранения, то дело не в деньгах, а в организации работы на местах?***

– Да. И до этого года было много субъективизма. Лечение больных в одних медицинских учреждениях в регионе оплачивалось по высоким тарифам, в других – по низким. Скажем, вдвое меньше, чем положено.

В качестве критериев могли выступать личные отношения между главврачом и чиновниками. В итоге, у недофинансированных медорганизаций возникали кредиторские задолженности, качество медобслуживания в них становилось ниже. А в регионах, корректно выполняющих федеральное законодательство, не было проблем с качеством и доступностью помощи.

С 2019 года «кумовские сценарии» стали невозможны. Сейчас тарифы могут различаться только в зависимости от уровня оказания медпомощи и от уровня медицинской организации.

**Сколько стоит наше здоровье*****– Наталья Николаевна, давайте напомним, какие новые виды медпомощи вошли в этот год в ОМС.***

– Общий объём субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС составил 2,068 трлн рублей. Это на 198,1 млрд рублей больше, чем в 2018 году. Этих денег достаточно для выполнения базовой программы ОМС во всех регионах страны. В 2012 году

субвенция составляла 640 млрд рублей – за 7 лет она выросла втрое.

В этом году из федерального бюджета в рамках субвенции на химиотерапию расходы в системе ОМС увеличились на 70 млрд рублей. Это позволило погрузить в систему ОМС все необходимые схемы лечения, которые в настоящее время соответствуют клиническим рекомендациям, разработанным и утверждённым онкологическим сообществом России. А схем – более 1 тыс.

**– С этого года в программу ОМС по профилю «онкология» закладываются и объёмы и стоимость оказания медпомощи?**

– Да. И это важно. Возможность её оказания подкрепляется конкретными деньгами, а значит, растёт её доступность.

В 2019 году в дневной и круглосуточный стационар для онкологических больных запланировано направить более 200 млрд рублей. Из них 150 млрд – на химиотерапию. Увеличиваются расходы на внедрение более эффективных методов лучевой терапии и выполнение высокотехнологичных операций для онкобольных. В этом году на выполнение более 78 тыс. госпитализаций по этому направлению предусмотрено 10,4 млрд рублей. В следующие 2 года продолжится рост финансирования – в 2020 году планируется дополнительно из федерального бюджета выделить 120 млрд, в 2021 году – 140 млрд. Это обеспечит доступность пациентов к химиотерапии, лучевой терапии, а также к получению высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе протонной терапии.

В 2019 году средняя стоимость одного случая лечения онкопациента в стационаре составляет 76,7 тыс. рублей (для сравнения, по другим профилям в среднем – 34,6 тыс. рублей).

**– Что изменилось по профилю «высокотехнологичная медицинская помощь»?**

– Высокотехнологичная медицинская помощь, входящая в базовую программу ОМС, «выросла» более чем на 10 методов.

Например, в неё вошло плановое стентирование. Раньше оно входило только по экстренным показаниям. Теперь, благодаря интеграции в базовую программу, улучшится доступность этого вида медпомощи. Не нужно будет получать квоту, ждать операцию – число людей, которым она будет сделана, увеличится. Также в ОМС вошло эндопротезирование тазобедренных суставов.

Кроме того, в бюджете ФОМС предусмотрены целевые средства в размере 94,6 млрд рублей на оплату ВМП, не входящей в базовую программу ОМС. В 2019 году плановые объёмы помощи по наиболее востребованным видам увеличены – по нейроонкологии, комплексной иммунохимиотерапии при лейкозах, сердечно-сосудистой хирургии при коррекции нарушений ритма сердца с имплантацией кардиовертера-дефибриллятора, эндопротезировании коленных и плечевых суставов, трансплантации органов и костного мозга.

Методы высокотехнологической медпомощи начали «погружаться» в систему ОМС с 2014 года. За это время в ОМС вошло 508 методов ВМП. Количество людей, получивших такую помощь, за это время выросло – с 228 тыс. человек до 1,1 млн в 2018 году.

*Российская газета,  
29 июля 2019 года, № 164 (7922)*

## ПРЯМОЙ ЭФИР С МИНИСТРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЕРОНИКОЙ СКВОРЦОВОЙ В РИА НОВОСТИ

13 сентября 2019 года, Москва



В Международном мультимедийном пресс-центре МИА «Россия сегодня» состоялась онлайн-конференция Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой в формате прямого эфира.

За время подготовки к прямому эфиру поступило более 5 тыс. вопросов, комментариев, обращений. В рамках мероприятия были организованы прямые включения из Томска, Самары, Ярославля, Якутии, Свердловской области, Иркутска и даны ответы на актуальные вопросы, касающиеся сферы охраны здоровья.

Было отмечено, что поступает много вопросов о том, какие обследования входят, а какие не входят в систему обязательного медицинского страхования, и как гражданам разобраться, что им положено по закону.

Как пояснила Вероника Скворцова, программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой гражданам на территории Российской Федерации бесплатно.

Программа принимается ежегодно, и с каждым годом становится все более конкретной. В ней нормативно прописываются и объемы натуральной медицинской помощи, и финансовые показатели. В частности, программа диспансеризации теперь выведена из подушевого финансирования и оплачивается «полным» рублем, что позволило сделать систему профилактических осмотров более эффективной.

За 7 месяцев текущего года профилактический осмотр прошли более 32,6 млн человек, или 62% от планируемой на этот год численности граждан, подлежащих диспансеризации. Общий размер финансового обеспечения профилактических мероприятий за счет средств обязательного медицинского страхования составил более 41,2 млрд рублей.

«Благодаря тому, что мы развиваем диспансеризацию, уже более 56% онкологических заболеваний выявляем на ранних, излечиваемых стадиях», – сообщила Вероника Скворцова. В настоящее время 80% рака молочной железы выявляется на ранних стадиях, когда болезнь излечима. Лечение онкологических заболеваний также выведено отдельным блоком, что позволяет пациентам своевременно получать целенаправленную медицинскую помощь.

Со следующего года все сложные методы диагностики, такие как МРТ, КТ, эндоскопические, ультразвуковые, различные лабораторные исследования: гормональный статус, генетические исследования – тоже выводятся в отдельный тариф и будут оплачиваться полностью в рамках системы ОМС», – отметила Вероника Скворцова.

Отвечая на вопросы россиян, Вероника Скворцова сообщила, что программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи установлен исчерпывающий спектр заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь для пациента бесплатна.

Это и медицинская помощь в амбулаторных условиях, включая профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение граждан, страдающих хроническими заболеваниями, неотложная и скорая медицинская помощь при острых и внезапных состояниях, а также медицинская помощь в стационарах, включая высокотехнологичную.

Министр здравоохранения подчеркнула, что каждая поликлиника и стационар обязаны разместить в удобном для пациентов месте исчерпывающую информацию о том, какие виды медицинской помощи оказываются в рамках системы ОМС. Сделать это следует как в плакатной форме, так и разместить информационные материалы. Особенно Вероника Скворцова отметила пользу наглядного подхода: «Мы сделали специальную инфографику – за что никогда, ни при каких условиях не нужно платить! Это тоже очень важно!».

**ЭТО ДОЛЖНО БЫТЬ БЕСПЛАТНЫМ!**

Топ-10 бесплатных медицинских услуг, за которые могут неправомерно потребовать оплату в медицинских организациях, работающих в системе ОМС\*

 Проведение аппаратных методов диагностики, таких как МРТ, КТ, ПЭТ-КТ, УЗИ и др.	 Консультации врачей – «узких» специалистов	 Операции по коррекции зрения, в т.ч. замена хрусталика
 Приобретение лекарств при лечении в круглосуточном или дневном стационаре, включая онкологию	 Стоматология: лечение кариеса и пульпита, анестезия или светоотверждающий материал для пломбирования, ортодонтическое лечение	 Выдача мед. справок и заключений (в т.ч. справок в бассейн)
 Лабораторные исследования: диагностика инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатиты и пр.), исследования уровня гормонов в крови, щитовидной железе	 Операции с применением металлоконструкций и эндопротезов	 Оказание плановой МП без очереди (в уменьшенные сроки)
 Физиотерапия, массаж по медицинским показаниям при медицинской реабилитации в МО		



**И** В случае возникновения вопросов по ОМС, обратитесь, пожалуйста, к руководителю медицинской организации или страховому представителю своей страховой медицинской организации

\*Услуги должны быть оказаны при наличии показаний для их проведения, выявленных лечащим врачом. Рейтинг составлен на основе обращений россиян в страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС, и входящие в состав Всероссийского союза страховщиков в 2016 году. Указанный перечень может развиваться или иметь уточнения в различных субъектах РФ в соответствии с утвержденной субъектом РФ Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.



Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2018 году разработана «Памятка для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи», которая растиражирована и направлена в регионы и подробно разъясняет вопросы бесплатного оказания медицинской помощи.

Кроме того, в памятке отдельный раздел посвящен перечню случаев, при которых оплата оказанных услуг запрещена за счет личных средств граждан, в том числе назначение и применение

в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, для детей в возрасте до 4 лет создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, а для ребенка старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний; а также транспортные услуги при сопровождении медицин-

”

**В.И. Скворцова:** С 2016 года в России функционирует институт страховых представителей, численность которых составляет уже более 14 тыс. человек. Страховые представители осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивают информирование застрахованных о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи бесплатно для пациента.

ским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения ему диагностических исследований.

С 2016 года в России функционирует институт страховых представителей, численность которых составляет уже более 14 тыс. человек. Страховые представители осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивают информирование застрахованных о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи бесплатно для пациента.

По всем вопросам оказания медицинской помощи, в том числе в случаях взимания личных средств пациента за медицинскую помощь, пациент может обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис обязательного медицинского страхования, к своему страховому поверенному.

<http://www.rosminzdrav.ru>



## **ПРЯМОЙ ЭФИР С ЗАМЕСТИТЕЛЕМ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СВЕТЛАНОЙ КРАВЧУК И ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ СОВЕТА ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА СТРАХОВЩИКОВ АНДРЕЕМ РЫЖАКОВЫМ**



18 сентября в прямом эфире социальной сети «Одноклассники» в рамках рубрики «Минздрав на связи», на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования заместитель Председателя ФОМС Светлана Кравчук и Председатель Совета по медицинскому страхованию ВСС Андрей Рыжаков ответили на вопросы россиян том, как обеспечиваются качество и доступность медицинской помощи в рамках программы ОМС, что делать, если права пациента нарушаются, в чем смысл принципов страховой медицины, как финансируются регионы из фонда ОМС, какие новые походы к организации контроля качества оказываемой медицинской помощи действуют сейчас и другие.

**Модератор:** Федеральный фонд обязательного медицинского страхования у нас в стране решает задачу финансирования правительственной программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью в части базовой программы обязательного медицинского страхования. Светлана Георгиевна, все мы знаем, что наше здравоохранение нуждается, как и во многих других странах, в постоянном росте финансовых ресурсов. Сейчас этих денег достаточно для отрасли?

**С.Г. Кравчук:** Общий объем субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС составил два триллиона шестьдесят восемь миллиардов рублей. Это на 198,1 миллиарда рублей больше, чем в прошлом году. Этих денег достаточно для выполнения базовой программы ОМС во всех регионах страны. Еще не так давно, в 2012 году, субвенция составляла всего 640 миллиардов. За семь лет она выросла втрое.

**Модератор:** А этот финансовый рост отражается на наших пациентах, когда они обращаются в наши медицинские организации?

**С.Г. Кравчук:** Доступность медицинской помощи – задача, над которой мы сейчас работаем, в том числе доступность высоких технологий для всех граждан. В этом году более чем на десять методов приросла высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), входящая в базовую программу ОМС. Например, в нее вошло плановое стентирование. Раньше оно входило только по

экстренным показаниям. Теперь, благодаря интеграции в базовую программу, улучшится доступность этого вида медпомощи для людей. Не нужно будет получать квоту, ждать операцию, число людей, которым она будет сделана, увеличится. Вошло в ОМС и эндопротезирование тазобедренных суставов.

Кроме того, в бюджете ФОМС предусмотрены целевые средства в размере 94,6 млрд рублей на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС. Плановые объемы помощи по наиболее востребованным видам указанной помощи в 2019 году увеличены – это нейроонкология, комплексная иммунохимиотерапия при лейкозах, сердечно-сосудистая хирургия при коррекции нарушений ритма сердца с имплантацией кардиовертерадефибриллятора, эндопротезирование коленных и плечевых суставов, трансплантация органов и костного мозга.

Методы высокотехнологичной медпомощи начали погружаться в систему ОМС с 2014 года. За это время в ОМС вошло 508 методов ВМП. Количество людей, получивших ВМП, за это время выросло – с 228 тыс. человек до 1 млн 133 тыс. человек в 2018 году.

Кроме того, были выделены дополнительные средства федерального бюджета. И в рамках нашей субвенции только на химиотерапию на этот год расходы в системе ОМС увеличились на 70 миллиардов рублей. Это позволило погрузить в систему ОМС все необходимые схемы лечения, которые на сегодняшний день соответствуют клиническим рекомендациям, разработанным

и утвержденным онкологическим сообществом России.

На дневной и круглосуточный стационар для онкологических больных на этот год запланировано направить более 200 млрд рублей. Из них 150 млрд – на химиотерапию. Увеличиваются расходы на внедрение более эффективных методов лучевой терапии и выполнение высокотехнологичных операций онкобольным. В этом году на это направление предусмотрено 10,4 млрд рублей на выполнение свыше 78 тыс. госпитализаций. В следующие два года продолжится рост финансирования на медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями – в 2020 году планируется дополнительно из федерального бюджета выделить 120 млрд, в 2021 году – 140 млрд. Это обеспечит доступность пациентам к химиотерапии, лучевой терапии, а также получения высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе протонной терапии.

Понимая важность решения задачи по повышению рождаемости, мы в программе госгарантий отдельно выделили медпомощь по ЭКО. Помимо этого, начиная с 2018 года, в систему ОМС вошла криоконсервация эмбрионов с последующим переносом в полость матки. Это позволит удешевить возможность повторного ЭКО. Ведь первая попытка может быть неудачной. Мы боремся не только за доступность ЭКО, но и за качество этой процедуры, которая должна заканчиваться родами.

**Модератор:** Объясните, пожалуйста: я прихожу в больницу за помощью, а там мне говорят: «Ой, мы вам ничем помочь не

можем, обратитесь в платную клинику!» В чем смысл страховой медицины, если предприятие платит за мою страховку, а я этой страховкой воспользоваться не могу?

*Андрей Лапшин*

**А.Н. Рыжаков:** В программе госгарантий оказания медпомощи четко прописаны сроки ожидания приема врача. Приема участкового врача-терапевта, педиатра, врача общей практики – не более двадцати четырех часов. Узких специалистов – не более 14 дней. Тридцать дней можно ждать только плановую госпитализацию, и то, если речь не идет об онкологии (в этом случае тоже максимум 14 дней).

Максимальное ожидание таких исследований, как КТ, МРТ – тоже тридцать дней, а при онкологии тоже не более 14. Время прибытия на вызов бригад скорой медицинской помощи – не более 20 минут с момента ее вызова.

Минздравом России в 2018 году разработана памятка для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи, которая растиражирована и направлена в регионы, а также размещена на официальном сайте Минздрава России и подробно, в удобной для пациента форме, разъясняет вопросы бесплатного оказания медицинской помощи.

Кроме того, в памятке отдельный раздел посвящен перечню случаев, при которых оплата оказанных услуг запрещена за счет личных средств граждан.

С 2016 года создан и функционирует институт страховых представителей, армия которых

уже составляет более 14 тыс. человек.

В случае Андрея, медорганизация нарушает права человека на доступную медпомощь, поэтому человеку нужно позвонить в страховую компанию, выдавшую ему полис ОМС. Главная задача СМО – как раз защита прав пациентов. И страховой представитель организует попадание человека к необходимому специалисту в установленные сроки.

**Модератор:** Какая у нас в стране медицина, страховая или плановая? Если страховая, то почему существует план, в виде фиксированных гарантированных объемов, а вся оказанная за их пределами медпомощь не оплачивается, или оплату приходится получать через суд.

*Alexey Hyder*

**С.Г. Кравчук:** Финансирование медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования осуществляется на основе страховых принципов.

Правительством Российской Федерации ежегодно в Программе государственных гарантий утверждаются нормативы объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо, которые устанавливаются с учетом заболеваемости населения Российской Федерации и основаны на реальной потребности граждан в медицинской помощи.

В рамках программ обязательного медицинского страхования предусмотрен механизм взаиморасчетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования при необходимости организации

получения пациентом медицинской помощи в другом регионе.

Так, в 2018 году сумма таких взаиморасчетов составила более 78 млрд рублей.

**Модератор:** Вот поступил вопрос от наших коллег из медорганизации. Здравствуйте! Расскажите, как финансируются регионы из фонда ОМС РФ? Почему финансовые планы учреждений здравоохранения не увеличиваются в связи с увеличением заработной платы, МРОТа, подорожанием ГСМ, медикаментов? С уважением, *Наталья Другова*, экономист учреждения здравоохранения Республики Карелия.

На эту же тему вопрос, только с позиции пациента: Куда надо обратиться и кто может помочь, если у больницы нет средств на обеспечение обследований, входящих в программу ОМС. Страховая компания говорит, что больница должна, а у больницы нет средств, что делать?

**С.Г. Кравчук:** Мы финансируем все территории России по единой тарифной политике, территориальные различия в финансовом обеспечении программы ОМС устранены. Размер субвенции ФОМС регионам рассчитывается с учетом коэффициента дифференциации, который учитывает территориальные особенности: плотность населения, транспортную доступность, качество дорожного покрытия в регионах, климатические и географические условия и многие другие факторы. Таким образом, мы создали финансовые условия для оказания медпомощи во всех регионах одинаковые, тарифы на сопоставимые виды медицин-

ской помощи в регионах выравнены, что должно обеспечивать равный доступ к медицинской помощи вне зависимости от места проживания человека. Также были разработаны единые способы оплаты. Но мы увидели, что на практике в ряде субъектов РФ оплата медицинской помощи различным медицинским организациям применяется по-разному. Вплоть до того, что некоторые территории нарушают федеральное законодательство.

В связи с этим в 2018 году были внесены изменения в законодательство, в нем появилось так называемое правило «двух ключей». По нему регион обязан при принятии тарифного соглашения в течение пяти рабочих дней официально направить его на согласование в Федеральный фонд ОМС на соответствие его базовой программе ОМС. И все изменения в тарифном соглашении субъект также обязан согласовывать с Федеральным фондом ОМС. Правило заработало с этого года. И если в 2018 году мы просто вели мониторинг и писали рекомендации, потому что правовых оснований вмешиваться и давать заключения у нас не было, и на начало прошлого года всего 18 региональных тарифных соглашений из 85 соответствовали федеральным нормативно-правовым актам. Все остальные были с нарушениями. Мы им писали замечания, они их устраняли, но, порой, к концу года. То сейчас ситуация кардинально изменилась. Это позволит контролировать тарифы на территории всей страны, а в случае их занижения субъекты РФ теперь обязаны внести соответствующие изменения в тарифные соглашения, позволя-

ющие урегулировать проблему недофинансирования медицинских организаций.

**Модератор:** Получается, что если сейчас где-то в регионах плохая организация здравоохранения, то дело не в деньгах, а в организации работы на местах?

**С.Г. Кравчук:** да, и до этого года было много субъективизма. Лечение больных в одних учреждениях в регионе оплачивалось по высоким тарифам, в других – по низким, скажем, вдвое меньше, чем положено. В качестве критериев могли выступать личные отношения между главврачом и чиновниками. В итоге у недофинансированных медучреждений возникали кредиторские задолженности, качество медобслуживания в них становилось еще ниже. А в регионах, корректно выполняющих федеральное законодательство, не было проблем с качеством и доступностью медпомощи.

С этого года необъективные подходы и финансирование медицинских организаций, исходя из личных отношений стали невозможны. Сейчас тарифы могут различаться только в зависимости от уровня оказания медпомощи и от уровня учреждения.

Необходимо напомнить, что за эффективную организацию медицинской помощи в регионах, правильную маршрутизацию пациентов, доступность помощи в отдаленных районах и прочее отвечают региональные власти.

А наших граждан, пациентов еще раз хочу призвать активно обращаться в свои СМО. Сейчас у нас работает более 14 тысяч страховых представителей пер-

вого, второго и третьего уровня.

Первый уровень – это представители в колл-центрах, которые как раз должны давать людям разъяснения по всем вопросам. Мы ежегодно разрабатываем для них тематические вопросы и стандарты ответа на них. Алгоритмы работы страховых представителей типизированы во всех страховых медицинских компаниях. Если у вас есть факт, что страховой представитель не защитил вас, если нарушаются ваши права, надо обращаться в территориальный фонд ОМС с этой информацией. Во всех регионах действуют горячие линии ТФОМС, все эти случаи разбираются и принимаются необходимые меры.

**Модератор:** Здравствуйте, кроме переработок, низких зарплат медицинских работников ещё есть один важный вопрос – работа страховых медицинских компаний в отношении учреждений здравоохранения.

Идёт «перекос» не на качество услуги как таковой, не на работу с пациентом, а на «правильное» оформление медицинской документации. Врачи «погрязли в бумажках». За неправильно поставленную запятую снимают страховой случай. ТФОМСам отданы слишком большие полномочия, и они решают, к какой организации относится лояльно, а какую надо «наказать». Страховые компании решают, какой код МКБ должен стоять, обоснована госпитализация или нет, даже в дневной стационар; малейшее отклонение от рекомендаций уже наказывается, полностью исключён индивидуальный подход к пациенту.

Врачи «стонут» от бумаг. Заполнение документов занимает 80% времени врача. Поэтому я считаю, что нужно пересмотреть саму систему взаимодействия ФОМС - ТФОМС - СМК - МО и «разгрузить» врачей от бумажной работы, чтобы уделять больше времени самому пациенту.

*Наталья Вылегжанина*

**С.Г. Кравчук:** В 2019 году принят новый порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, которым внедрены принципиально новые подходы к организации контрольно-экспертных мероприятий.

Особый акцент сделан на целевые и тематические экспертизы с отбором на проверку случаев по конкретным поводам возможного нарушения прав застрахованных лиц с заболеваниями, занимающими ведущее место в структуре смертности населения России – сердечно-сосудистые и, безусловно, онкологические заболевания.

Контроль сейчас стал превентивным, до представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в страховые компании.

На основе данных информационного ресурса территориального фонда сейчас осуществляется контроль профильности госпитализаций, соблюдения маршрутизации пациентов, своевременности включения в группу диспансерного наблюдения и обращений к врачу.

Эти меры позволят обеспечить пациента необходимой медицинской помощью до про-

ведения контрольно-экспертных мероприятий и, как следствие, значительно сократить количество выходов страховых компаний в медицинские организации.

Кроме того, по новому Порядку контроля дефекты оформления первичной медицинской документации уточнены и направлены только на выявление случаев отсутствия факта оказания застрахованному лицу медицинской помощи, подтвержденного медицинской документацией, или отсутствие сведений об обследованиях, предусмотренных клиническими рекомендациями, что не позволяет эксперту принять решение о соответствии медицинской помощи установленным требованиям.

Кроме того, размер финансовых санкций согласно новым Правилам ОМС по таким случаям уменьшен (справочно: коэффициент уменьшения оплаты, применяемый к указанным дефектам, удешевлен на 40% (с 0,5 до 0,3).

**Модератор:** В г. Тайшете Иркутской области давно остро стоит вопрос квалифицированного обслуживания беременных девушек (женщин). Мало того, что в Женской консультации просто не хватает врачей. Работает всего 1 врач. Остальные акушерки.

Этот персонал не умеет расшифровывать КТГ (кардиотокография) и все время отправляет всех беременных в Иркутск (700 км от Тайшета).

С сентября этого года 1 и 2 скрининга бесплатно можно сделать только в г. Братске! Это 67 часов пути на поезде.

Разумеется, проезд никто не оплачивает.

И проще пойти к платному специалисту в городе.

А теперь вопрос: для чего нам полис ОМС? Который включает в себя 3 бесплатных обязательных скрининга беременным. В городе есть специалисты частные, которые делали эти скрининги, обязательные, бесплатно при предъявлении ОМС-карты и ИНН. Что поменялось с сентября, никто не объясняет.

До какого времени это будет продолжаться тоже неизвестно.

Разберитесь, пожалуйста, в этой ситуации.

**С.Г. Кравчук:** Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в настоящее время в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуют мероприятия по укомплектованию медицинским персоналом региональные медицинские организации.

В субъектах Российской Федерации работает трехуровневая система маршрутизации пациентов, в том числе беременных женщин.

Кардиотокография включена в базовую программу обязательного медицинского страхования и оплачивается за счет средств ОМС.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи пациенткам должны быть организованы выезды необходимых специалистов из Иркутска или других районов. Это одно из требований Программы государственных гарантий. Действующие тарифы на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования позволяют организовать такие выезды.

Кроме того, в сфере обязательного медицинского страхо-

вания вопросы дистанционного консультирования пациентов также решены. Оплата случаев оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

**Модератор:** Вот еще вопрос от наших граждан:

*Прошу помочь в решении важного для Кежемского района вопроса - организации реабилитационного отделения при КГБУЗ «Кежемская РБ».*

*На территории Кежемского района находится более 1000 нуждающихся в реабилитации, из них 71 ребенок-инвалид. Ближайший реабилитационный центр находится в г. Красноярске, поездки туда обходятся очень накладно, для транспортировки ребенка-инвалида необходимо привлечение как минимум двух сопровождающих, которым придется оставлять работу и проживать какой-то период в краевом центре. Запись на реабилитацию формируется не ранее чем за три месяца, но, учитывая отдаленность и не развитую транспортную инфраструктуру и слабый иммунитет таких детей, подстроиться под очередь и приехать за 700 км и не заболеть перед днем записи сложно, а повторная запись будет не ранее чем через три месяца. А детям необходимо проходить реабилитационные процедуры не менее двух раз в год.*

*КГБУЗ «Кежемская РБ» по нормам ФМС относится к первому уровню, в которую не входит финансирование реабилитационных отделений, т.е. фонд оплаты труда врачей-реабилитологов, получение лицензии для данного*

*вида услуг тоже не предоставляется возможными для данной категории.*

*Обращаюсь к вам с просьбой проработать этот вопрос, чтобы в виде исключения для отдаленных территорий с неразвитой транспортной инфраструктурой, относящимся к первому уровню ОМС, как наш Кежемский район, расширить спектр оказываемых медицинских услуг и добавить финансирование на вышеобозначенную услугу.*

*С уважением, депутат районного Совета А.Э. Романов.*

**С.Г. Кравчук:** Объемы оказания и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» впервые выделены в базовой программе обязательного медицинского страхования с 2014 года и ежегодно увеличиваются.

В 2018 году базовой программой ОМС установлено требование об обязательном выделении объемов данной помощи детям.

В период 2016–2018 годов объемы медицинской помощи детям по данному профилю увеличились на 31% (с 985,1 к/д до 1 291,2 к/д), финансовое обеспечение – в 2 раза (с 2 341,2 млн рублей до 4 657,7 млн рублей).

На 2019 год базовой программой обязательного медицинского страхования установлена средняя стоимость 1 случая госпитализации по профилю «Медицинская реабилитация» в размере 34 656,6 рублей.

В I полугодии 2019 года медицинскую реабилитацию прошли уже 43,5 тыс. детей. Размер финансового обеспечения этой медицинской помощи составил почти 2,5 млрд рублей,

то есть в среднем 55 тыс. рублей на 1 законченный случай, что позволяет оказывать доступную и качественную медицинскую помощь по данному профилю.

Минздравом России утвержден порядок организации медицинской реабилитации, согласно которому данная медицинская помощь может осуществляться в выездной форме.

В состав выездной бригады медицинской реабилитации входят:

- врач-специалист по профилю оказываемой помощи;
- врач по лечебной физкультуре (либо инструктор-методист по лечебной физкультуре);
- средний медицинский персонал, в том числе проводящий физиотерапию, владеющий техникой массажа;
- медицинский психолог, логопед (при необходимости) и специалист по социальной работе.

Таким образом, тарифы в сфере ОМС позволяют в полном объеме покрыть затраты медицинской организации на проведение медицинской реабилитации с применением выездных форм.

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФОМС НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО ПРОВЕЛА ВСТРЕЧУ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ И ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА СТРАХОВЩИКОВ

19 Июля 2019 года, Москва



**По итогам встречи между Всероссийским союзом пациентов и Федеральным фондом ОМС будет подписано рамочное соглашение, которое определит новые формы взаимодействия между пациентским сообществом и ФОМС.**

**Пациентские организации будут включены в состав координационных советов по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС.**

«Необходимо включить представителей пациентского сообщества в координационный совет по защите прав застрахованных. Это межведомственная организация федерального уровня. Такие советы созданы во всех регионах России. Будет правильно, если представители Всероссийского союза пациентов станут его полноправными участниками. В рамках советов будут созданы специальные рабочие группы, куда также войдут представители пациентского сообщества», – сообщила Наталья Стадченко.

В частности, рабочие группы в рамках координационных советов займутся решением вопросов защиты прав онкологических больных, больных сердечно-сосудистыми или иными хроническими за-

болеваниями и т.п. Решения и предложения рабочих групп будут выноситься на общие заседания советов.

Представители пациентского сообщества готовы пройти дополнительное обучение, чтобы эффективно работать в рамках координационных советов. «Мы готовы провести специальные тренинги с пациентскими организациями по аспектам работы в системе ОМС, деятельности координационных советов, будем разяснять их цели и задачи, а также готовить общественников для того, чтобы они смогли эффективно подключиться к работе во всех субъектах России», – сказал сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв.

Совместная работа пациентских организаций с

ФОМС предполагает новые формы взаимодействия со страховыми компаниями и территориальными фондами ОМС. Она будет включать оценку эффективности работы страховых компаний на основе обратной связи с пациентами.

«У нас есть «горячие линии», у страховых медицинских организаций есть «горячие линии», и мы уже начинаем перенаправлять пациентов по вопросам ОМС к страховщикам. Все вопросы оперативно решаются. Мы уже поручаем своим экспертам при звонках уточнять – обращался ли пациент за помощью в свою страховую компанию, и, если да, то выяснять, насколько он остался доволен взаимодействием с СМО. Таким образом, мы снимаем огромный пласт информации об эффективности системы ОМС и готовы предоставлять и совместно анализировать полученные данные», – поделился своим видением одного из аспектов совместной работы со страховщиками Юрий Жулёв.

Страховые медицинские организации предлагают пациентскому сообществу помощь в контрольно-экспертной деятельности.

«У страховых компаний есть подготовленные эксперты. Мы можем проводить целевые экспертизы по тем запросам, которые поступают из пациентских сообществ, дополняя работу с обращениями граждан теми контрольно-экспертными функциями, которых нет у пациентских организаций. И ещё у нас есть юристы, которые могут защищать интересы пациентов в судах. Таким образом, сотрудничество страховых компаний с пациентскими организациями расширяет возможности для обращений пациентов», – отметил Сергей Плехов, заместитель генерального директора «СОГАЗ-Мед».

Следующий аспект совместной работы пациентских организаций и СМО – подготовка управленческих решений и их продвижение в органы управления здравоохранения.

«Думаю, что те предложения, которые будут подготовлены пациентским сообществом в союзе со страховыми компаниями и с представителями фондов ОМС, имеют больше шансов на то, чтобы быть принятыми к рассмотрению органами здравоохранения на уровне субъектов РФ», – заметил Сергей Плехов.

Пациентские организации совместно со страховыми медицинскими организациями также планируют провести работу по повышению правовой грамотности пациентов.

Руководитель рабочей группы по развитию ОМС Всероссийского союза страховщиков Александр

Трошин отметил, что сегодня «слабым звеном» в реализации прав пациентов в системе ОМС нередко является сам пациент.

«У пациентов нет навыка использования своих прав, он мало доверяет тому, что слышит о пациентоориентированной модели здравоохранения. Необходимо совместно формировать правильные поведенческие привычки пациентов. Для этого страховые компании и пациентские организации должны проводить тренинги для пациентов, причём не только для тех, кто уже оказался в беде, но и для потенциальных пациентов – тех, кто приходит в поликлиники для прохождения профилактических мероприятий».

Наталья Стадченко подчеркнула, что с 2019 года вступили в силу изменения в Закон об обязательном медицинском страховании, позволяющие внедрить правило «двух ключей».

По этому правилу ФОМС был наделён полномочиями по согласованию тарифных соглашений на оплату оказанной медицинской помощи в системе ОМС.

Более того, с 2021 года наступает административная ответственность за нарушения при составлении тарифных соглашений.

«Конечно, нельзя всё изменить мгновенно, но большая работа в этом направлении идёт, и мы надеемся, что продолжим её с учётом замечаний и данных от пациентских сообществ», – заявила Председатель ФОМС.

Она также отметила, что в сфере лечения онкологических больных уже наблюдаются позитивные изменения. Если в 2018 году почти в 60% случаев лечения онкозаболеваний химиотерапией использовались самые дешёвые схемы, то с тех пор, как страховые компании стали проводить экспертизы по каждому случаю лечения, количество дешёвых схем уменьшилось. В настоящее время процент лечения дешёвыми схемами составляет в среднем 30-35%.

«Для эффективного лечения не всегда требуется применение дорогой схемы, но и сегодня есть регионы, где, несмотря на полную финансовую обеспеченность КСГ для онкозаболеваний, этим не пользуются, выбирая дешёвые схемы лечения. Этот вопрос мы, безусловно, тоже будем обсуждать в рамках сотрудничества с пациентским сообществом и совместно находить эффективные пути решения проблем», – добавила Наталья Стадченко.

# ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2018 ГОД

*И.В. Соколова*



Федеральный фонд обязательного  
медицинского страхования

Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год» принят 16 октября 2019 года № 334-ФЗ.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования исполнил бюджет 2018 года в соответствии с целями, поставленными Федеральным

законом от 5 декабря 2017 года № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

Исполнение бюджета Федерального фонда обеспечило выполнение принятых обязательств на 2018 год.

## Для корреспонденции

**Соколова Ирина Васильевна**

заместитель Председателя Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования

Тел.: (495) 870-96-80, доб. 1003

E-mail: isokolova@ffoms.ru

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

Доходы бюджета Федерального фонда составили 1 895,9 млрд рублей, что на 8,1 млрд рублей, или на 0,4% выше утвержденного объема. По сравнению с 2017 годом доходы возросли на 158,8 млрд рублей, или на 9,1%.

За работающих граждан поступило 1 200,6 млрд рублей (100,5% от закона), за неработающих – 661,6 млрд рублей (100%).

На компенсацию выпадающих доходов из федерального бюджета получено межбюджетных трансфертов 32,2 млрд рублей (100%).

Все расходные обязательства бюджета Федерального фонда выполнены.

Расходы произведены в сумме 1 988,5 млрд рублей, из которых на реализацию территориальных программ ОМС направлено субвенций в размере 1 870,6 млрд рублей. Субвенция обеспечила установленный программой государственных гарантий подушевой норматив в размере 10 812,7 рублей (на 21,7% больше 2017 года).

За счет субвенции достигнуто выполнение Указа по заработной плате медицинских работников.

Заработная плата врачей составила 75,5 тыс. рублей (200,3% от трудового дохода), среднего медицинского персонала – 36,9 тыс. рублей (98%) и младшего медицинского персонала – 34,5 тыс. рублей (91,4%).

Вся высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачена за счет средств ОМС. На эти цели направлено 100,8 млрд рублей (100% от утвержденного объема), в том числе 94,5 млрд рублей для федеральных государственных учреждений и 6,24 млрд рублей для региональных медицинских организаций.

Высокотехнологичную медицинскую помощь получили 1 130,8 тыс. человек, на 7,9% больше, чем в 2017 году (1 047,9 тыс. человек).

По заявкам Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату родовых сертификатов перечислено 15,2 млрд рублей.

Бюджет исполнен с дефицитом в размере 92,6 млрд рублей, который обеспечен доходами с учетом переходящих остатков средств бюджета Федерального фонда.

## ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОДДЕРЖАЛА ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2018 ГОД»

26 сентября 2019 года, Москва



Первый заместитель Комитета Государственной Думы Российской Федерации по труду, социальной политике и делам ветеранов **М.В. Тарасенко:**

Рассмотрение и исполнение бюджетов Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда обязательного медицинского страхования и Фонда социального страхования за 2018 год – это далеко не протокольное, не рутинное мероприятие, это способ увидеть позитивные и негативные тенденции в страховании и учесть их при планировании будущих периодов. Позитивных тенденций больше, фонды в основном справились со своими задачами и поэтому фракция «ЕДИНАЯ РОССИЯ» поддерживает утверждение отчетов государственных фондов.

## СОВЕТ ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОДОБРИЛ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2018 ГОД»

9 октября 2019 года, Москва



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

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования исполнил бюджет 2018 года в соответствии с поставленными целями. Приоритетным направлением деятельности фонда являлась реализация Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации.



**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН**  
от 16 октября 2019 года № 334-ФЗ  
**ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2018 ГОД**

*Принят Государственной Думой  
26 сентября 2019 года*

*Одобен Советом Федерации  
9 октября 2019 года*

**Статья 1**

Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2018 год со следующими основными показателями:

- 1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 895 924 306,3 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 32 193 705,1 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 988 542 191,1 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные федеральному бюджету в сумме 6 240 000,0 тыс. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 15 159 431,3 тыс. рублей;
- 3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 92 617 884,8 тыс. рублей.

**Статья 2**

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2018 год:

- 1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2018 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;
- 2) структура расходов бюджета Фонда за 2018 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;
- 3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2018 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;
- 4) распределение субвенций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, за 2018 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Москва, Кремль  
16 октября 2019 года  
№ 334-ФЗ

Президент  
Российской Федерации  
В. ПУТИН

**Приложение 1**  
к Федеральному закону «Об исполнении бюджета  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования за 2018 год»

## ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2018 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
<b>Доходы, всего</b>			<b>1 895 924 306,3</b>
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	1 862 265 189,5
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	1 862 204 873,8
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 160	1 862 204 873,8
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	1 02 02100 08 0000 160	1 862 204 873,8
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 02 02101 08 0000 160	1 181 843 519,5
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	395	1 02 02102 08 0000 160	661 629 950,5
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения в фиксированном размере, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 02 02103 08 0000 160	18 731 403,8
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	3 366,3
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	2 345,8
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 01 0000 110	832,5
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01012 01 0000 110	832,5

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 01 0000 110	350,5
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01022 01 0000 110	350,5
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01030 01 0000 110	1 162,8
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 02 0000 110	858,7
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 02020 02 0000 110	858,7
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 01 0000 110	161,8
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	161,8
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	55 424,2
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	24 350,1
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	24 350,1
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	31 073,4
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	31 073,4
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 09 11000 02 0000 110	0,7
Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 09 11020 02 0000 110	0,7
Доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	552,4
Доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02000 00 0000 130	552,4
Прочие доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02990 00 0000 130	552,4

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 02998 08 0000 130	552,4
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	7,4
Доходы от реализации имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности (за исключением движимого имущества бюджетных и автономных учреждений, а также имущества государственных и муниципальных унитарных предприятий, в том числе казенных)	000	1 14 02000 00 0000 000	7,4
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	394	1 14 02080 08 0000 440	7,4
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	965,9
Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев	000	1 16 23000 00 0000 140	119,3
Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	1 16 23080 08 0000 140	119,3
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 23081 08 0000 140	119,3
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд	000	1 16 33000 00 0000 140	3,2
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	000	1 16 33080 08 0000 140	3,2
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба	000	1 16 90000 00 0000 140	843,4

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 90080 08 0000 140	843,4
Поступления (перечисления) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации	000	1 18 00000 00 0000 000	-0,5
Поступления в бюджеты (перечисления из бюджета) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам	000	1 18 00000 00 0000 180	-0,5
Поступления в бюджет Фонда обязательного медицинского страхования (перечисления из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам	394	1 18 00000 08 0000 180	-0,5
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	33 659 116,8
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	32 193 705,1
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 50000 00 0000 151	32 193 705,1
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 55182 08 0000 151	32 193 705,1
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации и организациями остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 000	1 465 563,4
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 151	1 465 563,4
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 00000 08 0000 151	1 465 563,4

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков 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 39640 08 0000 151	194 027,0
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 50930 08 0000 151	819 880,6
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на осуществление единовременных выплат медицинским работникам	394	2 18 51360 08 0000 151	216 599,7
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата прочих остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 70000 08 0000 151	235 056,1
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 19 00000 00 0000 000	-151,7
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 19 00000 08 0000 151	-151,7
Возврат прочих остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет	394	2 19 70000 08 0000 151	-151,7

**Приложение 2**  
к Федеральному закону  
«Об исполнении бюджета  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования за 2018 год»

**СТРУКТУРА  
РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2018 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					1 988 542 191,1
Общегосударственные вопросы	01	00			676 109,8
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			8 118,1
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	08	01 0 00 00000		8 118,1
Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 00 00000		8 118,1
Основное мероприятие «Исполнение международных обязательств Российской Федерации в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 02 00000		8 118,1
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 02 92798	200	1 308,9
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 02 92798	800	6 809,2
Другие общегосударственные вопросы	01	13			667 991,7
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	13	01 0 00 00000		667 991,7
Подпрограмма «Информационные технологии и управление развитием отрасли»	01	13	01 Г 00 00000		667 991,7
Основное мероприятие «Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы»	01	13	01 Г 03 00000		667 991,7
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 03 90059	100	275 684,3
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Г 03 90059	200	386 726,1
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Г 03 90059	800	5 581,3
Образование	07	00			11 572,0
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			11 572,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	07	05	01 0 00 00000		11 572,0
Подпрограмма «Информационные технологии и управление развитием отрасли»	07	05	01 Г 00 00000		11 572,0
Основное мероприятие «Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы»	07	05	01 Г 03 00000		11 572,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Г 03 90059	200	11 572,0
Здравоохранение	09	00			1 987 854 509,3
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			1 987 854 509,3
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		1 987 854 509,3
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	09	09	01 1 00 00000		115 916 659,3
Основное мероприятие «Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи»	09	09	01 1 19 00000		100 757 228,0
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 1 19 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	09	09	01 1 19 92110	600	94 517 228,0
Основное мероприятие «Совершенствование службы родовспоможения»	09	09	01 1 22 00000		15 159 431,3
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 1 22 39640	500	15 159 431,3
Подпрограмма «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении»	09	09	01 7 00 00000		40 400,0
Основное мероприятие «Государственная поддержка отдельных категорий медицинских работников»	09	09	01 7 03 00000		40 400,0
Осуществление единовременных выплат медицинским работникам за периоды, истекшие до 1 января 2018 года (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	09	09	01 7 03 51360	300	15 200,0
Осуществление единовременных выплат медицинским работникам за периоды, истекшие до 1 января 2018 года (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 7 03 51360	500	3 400,0
Осуществление единовременных выплат медицинским работникам за периоды, истекшие до 1 января 2018 года (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 7 03 51360	800	21 800,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Подпрограмма «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации»	09	09	01 Д 00 00000		1 871 897 450,0
Основное мероприятие «Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»	09	09	01 Д 01 00000		1 870 572 020,5
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 Д 01 50930	500	1 870 572 020,5
Основное мероприятие «Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца»	09	09	01 Д 02 00000		1 325 429,5
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 Д 02 90059	200	1 325 429,5

**Приложение 3**  
к Федеральному закону  
«Об исполнении бюджета  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования за 2018 год»

## ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2018 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			92 617 884,8
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	92 617 884,8
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	92 617 780,9
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-1 911 136 368,1
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-1 911 136 368,1

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-1 911 136 368,1
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-1 911 136 368,1
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	2 003 754 149,0
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	2 003 754 149,0
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	2 003 754 149,0
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	2 003 754 149,0
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	103,9
Курсовая разница	000	01 06 03 00 00 0000 000	103,9
Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 03 00 08 0000 171	103,9

**Приложение 4**  
к Федеральному закону  
«Об исполнении бюджета  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования за 2018 год»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ  
СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮДЖЕТЫ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ  
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗА 2018 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация	1 870 572 020,5
в том числе:	
Республика Адыгея (Адыгея)	4 469 505,2

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Республика Алтай	4 119 879,9
Республика Башкортостан	47 979 881,2
Республика Бурятия	15 307 099,0
Республика Дагестан	28 128 671,7
Республика Ингушетия	4 642 021,9
Кабардино-Балкарская Республика	8 136 372,9
Республика Калмыкия	3 104 621,0
Карачаево-Черкесская Республика	4 476 706,5
Республика Карелия	11 370 355,0
Республика Коми	17 166 639,9
Республика Крым	19 940 921,9
Республика Марий Эл	7 395 811,1
Республика Мордовия	8 443 194,1
Республика Саха (Якутия)	27 234 038,7
Республика Северная Осетия - Алания	7 602 580,9
Республика Татарстан (Татарстан)	40 869 302,8
Республика Тыва	6 545 623,4
Удмуртская Республика	18 248 445,0
Республика Хакасия	8 342 199,1
Чеченская Республика	15 000 502,0
Чувашская Республика - Чувашия	13 554 660,2
Алтайский край	29 332 178,4
Забайкальский край	16 271 346,3
Камчатский край	8 821 599,0
Краснодарский край	58 520 872,5
Красноярский край	48 170 346,8
Пермский край	31 740 889,1
Приморский край	28 566 152,2
Ставропольский край	29 265 213,9
Хабаровский край	23 339 088,6
Амурская область	13 236 795,9

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Архангельская область	21 399 052,5
Астраханская область	10 809 780,6
Белгородская область	16 857 658,9
Брянская область	13 159 131,6
Владимирская область	15 169 947,8
Волгоградская область	27 025 316,4
Вологодская область	14 671 402,3
Воронежская область	25 008 975,0
Ивановская область	10 819 771,5
Иркутская область	38 529 633,5
Калининградская область	10 597 700,3
Калужская область	10 950 897,1
Кемеровская область	34 003 616,3
Кировская область	15 426 360,5
Костромская область	7 134 403,3
Курганская область	10 524 167,9
Курская область	12 192 097,8
Ленинградская область	16 896 552,2
Липецкая область	12 840 459,7
Магаданская область	4 427 409,0
Московская область	89 786 648,6
Мурманская область	16 051 059,5
Нижегородская область	35 494 073,9
Новгородская область	6 800 712,5
Новосибирская область	34 009 553,8
Омская область	23 603 979,2
Оренбургская область	24 374 113,3
Орловская область	8 435 809,0
Пензенская область	14 352 853,0
Псковская область	6 905 530,9
Ростовская область	44 151 998,2

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Рязанская область	12 250 335,0
Самарская область	34 873 952,6
Саратовская область	26 780 119,6
Сахалинская область	11 524 173,7
Свердловская область	52 782 078,2
Смоленская область	10 433 314,8
Тамбовская область	10 986 816,9
Тверская область	14 315 885,0
Томская область	15 723 433,0
Тульская область	16 245 043,7
Тюменская область	17 667 811,1
Ульяновская область	13 561 980,4
Челябинская область	42 138 408,1
Ярославская область	14 154 127,1
город федерального значения Москва	205 854 398,7
город федерального значения Санкт-Петербург	71 481 376,3
город федерального значения Севастополь	4 386 063,6
Еврейская автономная область	2 707 691,7
Ненецкий автономный округ	1 284 227,6
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	32 983 501,8
Чукотский автономный округ	1 607 502,5
Ямало-Ненецкий автономный округ	14 608 604,9
город Байконур	466 992,0

## О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

*И.В. Соколова*



Федеральный фонд обязательного  
медицинского страхования

Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Федеральный закон от 26.07.2019 №204-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Подготовка Федерального закона вызвана ратификацией Протокола о внесении изменений

в Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Казахстан о порядке медицинского обслуживания персонала космодрома «Байконур», жителей г. Байконура, посёлков Торетам и Акай в условиях аренды Российской Федерацией комплекса «Байконур» от 17 ноября 2009 года, вступившего в силу 10 октября 2018 года.

Указанный Протокол конкретизировал категории граждан Российской Федерации и граждан

### Для корреспонденции

**Соколова Ирина Васильевна**

заместитель Председателя Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования

Тел.: (495) 870-96-80, доб. 1003

E-mail: isokolova@ffoms.ru

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

Республики Казахстан, относящихся соответственно к системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации и к системе обязательного медицинского страхования Республики Казахстан.

Принятые Протоколом изменения привели к уменьшению в г. Байконуре численности застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Изменение численности застрахованных лиц в г. Байконуре влечёт изменение размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения г. Байконура и уменьшение размера субвенции, предоставляемой бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования г. Байконура.

Изменение размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения снизит нагрузку на бюджет г. Байконура на 145,5 млн рублей.

Поскольку Федеральный закон связан с изменением численности застрахованных, вносимые изменения не ведут к снижению доступности меди-

цинской помощи для застрахованных лиц г. Байконура и полностью обеспечивают финансирование Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи г. Байконура.

Объём субвенции, предоставляемой бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования г. Байконура, по уточнённой численности застрахованных лиц в г. Байконуре полностью обеспечит финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования г. Байконура.

Изменения в статье 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливают правовые основания для использования данных о численности застрахованных лиц в г. Байконуре на 1 января 2019 года в целях определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и размера субвенции для г. Байконура на 2019 год.



**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН**  
от 26 июля 2019 года № 204-ФЗ  
**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ**  
**В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2019 ГОД**  
**И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ» И СТАТЬЮ 51**  
**ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ**  
**СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

*Принят Государственной Думой  
18 июля 2019 года*

*Одобен Советом Федерации  
23 июля 2019 года*

Статья 1

Внести в 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 49, ст. 7505) следующие изменения:

1) в части 1 статьи 1:

а) в пункте 1 слова «в сумме 2 098 172 370,7 тыс. рублей» заменить словами «в сумме 2 098 026 849,7 тыс. рублей»;

б) в пункте 2 слова «в сумме 2 190 422 049,8 тыс. рублей» заменить словами «в сумме 2 190 182 919,2 тыс. рублей»;

в) в пункте 3 слова «в сумме 92 249 679,1 тыс. рублей» заменить словами «в сумме 92 156 069,5 тыс. рублей»;

2) в пункте 1 статьи 4 слова «приложению 4» заменить словами «приложениям 4 и 4.1»;

3) приложение 3 изложить в следующей редакции:

«Приложение 3  
к Федеральному закону  
«О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»  
(в редакции Федерального закона  
«О внесении изменений в Федеральный закон  
«О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и статью 51  
Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании  
в Российской Федерации»)

### 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, подгруппы, 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	92 156 069,5	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	92 156 069,5	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	92 156 069,5	530 984,6	5 676 264,6»;

4) дополнить приложением 4.1 следующего содержания:

«Приложение 4.1  
к Федеральному закону  
«О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
на 2019 год и на плановый период  
2020 и 2021 годов»

**ИЗМЕНЕНИЕ  
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ 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					-239 130,6
Здравоохранение	09	00			-239 130,6
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			-239 130,6
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		-239 130,6
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	09	09	01 К 00 00000		-239 130,6
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	09	09	01 К 10 00000		-239 130,6
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	-239 130,6»;

5) приложение 6 изложить в следующей редакции:

«Приложение 6  
к Федеральному закону  
«О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
на 2019 год и на плановый период  
2020 и 2021 годов» (в редакции Федерального закона  
«О внесении изменений в Федеральный закон  
«О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
на 2019 год и на плановый период  
2020 и 2021 годов» и статью 51  
Федерального закона «Об обязательном  
медицинском страховании  
в Российской Федерации»)

**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	2 068 282 000,5
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

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Республика Карелия	11 746 268,8
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

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
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 (Кузбасс)	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
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

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
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	380 914,2».

## Статья 2

Статью 51 Федерального закона 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; 2017, № 1, ст. 12, 13; 2018, № 49, ст. 7509; 2019, № 6, ст. 464) дополнить частями 8.2 и 8.3 следующего содержания:

«8.2. Объем субвенции из бюджета Федерального фонда, предоставляемой в 2019 году бюджету Территориального фонда города Байконура, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности застрахованных лиц в городе Байконуре на 1 января 2019 года.

8.3. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных в 2019 году в бюджете города Байконура на обязательное медицинское страхование неработающего населения, определяется исходя из численности неработающих застрахованных лиц на 1 января 2019 года в городе Байконуре и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в городе Байконуре.».

### Статья 3

1. Объем субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставленной в 2019 году бюджету Территориального фонда города Байконура до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, учитывается в объеме субвенции, предусмотренной бюджету Территориального фонда города Байконура в соответствии с Федеральным законом 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» (в редакции настоящего Федерального закона).

2. Сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплаченная страхователем для неработающих граждан города Байконура до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, учитывается в объеме бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете города Байконура на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащих перечислению в 2019 году в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона).

Москва, Кремль  
6 июля 2019 года  
№ 204-ФЗ

Президент  
Российской Федерации  
В. ПУТИН

## СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СЕВАСТОПОЛЯ ОТМЕТИЛА ПЯТИЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ



В Правительстве Севастополя состоялось заседание координационного совета, на котором подвели итоги работы системы обязательного медицинского страхования за прошедшие пять лет.

«Система обязательного медицинского страхования в Севастополе обеспечивает финансовую стабильность и устойчивость всей отрасли здравоохранения. Общий объём средств ОМС, направленный в систему здравоохранения

города за 5 лет, составил 19,3 млрд рублей. В 2019 году существенным положительным моментом стало увеличение размера субвенции почти на 517 млн рублей, или на 12% по сравнению с 2018 годом», – сообщил Юрий Нечепоренко.

По словам председателя Законодательного Собрания Севастополя Екатерины Алтабаевой\*, городу удалось организовать систему, которую другие регионы формировали четверть века: «От

имени севастопольцев, а это, наверное, самое важное, я хочу поблагодарить всех, кто стоял у истоков создания нашего территориального фонда обязательного медицинского страхования. Перейти на совершенно новую систему финансирования и обеспечение здравоохранения – это поистине титанический труд».

За 5 лет система ОМС обеспечила финансирование медицинских организаций и защиту прав застрахованных пациентов.

\* Е.Б. Алтабаева с 14.09.2019 г. – член Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от Законодательного Собрания Севастополя

За прошедшие годы 128 тыс. человек, то есть одна треть взрослого населения города, прошли диспансеризацию и профилактические осмотры. В отношении детей такие мероприятия организованы в 440 тыс. случаев – каждый второй ребёнок уже дважды был на комплексном осмотре у ряда профильных врачей. В настоящее время работают 24 страховых представителя, из них 7 – третьего уровня. Нововведением в работе страховых представителей стало информационное сопровождение застрахованных лиц, впервые взятых на учёт со злокачественными новообразованиями, а также по заявлению самих пациентов в период оказания им медицинской помощи.

В 2019 году предусмотрены целевые средства в размере 475 млн рублей на оказание медицинской помощи по профилю «онкология». Увеличение расходов, по сравнению с 2018 годом, составило 237 млн рублей, то есть в 2 раза. Директор ТФОМС Севастополя Татьяна Гроздова привела в пример показатели реализации регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение» в Севастополе. Из средств, выделённых на борьбу с онкозаболеваниями, 356 млн – финансирование для проведения химиотерапии.

«В первую очередь средства нацелены на улучшение качества химиотерапевтического лечения, чтобы использовать более современные, дорогостоящие препараты», – подчеркнул Юрий Нечепоренко.

«Химиотерапия должна дать высокий рост жизни и пятилет-

ней выживаемости пациентов, и годичной выживаемости пациентов, и мы считаем, что ряд направлений онкологии, которые сейчас развиваются в России, дают возможность, здоровья пациенту. Это раньше был конец: узнали диагноз онкология, и на этом заканчивалась жизнь. Теперь это просто профессиональное, грамотное лечение. И я уверена: мы всё равно станем теми, кто сможет применить в действии все финансовые средства и возможности для дальнейшего развития, оказания этой медицинской помощи», – сказала Татьяна Гроздова.

Строительство онкодиспансера на 150 коек планируется в Севастополе в этом году по федеральной целевой программе развития Крыма, его стоимость – 4 млрд рублей. В планах – запуск первого в городе линейного ускорителя заряженных частиц, с помощью которого в онкодиспансере начнут проводить лучевую терапию.

Ещё одно приоритетное направление финансирования – система оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В Севастополе её оказывают по кардиологическому профилю, в области ортопедии и травматологии.

«Впервые жителям стала доступна дорогостоящая специализированная, высокотехнологичная медицинская помощь, а также реабилитация в непосредственно городских медицинских организациях», – отметил Юрий Нечепоренко.

«Прорабатывается вопрос трансплантации почки, мы начали ещё с прошлого года, это

достаточно серьёзно. Требуется большая работа в правовом регулировании», – прокомментировал директор Департамента здравоохранения Севастополя Сергей Шеховцов.

Правовые вопросы касаются и оплаты труда медработников. Специалисты ТФОМС Севастополя мониторят среднюю зарплату по больницам. По этим данным, врачи получают 58 тыс. рублей, средний медперсонал – 29 тыс. рублей. Врачей, которые считают, что им начисляют оклад неправильно, приглашают лично посетить территориальный фонд и обсудить проблему.

В рамках празднования пятилетия системы ОМС в Севастополе были проведены итоги профессиональных конкурсов по номинациям: «Лучший врач амбулаторно-поликлинической службы», «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая поликлиника по итогам прохождения диспансеризации взрослого населения», «Лучшая поликлиника по итогам прохождения профилактических осмотров детского населения», «Лучший страховой представитель (1 и 2 уровня)». Кроме того, были подведены итоги конкурса рисунков «Здоровье глазами детей».

По окончании мероприятия участники совещания возложили цветы к Вечному огню у мемориала героической обороны Севастополя 1941–1942 гг. на площади им. П.С. Нахимова.



## СПИСОК ПОБЕДИТЕЛЕЙ

«Лучший врач амбулаторно-поликлинической службы»: врач амбулаторно-поликлинической службы ГБУЗС «Городская больница № 6» **Щодрак Елена Васильевна**

«Лучшая медицинская сестра»: медицинская сестра ГБУЗС «Городская больница № 6» **Григоренко Дарья**

«Лучшая поликлиника по итогам прохождения диспансеризации взрослого населения»: ГБУЗС «Городская больница № 4» – главврач **Гавриляк Валентина Геннадьевна**

«Лучшая поликлиника по итогам прохождения профилактических осмотров детского населения»: ГБУЗС «Городская больница № 5» – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» Детская поликлиника № 2 - главврач **Аверина Елена Владимировна**

«Лучший страховой представитель 1 уровня»: страховой представитель 1 уровня Севастопольского филиала общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «КРЫММЕДСТРАХ» **Филимонова Анжела Сергеевна**



«Лучший страховой представитель 2 уровня»: страховой представитель 2 уровня Севастопольского филиала «Крымской Страховой Медицинской Компании» общества с ограниченной ответственностью «Арсенал Медицинское Страхование» **Соловьева Екатерина Юрьевна**

Победители конкурса детских рисунков «Здоровье глазами ребенка»

Категория до 7 лет **Синельников Матвей (5 лет)**

Категория до 12 лет **Чакала Айдер (8 лет)**

Категория до 17 лет **Костевич Богдана (16 лет)**



## НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

### Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея



**Ялина Людмила Владимировна**, 1972 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея на основании Постановления Кабинета Министров Республики Адыгея от 11.07.2019г. № 161.

Ялина Л. В. в 2001 году окончила Адыгейский государственный университет, присвоена квалификация «экономист» по специальности «бухгалтерский учет и аудит».

Трудовую деятельность начала в 1989 году бухгалтером ПТИ Минсевзапстроя СССР.

С 1990 по 1991 год – заместитель начальника отделения связи Ярославского почтамта.

С 1991 по 1996 год – старший бухгалтер, зам. главного бухгалтера Майкопского завода

дубильных экстрактов.

С 1996 по 1997 год – бухгалтер Комитета по образованию Администрации города Майкопа.

С 1997 по 1998 год – контролер-ревизор КРУ МФ РФ по Республике Адыгея.

С 1998 по 2002 год – контролер-ревизор, начальник ревизионного отдела Финансового управления Администрации города Майкопа.

2003 год – бухгалтер, зам. главного бухгалтера Майкопской городской муниципальной клинической больницы.

С 2003 по 2004 год – ведущий бухгалтер Адыгейского филиала Кубанской государственной медицинской академии.

С 2004 по 2015 год – главный специалист, начальник отдела прогнозирования и анализа расходов бюджета Финансового управления Администрации муниципального образования «Город Майкоп».

С 2015 по 2019 год – заместитель руководителя Финансового управления Администрации муниципального образования «Город Майкоп».

В 2012 году награждена Почетной грамотой Министерства финансов Республики Адыгея, в 2017 году награждена Почетной грамотой муниципального образования «Город Майкоп».

В 2018 году присвоено почетное звание «Заслуженный экономист Республики Адыгея».

### Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым



**Карпеев Андрей Юрьевич**, 1980 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым на основании распоряжения Совета министров Республики Крым от 01.10.2019 г. № 1235-р.

Карпеев А. Ю. в 2002 году окончил Рязанский филиал Военного университета связи по специальности «Инженер». В 2009 году окончил Московский финансово-правовой институт по специальности «Бухгалтерский учет, анализ и аудит».

В 2019 году окончил магистратуру Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» (г. Симферополь), по направлению подготовки «Государственное и муниципальное управление».

Образование за рубежом: программа «Ознакомление с правовыми основами защиты прав пациентов и застрахованных в системе здравоохранения и медицинского страхования в Швеции и Дании», Дания, Швеция, НОУ ДПО «Консалтинговый центр», 2009 год.

С 2005 по 2015 год – работал в контрольно-ревизионном управлении Федерального фонда ОМС.

С 2015 по 2018 год – директор ТФОМС Республики Крым.

С января по сентябрь 2019 года – директор ТФОМС Республики Дагестан.

Имеет Благодарность Министра здравоохранения Российской Федерации. Награжден Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Памятным знаком «25 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации».

## Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области



**Ковалева Юлия Васильевна**, 1968 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области на основании Постановления Правительства Калужской области от 31.07.2019 г. № 481.

Ковалева Ю.В. окончила Всесоюзный ордена «Знак Почета» заочный финансово-экономический институт. В 2003 году окончила Академию труда и социальных отношений.

С 1994 по 2006 год – главный специалист-ревизор, консультант-ревизор, заместитель главного бухгалтера в Калужском региональном отделении Фонда социального страхования Российской Федерации.

С 2006 по 2008 год – заместитель руководителя Департамента финансов, бухгалтерского учета и отчетности в Фонде социального страхования Российской Федерации.

С 09.2008 по 11.2008 года – заместитель начальника отдела централизованной бухгалтерии в Министерстве финансов Калужской области.

С 2008 по 2009 год – заместитель начальника отдела финансирования и бухгалтерского учета в Министерстве тарифной политики и тарифов Калужской области.

С 2009 по 2017 год – начальник финансово-экономического отдела в Министерстве строительства и жилищно-коммунального хозяйства Калужской области.

С 2017 по 2019 год – заместитель Министра здравоохранения Калужской области.

Награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Калужской области.

## Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области



**Заречнев Сергей Михайлович**, 1961 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области на основании Постановления Правительства Саратовской области от 31.07.2019 г. № 535-П.

Заречнев С.М. в 1983 году окончил Саратовский ордена Трудового Красного Знамени государственный университет им. Н.Г. Чернышевского по специальности «Полупроводники и диэлектрики» с присвоением квалификации «Инженер-физик». В 1999 году закончил Поволжскую академию государственной службы по специальности «Государственное и муниципальное управление» с присвоением квалификации «Менеджер».

С 1983 по 1985 год – инженер в опытно-конструкторском бюро производственного объединения «Рефлектор».

С 1985 по 1991 год – секретарь комитета ВЛКСМ производственного объединения «Рефлектор», второй, затем первый секретарь Ленинского райкома ВЛКСМ г. Саратова.

С 1993 по 2005 год – работал на различных должностях в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Саратовской области.

С 2005 по 2018 год – первый заместитель директора в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Саратовской области.

С 2018 по 2019 год – заместитель Министра здравоохранения Саратовской области.

С 01.07.2019 по 30.07.2019 исполнял обязанности директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области.

Награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Почетной грамотой Администрации Саратовской области, Почетной грамотой Министерства здравоохранения Саратовской области, Почетной грамотой Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области, имеет Благодарность Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

## ПРЕДСТАВИТЕЛИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПОСЕТИЛИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА В ГОРОДЕ МУРОМЕ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ



Учреждение занимается оказанием медицинской, педагогической и социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, с органическими поражениями центральной нервной системы с нарушением психики и без нарушения психики, инвалидам с детства.



Администрация выразила признательность Федеральному фонду обязательного медицинского страхования за многолетнюю поддержку и сотрудничество с коллективом Детского дома.

Представители Федерального фонда обязательного медицинского страхования и сотрудники Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области пообщались с малышами, а также сотрудниками Дома ребенка и отметили, что его коллектив искренне окружает малышей заботой и теплым отношением. Случайных людей здесь нет. Сюда приходят работать по зову души и сердца с огромной любовью к детям.

В рамках оказания дополнительной помощи воспитанникам Дома ребенка были переданы одежда,

медицинский инвентарь, предметы ухода и гигиены, развивающие игры, книги, сладкие подарки, приобретенные на добровольно собранные личные средства сотрудников ФОМС.

Кроме традиционных подарков, по договоренности с администрацией региона, Владимирский областной театр привез кукольный спектакль для воспитанников старшей группы. Дети с восторгом смотрели представление, охотно включались в действие сказки.

Для оказания помощи воспитанникам Муромского Дома ребенка приведены реквизиты:

**УФК по Владимирской области  
(ГКУЗ ВО «Муромский дом ребенка специализированный», л/с 04282002160)  
602267, Владимирская область, г. Муром,  
ул. Карла Маркса, д. 19  
Р/сч 40201810300000000001  
Отделение Владимир  
БИК 041708001, ИНН 3307015972  
КПП 333401001, ОКПО 43159805  
тел./факс: (849234) 3-14-98 – главный врач  
Золотухина Елизавета Ивановна  
(849234)3-20-79 – главный бухгалтер  
Капанова Лариса Юрьевна  
Действует на основании Устава  
электронный адрес: [buhmdrs@mail.ru](mailto:buhmdrs@mail.ru)**

УДК 614.2

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКСПЕРТНО-КОНТРОЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ СИСТЕМЫ ОМС С ПОЗИЦИИ БАЛАНСА ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ: ТРЕНД XXIII ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕЖДУНАРОДНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФОРУМА

Н.И. Гришина, А.А. Старченко



ООО «Капитал Медицинское Страхование»

## Реферат

XXIII Петербургский международный экономический форум обозначил новый тренд современного этапа развития системы ОМС - переориентировка экспертной деятельности от формального подхода в оценке оформления медицинской документации к оценке медицинской помощи в соотношении ее с риском прогрессии имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания, осложнения или угрозы причинения вреда жизни и здоровью пациента. Во главу угла оценки медицинской документации следует ставить медицинскую сущность дефекта оформления конкретного документа, возможность его отрицательного влияния на своевременность оказания помощи, на правильность выбора методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, а также на степень достижения запланированного результата. Усилия по повышению качества оформления важнейших медицинских документов будут реально способствовать восстановлению баланса прав и законных интересов врачей и пациентов с целью дальнейшей реализации принципа пациентоориентированности.

## Ключевые слова:

*система ОМС, экспертиза медицинской помощи, качество медицинской помощи, дефекты медицинской помощи, дефекты оформления медицинской документации, права пациентов, принцип пациентоориентированности.*

## Для корреспонденции

**Гришина Надежда Ивановна**

генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Тел.: 8 (495)287-81-27

E-mail: oms@kapmed.ru

**Старченко Алексей Анатольевич**

советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе»

Тел.: 8 (495)287-81-25, доб. 4079

E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, дом 13, стр. 19

Президент России В. Путин, обращаясь к участникам, организаторам и гостям XXIII Петербургского международного экономического форума, указал: *«Более двух десятилетий форум вносит значительный вклад в поиск ответов на ключевые вопросы современности, в формирование содержательной и конструктивной повестки дня широкого сотрудничества, направленного на достижение устойчивого и сбалансированного развития».*

Одним из таких ключевых вопросов современности, требующих содержательного, конструктивного, устойчивого и сбалансированного развития социальной сферы, рассмотренных на форуме, явилась панель «Современная роль страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования», в процессе которой состоялось фактическое подведение итогов семилетней дискуссии о роли СМО в системе ОМС и определение для них новых задач. Сам факт включения этого вопроса в повестку ПЭМФ подчеркивает его острую и серьезную значимость для сферы здравоохранения - для каждого пациента и медицинского работника.

В ходе панельной дискуссии «Современная роль страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» заместитель Председателя Правительства РФ Т.А. Голикова среди многих оценок системы ОМС заявила об убежденности, что следует пересмотреть сложившиеся экспертно-контрольные функции и санкции: *«У нас две основные позиции, по которым страховые медицинские организации штрафуют ЛПУ: дефекты оформления первичной медицинской документации (40,3% от общего числа нарушений) и несоблюдение сроков и объемов медицинской помощи (38,1%). На самом деле, мне кажется, настало время их «профилактировать». Медицинские организации могли бы устранять эти нарушения в процессе, не нужно за это наказывать. Штрафовать медицинские организации нужно лишь тогда, когда есть угроза здоровью».*

Применение санкций за ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи (КМП) на протяжении всего существования системы ОМС – камень преткновения в диалоге между субъектами и участниками системы, так как любые экспертно-контрольные функции изначально отличаются конфликтностью.

В сфере здравоохранения и системе ОМС, конфликтность основана, с одной стороны, интеллектуальной составляющей и амбициозностью сторон спорщиков (экспертов КМП и врачей медицинской организации (МО)) – неготовностью или отказом признания экспертного авторитета, наличием профес-

сиональных образовательных и правовых пробелов, невнимательностью или небрежностью в исполнении профессиональных обязанностей.

С другой стороны, конфликт-поддерживающим фактором выступает наличие стоимостных финансовых и штрафных санкций, которые наносят дополнительный урон амбициям сотрудников МО: дефект не просто выявлен экспертом, но и оценен в рублевом эквиваленте, что может отразиться на объеме стимулирующих выплат. Однако при этом важно понимать серьезную роль финансовых и штрафных санкций:

- 1) с точки зрения профилактики дефектов медпомощи ввиду наличия юридического феномена неотвратимости наказания;
- 2) одновременно судебной практикой установлен факт положительного влияния наличия финансовых и штрафных санкций на исход гражданских исков пациентов к МО: наличие акта ЭКМП с финансовыми и штрафными санкциями убеждает суд в наличии существенного нарушения права пациента и в необходимости его восстановления судебным актом, так как государственная финансовая система ОМС уже восстановила нанесенный ей дефектами медпомощи финансовый ущерб.

С третьей стороны, это несовершенство процедуры реэкспертизы качества медицинской помощи, нередко *de facto*, но не *de jure* необоснованно умаляющей права экспертов первичной ЭКМП, что дает медорганизации ложную уверенность в своем успехе, одновременно подрывая веру в справедливость у пострадавшего при оказании медпомощи пациента и его родственников, при этом еще и лишая права на обжалование результатов реэкспертизы в рамках досудебного рассмотрения его жалобы.

В последние пять лет в системе ОМС ряд формулировок дефектов упразднены, по ряду формулировок снижены финансовые и штрафные санкции.

Экспертная деятельность в системе ОМС – это неантагонистическое противостояние профессионала эксперта СМО и лечащего врача и медорганизации:

- 1) главный принцип – поиск решения во имя сохранения оставшегося здоровья пациента, а также статуса и физического состояния врача: кто не против вас, тот за вас. Спор идет не с врачом лично – эксперт и СМО выступают не против врача лично, а спор осуществляется с юридическим лицом – МО;
- 2) спор происходит с профессионалом, т.е. предмет спора соответствует компетенции спорящих лиц;
- 3) предусмотрена возможность обжалования выводов эксперта СМО;

- 4) у медорганизации имеется возможность в добровольном порядке без огласки и нанесения вреда репутации выплатить справедливое возмещение морального и материального вреда пациенту по соглашению в результате процедуры досудебного урегулирования спора;
- 5) возможно и немонетизированное разрешение спора – помощью в получении льготной санаторной путевки, госпитализации в иное медучреждение по просьбе виновной стороны и другие акты милосердия, понимания и помощи к пострадавшему больному. СМО всегда в таком подходе будет помощником, т.к. заинтересована в удовлетворении интересов своего застрахованного лица.

Альтернатива гражданским правоотношениям в сфере здравоохранения с участием экспертной деятельности СМО – уголовное преследование врача – это тяжелый процесс взаимодействия со следователем, прокурором, экспертами и потерпевшими. В этом процессе имеют место антагонистические противоречия: непрофессионал в медицине следователь против врача. Сегодня это приобретает для медицинских работников актуальное значение. Эта практика уже привела к предложению новых правовых инициатив Следственного комитета РФ [1-6]:

- 1) созданию специального отдела по расследованию ятрогенных преступлений в центральном аппарате СК РФ и его отделениях в федеральных округах;
- 2) легковесное отношение профессионального медицинского сообщества к дефектам оформления медицинской документации и нарочито подчеркнутое сведение этого дефекта к нечитаемому почерку в медицинской документации привело к появлению предложения СК РФ о введении в Уголовный кодекс РФ специального состава преступления – «124.2. Соккрытие ненадлежащего оказания медицинской помощи (медицинской услуги)», которая касается случаев фальсификации медицинскими работниками документации или подмены или уничтожения биологических материалов»;
- 3) предложения о введении в Уголовный кодекс РФ нового «врачебного» состава преступления – «124.1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)»;
- 4) Академия Следственного комитета РФ опубликовала учебно-методическое пособие «Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений)».

Таким образом, баланс законных прав и интересов пациента и врача – важнейший тренд современного этапа развития системы ОМС, без совершенствования которого невозможно создание полноценной системы защиты прав и законных интересов в рамках Национального проекта «Здравоохранение» [7-11].

В дискуссиях о качестве медицинской помощи последнего десятилетия особое место занимают дефекты оформления первичной медицинской документации, которые стали в том числе и предметом различных спекуляций, чаще всего призванных умалить или нивелировать серьезные дефекты медицинской помощи до уровня так называемых нарушений оформления документации и пресловутого «нечитаемого почерка», тем самым причиняя дополнительный моральный ущерб пострадавшим пациентам.

По данным диссертационного исследования Р.Т. Таировой (2019) «Научное обоснование совершенствования системы управления качеством в здравоохранении: информационно-лексический подход», анализ результатов мониторинга качества оказания медицинской помощи населению РФ по результатам проведения контроль-экспертной деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования за период с 2013 по 2015 гг. выявил нарастание общего количества нарушений на 20,9% по РФ. Анализ качества оказания медицинской помощи при проведении реэкспертиз приводит к снижению количества дефектов оказания медицинской помощи до 2,6% [12].

На этом фоне полагаем возможным согласиться с мнением Вице-премьера Т. Голиковой о новом формате применения санкций системе ОМС при необоснованном риске ущерба жизни и здоровью гражданина и пациента.

Именно с этой точки зрения рассмотрим обсуждаемые позиции на примере онкологического профиля медпомощи.

1. Дефекты оформления первичной медицинской документации: отсутствие полного протокола гистологического исследования или иммуногистохимии или мутаций генов.

В транскрипции системы ОМС – это код дефекта 4.2 «Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи» в соответствии с Приложением 8 к Порядку организации и проведения контроля объе-

мов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС», утвержденным приказом ФОМС от 28.02.19 г. № 36.

1.1. В настоящее время отсутствие в медицинской документации полного протокола морфологического исследования операционного материала многими экспертами системы ОМС расценивается как дефект оформления документации с кодом 4.2 «Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи».

Клиническими рекомендациями «Рак молочной железы» Ассоциации онкологов России (АОР) (2014, 2018) установлены требования: «2.3. ... При исследовании операционного материала в заключении должны быть указаны:

- 1) расстояние до ближайшего края резекции;
- 2) состояние краев резекции;
- 3) размеры опухоли в трех взаимно-перпендикулярных измерениях;
- 4) гистологическое строение опухоли;
- 5) степень дифференцировки опухоли;
- 6) pT;
- 7) pN (с указанием общего числа исследованных и поражённых лимфоузлов);
- 8) наличие лимфоваскулярной, периневральной инвазии (отрицательный результат также должен быть констатирован);
- 9) степень патоморфологического ответа опухоли по шкале RCB (при наличии предшествующего комбинированного лечения) отдельно в опухоли и метастатически измененных лимфатических узлах».

Данные пунктов 5-9 существенным образом влияют на прогноз рецидива и тактику лечения.

Следовательно, отсутствие полного протокола гистологического исследования или иммуногистохимии или результатов исследования мутаций генов, конечно, формально затрудняют эксперту проведение экспертизы качества медицинской помощи, но отсутствие полного протокола гистологического исследования, или иммуногистохимии, или результатов исследования мутаций генов, в первую очередь, существенно ЗАТРУДНЯЕТ ВРАЧУ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА, создает риск прогрессирования заболевания.

В данном контексте уместно рассматривать два факта:

1. Умышленное сокрытие в меддокументации необходимых исследований, т.е. врач о них знает, но

не приводит в меддокументации, опасаясь, что это приведет к санкциям и судебному иску (отсутствие указания размеров опухоли, судебное преследование патологоанатома в Волгограде), т.е. это умышленное искажение фактов – факты известны, но скрываются, что приводит к ущербу здоровью пациента.

Например, трактовка отсутствия ежедневных дневниковых записей у тяжелобольного ребенка с онкологией при его летальном исходе:

- умышленное уничтожение записей, которые свидетельствовали о неуклонном ухудшении его состояния в течение нескольких суток с целью придания видимости об экстренном ухудшении его состояния и внезапной смерти при непосредственной причине смерти – пневмонии;
- халатное отношение к обязанностям, невнимательное и неосмотрительное отношение к пациенту (ст. 401 ГК РФ).

Пример: удаление из документации кардиохирургом его отказов в переводе умершего больного с септическим эндокардитом в кардиохирургию на протяжении недели.

Пример: отсутствие в протоколе операции размеров перфорации кишки и описания ее краев, отсутствие описания патологоанатомом макропрепарата удаленного органа с перфорацией (размеры перфорации, края, и др.).

2. Неграмотность лечащего врача, и/или отсутствие контроля со стороны заведующего отделением, или ложное понимание ценности исследований и вмешательств, ведущее к пренебрежению ими и игнорированию их.

1.2. Пунктом 18 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденного приказом МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 915н, установлена обязанность медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, устанавливать тактику медицинского обследования и лечения консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение такого онкоконсилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного.

При этом п. 10 Правил организации деятельности центра амбулаторной онкологической помощи к основным его функциям отнесено «проведение противоопухолевой лекарственной терапии больным с онкологическим заболеванием в соответствии с решением кон-

силиума врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов, проведенного в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара».

Пунктом 7 Правил организации деятельности онкологического отделения противоопухолевой лекарственной терапии онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, определено: «7. Отделение осуществляет следующие функции: выработка плана лечения больного с онкологическим заболеванием на основе решения консилиума с участием врачей-специалистов по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного, радиотерапевтического) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара».

Аналогично п. 7 Правил организации деятельности онкологических отделений хирургических методов лечения онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, установлено требование: «7. Отделение осуществляет следующие функции: выработка тактики ведения больных с онкологическими заболеваниями на основе решения консилиума с участием врачей-онкологов по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного) и врачей-радиотерапевтов». По аналогии на основе протокола онкоконсилиума вырабатывается тактика оказания радиотерапевтической и фотодинамической помощи онкобольным.

Таким образом, онкоконсилиум объявлен важнейшим медицинским вмешательством, определяющим как тактику, так и эффективность ведения онкологического пациента при оказании ему хирургической, радиологической и химиотерапевтической помощи.

Результаты экспертизы качества онкологической помощи в системе ОМС показывают, что в большинстве страховых случаев в медицинской карте стационарного онкологического больного отсутствует полный протокол консилиума, который бы отвечал всем требованиям части 3 и 4 статьи 48 Закона РФ № 323-ФЗ:

*«3. Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организа-*

*ции или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.*

*4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом».*

При проведении ЭКМП выявляются нарушения в правилах протоколирования консилиума врачей – отсутствие копии полного протокола, в котором имелись бы:

- фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей;
- сведения о причинах проведения консилиума врачей;
- констатация течения заболевания пациента;
- констатация состояния пациента на момент проведения консилиума врачей,
- интерпретация клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования.

В решении консилиума врачей обязательной констатации:

- установления состояния здоровья пациента;
- формулировки полного диагноза;
- определения прогноза;
- перечисления мероприятий тактики медицинского обследования и лечения;
- определения необходимости направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Все эти нарушения, как правило, расцениваются экспертами, как дефект оформления документации с кодом 4.2 «Отсутствие в первичной медицинской

*документации результатов консультаций, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи».*

А так ли это на самом деле с медицинской точки зрения?

На основании выше приведенных норм следует признать очень высокую потребительную ценность для пациента протокола результатов онкоконсилиума, как путеводной нити в процессе многолетнего и комбинированного лечения.

Мы полагаем, что проведение онконсилиума – признак надлежащего качества онкологической помощи и индивидуального подхода к пациенту, исходя из следующих медико-юридических обстоятельств:

1) онкоконсилиум – медицинское вмешательство, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения (статья 48 Закона РФ № 323-ФЗ);

2) приказом МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н определены критерии оценки качества медицинской помощи, как требования индивидуального подхода к пациенту через решения онкоконсилиума, принимаемые на всех ключевых этапах его ведения с целью оценки эффективности проведенного лечения и ответственного определения дальнейшей тактики: «2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

*и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи: принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;*

*л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения при изменении степени тяжести состояния пациента».*

Таким образом, отсутствие в медицинской документации полного протокола онкоконсилиума с констатацией течения заболевания пациента, интерпретацией клинических данных, лабораторных, инструментальных методов исследования; определением прогноза; перечислением мероприятий тактики медицинского обследования и лечения и коррекцией

плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и, главное, эффективности и результатов проводимого лечения, а также при изменении степени тяжести состояния пациента является критерием ненадлежащего качества медицинской помощи в соответствии с приказом МЗ РФ № 203н и дефектом – ненадлежащее выполнение необходимых диагностических и лечебных мероприятий, в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «онкология» и клиническими рекомендациями, создающее риск прогрессирования имеющегося заболевания.

Высокая потребительная ценность онкоконсилиума для онкопациента соответствует норме статьи 6 Закона РФ № 323-ФЗ: «1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:... 4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени». Онкопациент вынужден получать медицинскую помощь много месяцев и даже лет, поэтому рациональное использование его времени – это одновременно и критерий качества его жизни.

Введение в систему ОМС фигуры страхового представителя и его работа с формируемой страховой медицинской организацией истории страховых случаев (обращений) немыслима без оперативного получения протоколов результатов онконсилиума. Протоколы онкоконсилиума – это «дорожная карта» врача, пациента и его страхового представителя, позволяющая:

- пациенту рационально использовать его время и подготовиться к процедурам, что является практической реализацией принципа пациентоориентированности;
- врачу и заведующему отделением планировать и эффективно расходовать ресурсы на оказание помощи;
- страховому представителю получать информацию о возможных нарушениях прав онкопациента и своевременно осуществлять их восстановление.

Внесение результатов онконсилиума в историю страховых случаев делает ее не просто ретроспективной оказанной онкопомощи, но формирует перспективу оказания онкопомощи пациенту во времени и различных медицинских организациях от амбулаторного центра онкологии до онкодиспансера или федеральной медицинской организации – своеобразного онкокалендаря.

При реализации такой перспективной модели истории страховых случаев медпомощи страховые представители смогут способствовать обеспечению высокой доступности онкопомощи:

- оповещение пациента с напоминанием о необходимости явки на следующие курсы терапии с целью формирования приверженности к лечению;
- разъяснение пациентам их права на соблюдение дозоинтервальных требований при оказании химиотерапевтической помощи;
- восстановление нарушенных прав онкопациентов;
- оперативный контроль исполнения онкокалендаря.

Консилиум сегодня – это еще и реальный механизм защиты прав и законных интересов рядового врача, особенно в условиях его ограниченной ресурсообеспеченности. Участие врача в консилиуме и формулирование им в протоколе всех необходимых для врача требований по обеспечению его ресурсами для исполнения надлежащего качества лечебно-диагностического процесса позволит избежать ему самому юридической ответственности при нарушении прав пациента или причинении вреда жизни и здоровью пациента, связанном с ненадлежащей обеспеченностью ресурсами. Коллективное формулирование членами консилиума в протоколе требований по надлежащему ресурсному обеспечению лечебно-диагностического процесса позволяет повысить авторитет конкретного врача – члена консилиума и значимость и весомость его мнения, поддержанного другими членами консилиума, и не позволит руководству медорганизации подвергнуть его мнение остракизму или игнорированию, будет способствовать искоренению волюнтаризма и повышению авторитета рядового врача.

Именно в этом заключается ведущая роль консилиума и его протокола в установлении баланса законных интересов врача и пациента: пациент заинтересован в получении медпомощи с наилучшим возможным результатом; врач заинтересован в оказании медпомощи самыми современными методами и ресурсами, а также в повышении своего врачебного авторитета среди пациентов максимальной эффективностью и результативностью своей работы

1.3. Ряд экспертов расценивают отсутствие в медицинской карте стационарного онкопациента результатов молекулярно-генетических исследований мутаций генов как дефект оформления меддокументации с кодом дефекта 4.2 «Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, позволяющих

*оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи».*

Однако разделы «Критерии оценки качества медпомощи» Клинических рекомендаций по ряду онкозаболеваний АОР 2018 года и Критерии оценки качества, утвержденные приказом МЗ РФ № 203н содержат в качестве критериев оценки - назначения иммуногистохимического и молекулярно-генетического анализа мутаций генов, результаты которых являются основой для формирования показаний для таргетной терапии:

1) гастроинтестинальные стромальные опухоли (C15-C16, C17.0, C17.2, C17.3, C18-C20, C48.0, C48.1):  
«Наличие назначения на определение статуса генов C-KIT, PDGFRA»;

2) рак ободочной кишки и ректосигмоидного отдела (C18, C19):

«Выполнено определение генов RAS (при метастатической болезни)»;

3) рак прямой кишки (C20):

«Выполнена оценка факторов риска прогрессирования у больных со II стадией заболевания.

Наличие назначения теста на MSI при II стадии болезни.

Выполнено определение генов RAS (при метастатической болезни)»;

4) рак молочной железы (C50):

«Выполнено иммуногистохимическое исследование биоптата с определением рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона и HER2neu и Ki-67 (при установлении диагноза).

Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей с определением рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона и HER2neu и Ki-67 (при хирургическом вмешательстве)».

С целью определения показаний к таргетной терапии следует выполнять следующие исследования:

- рецепторы стероидных гормонов (рецепторы эстрогенов, рецепторы прогестерона, рецепторы андрогенов) – рак молочной железы, рак тела матки (эндометрия), другие опухоли;
- амплификация гена и белок Her2/neu - рак молочной железы, рак желудка, рак мочевого пузыря, рак (аденокарцинома) толстой кишки, немелкоклеточный рак легкого;
- амплификация гена EGFR – рак молочной железы, немелкоклеточный рак легкого;
- рецепторы соматостатина 2А и 5 типов – нейро-

- эндокринные опухоли (карциноиды);
- PD-L1 – немелкоклеточный рак легкого, беспи- гментная меланома, другие опухоли;
- транслокация гена ALK – немелкоклеточный рак легкого;
- транслокация гена ROS1 – немелкоклеточный рак легкого;
- микросателлитная нестабильность (MSI) – рак толстой кишки, другие опухоли;
- индекс пролиферативной активности (Ki-67) – различные виды злокачественных опухолей;
- мутация гена K-RAS – рак (аденокарцинома) толстой кишки;
- мутация гена N-RAS – рак (аденокарцинома) толстой кишки;
- мутация гена BRAF – рак (аденокарцинома) толстой кишки, меланома;
- мутация гена PIK3CA – рак (аденокарцинома) толстой кишки.

Таким образом, отсутствие результатов молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований не только затрудняют выполнение экспертизы качества онкопомощи, но, прежде всего, является препятствием врачу для назначения таргетной терапии онкопациенту, т.е. создает риск прогрессирования имеющегося у него злокачественного новообразования.

Во всех приведенных выше случаях нарушения оформления меддокументации следует расценивать с медицинской точки зрения их сущности: если отсутствие чего-либо (полного протокола консилиума, полного протокола гистологического исследования и иммуногистохимии, результатов молекулярно-генетических исследований мутаций генов и др.) в медицинской документации затрудняет экспертизу эксперту, которому известен уже даже исход лечения, т.к. он обладает заведомо большей информацией о больном, нежели врач в период оказания медпомощи, то, как же глубоко и системно отсутствие этого «чего-либо» затрудняет лечебно-диагностический процесс самому врачу, который еще не знает исхода своего пациента.

Таким образом, отсутствие исследований в меддокументации затрудняет не только экспертизу, но и ведение больного, а, значит, создает риск прогрессирования заболевания, непрофильного оказания медпомощи, возникновения нового заболевания или смерти.

Полагаем, что подход к реформации отношения к нарушениям оформления медицинской документации должен быть основан на характеристиках качества медицинской помощи, введенных в юридическую силу

п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: «21) *качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата*».

Основываясь на данной норме Закона № 323-ФЗ, следует рассмотреть возможность:

1) замены формулировки использования кода дефекта 4.2 в экспертной деятельности на формулировку, строго соответствующую требованиям качества п. 21. ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: «*отсутствие необходимого выбора или неправильный выбор методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи*»;

2) использования кода дефекта – искажение документации в случаях признаков ее сокрытия, что может быть альтернативой предложению СК РФ о введение новой статьи 124.2 «*Соккрытие ненадлежащего оказания медицинской помощи (медицинской услуги)*».

Необходимо заметить, что формулировка «*отсутствие необходимого выбора или неправильный выбор методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи*» отвечает и еще одному требованию качества п. 21. ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – степени достижения запланированного результата: очевидно, что «*отсутствие необходимого выбора или неправильный выбор методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи*» не способствует достижению запланированного результата.

Таким образом, отказ от существующей формулировки кода дефекта 4.2 «*Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи*» в пользу новой формулировки, строго соответствующей требованиям п. 21. ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: «*отсутствие необходимого выбора или неправильный выбор методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи*», будет отвечать предложению Вице-премьера Т. Голиковой о применении санкций в случаях угрозы здоровью, т.е. при создании риска прогрессирования имеющегося заболевания риска возникновения нового заболевания и риска недостижения запланированного результата.

2. Второй наиболее частый дефект, нуждающийся, по мнению Вице-премьера Т. Голиковой, в реформации – «несоблюдение сроков и объемов медицинской помощи», действительно может требовать уточнения с позиций критерия – риска угрозы здоровью.

Подход к реформации также следует осуществлять на основе нормы п. 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ о характеристиках качества медицинской помощи: «*«21) качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».*

2.1. Нарушение при оказании медицинской помощи в форме несоблюдения ее сроков имеет прямое отношение к характеристике качества медицинской помощи п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – своевременность.

Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденного приказом МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 915н, установлены сроки оказания медицинской помощи:

- консультация в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию;
- врач-онколог в течение одного рабочего дня с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования организует взятие биопсийного (операционного) материала с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, а также организует направление пациента для выполнения иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания;
- в случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение, биопсийного (операционного) материала, проведения иных диагностических исследований пациент направляется лечащим врачом в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с

онкологическими заболеваниями;

- срок выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро (отделение);
- срок начала оказания специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями не должен превышать 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патологоанатомических исследований в амбулаторных условиях).

Невыполнение указанных выше сроков оказания медицинской помощи следует расценивать как ненадлежащее качество медицинской помощи по признаку своевременности в двух кодах дефектов:

1) формулировке существующего кода дефекта 3.6, как нарушение преемственности (отсутствие перевода или несвоевременный перевод онкобольного в отделение другого профиля/медицинскую организацию более высокого уровня в соответствии с показаниями; нарушение этапности лечения онкологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями; отсутствие назначения рекомендованных на более раннем этапе лечения диагностических и (или) лечебных мероприятий по данным выписного эпикриза в соответствии с показаниями) обосновано при нарушении права пациента на гарантированные Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденным приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н, сроки оказания медицинской помощи;

2) предлагаемой новой формулировке, основанной на требовании п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: «несвоевременное оказание медицинской помощи», что в контексте онкологии имеет четкую направленность на создание риска прогрессирования злокачественного новообразования, т.к. любая несвоевременная онкопомощь создает такой риск прогрессирования.

Не выполнение врачами требований преемственности оказания онкопомощи представляет собой

ненадлежащее качество онкологической помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ:

- своевременность оказания онкологической медицинской помощи – несоблюдение срока выдачи направления к онкологу, биопсии, госпитализации и отклонение от этих требований – несвоевременное оказание медпомощи, создающее риск прогрессирования ЗНО;
- правильность выбора методов лечения – несоблюдение требований и отклонение от этих требований сроков создает риск неправильного выбора методов диагностики и лечения;
- степень достижения запланированного результата – несоблюдение требований и отклонение от этих требований сроков создает риск недостижения запланированного результата.

2.2. Нарушение при оказании медицинской помощи в форме несоблюдения ее объемов также имеет прямое отношение к характеристикам качества медицинской помощи п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – «своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Очевидно, что отказ от выбора необходимых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, а также аналогично неправильный их выбор как создают риски прогрессирования онкозаболевания и появления новых заболеваний и состояний, так и приводят к несвоевременному, т.е. позднему правильному выбору методов диагностики и лечения, что неминуемо способствует недостижению или несвоевременному достижению запланированного результата.

Примеры экспертных решений: пациент скончался на 3 сутки после поступления в кардиологический стационар по поводу острого коронарного синдрома (ОКС), на вскрытии трупа установлена причина смерти – прободная язва желудка с элементами малигнизации. Причина: невыполнение хирургом необходимого объема обследования в процессе консультации в рамках дифференциальной диагностики абдоминального варианта ОКС – ограничение обследования физикальным осмотром области живота без назначения обзорной рентгенограммы органов брюшной полости (свободный газ) или УЗИ.

Таким образом, тренд современного этапа развития системы ОМС – переориентировка экспертной деятельности от оценки формального оформления медицинской документации к оценке медицинской помощи

в соотношении ее с риском прогрессии имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания, осложнения или угрозы жизни и здоровью пациента.

### Литература

1. Багмет А.М. Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Воронежские криминалистические чтения. – 2016. – 1(18). – С. 107-115.
2. Багмет А.М., Черкасова Л.И. Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Уголовный процесс. – 2015. – № 1. – С. 44-47.
3. Багмет А.М., Черкасова Л. И. Профессиональные ошибки при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка// Российский следователь. – 2015. – № 1. – С. 15-17.
4. Багмет А.М., Петрова Т.Н. Совершенствование уголовного законодательства о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2016. – № 1. – С. 19-24.
5. Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2015. – Сер. 14, Вып. 4. – С. 56-68.
6. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. АМ. Багмета. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. - 159 с.
7. Старченко А.А. Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача? // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 58-68.
8. Старченко А.А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности - М.: Бином, 2016. - 944 с.
9. Старченко А. А. Необходимость межведомственного консенсуса контрольно-надзорных органов по экспертизе качества медицинской помощи в сфере здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 53-64.
10. Старченко А.А. Дефекты оформления медицинской документации – умаление прав и законных интересов пациентов, в том числе на судебно-медицинскую экспертизу надлежащего качества // Судебная медицина. – 2017. – Т.3, № 3. – С. 40-41.
11. Старченко А.А. Дефекты онкологической помощи в системе ОМС: единство критериев и практики применения. - М., 2019. - 32 с.
12. Таирова Р.Т. Научное обоснование совершенствования системы управления качеством в здравоохранении: информационно-лексический подход. - Дисс. ....д-ра мед. наук. - М., 2019. - 273 с.

УДК 614.2

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

*Б.Н. Федорченко, И.Г. Моисеева, Ю.С. Сибиль*



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тульской области

### Реферат

В статье представлена информация об организации деятельности страховых представителей в Центральном федеральном округе РФ на примере Тульской области, в частности, о работе страховых представителей при организации информационного сопровождения застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий, работе с обращениями и проведению опросов (анкетирования) застрахованных лиц.

### Ключевые слова:

*контакт-центр в сфере ОМС, страховые представители, информационное сопровождение застрахованных лиц.*

### Для корреспонденции

#### **Федорченко Борис Николаевич**

*Заслуженный врач России, представитель ФОМС в Центральном федеральном округе РФ, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области*

Тел.: 8 (4872) 36-98-50  
Факс: 8 (4872) 25-31-88  
E-mail: general@omstula.ru

#### **Моисеева Ираида Геннадьевна**

*начальник отдела модернизации системы ОМС Управления организации системы ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области*

Тел.: 8 (4872) 25-07-59  
Факс: 8 (4872) 25-31-88  
E-mail: tabakova@omstula.ru

#### **Сибиль Юлия Сергеевна**

*начальник отдела взаимодействия с МО и СМО Управления организации системы ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области*

Тел.: 8 (4872) 36-83-04  
Факс: 8 (4872) 25-31-88  
E-mail: sibil@omstula.ru

*Адрес: 300041, г. Тула, пр. Красноармейский, 7, 10 этаж (для писем а/я 1949)*

## Характеристика Центрального федерального округа РФ

В Центральный федеральный округ Российской Федерации (далее ЦФО) включено 18 субъектов, в том числе области: Белгородская, Брянская, Владимирская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская и город Москва.

Численность застрахованных граждан в ЦФО на 01 апреля 2018 года составляет 40388,96 тыс. человек (таблица 1); 2153 медицинские организации оказывают медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), 12 страховых медицинских организаций осуществляют ОМС на территории ЦФО, из них 8 входят в ТОП-10: ООО «ВТБ МС»; ООО «Росгосстрах-Медицина»; ОАО «СК СОГАЗ-Мед»; АО «МАКС-М»; ООО «АльфаСтрахование МС»; ООО МСК «РЕСО-МЕД»; ООО СК «Ингосстрах-М»; ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М».

Взаимодействие с руководителями ТФОМС ЦФО направлено на решение текущих задач, выполняемых фондами в соответствии с Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, обсуждение вопросов, связанных с реализацией Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В рамках национального проекта «Здравоохранение» и Федерального проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи ТФОМС ЦФО уделяют большое внимание мероприятиям по организации информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (рис. 1).

В сфере обязательного медицинского страхования осуществляют деятельность крупные транснациональные страховые медицинские организации, многими из которых организованы собственные Call-центры федерального уровня. Большинство ТФОМС ЦФО

организовали деятельность контакт-центров на базе своего фонда. На базе сторонних организаций, оказывающих услуги по обработке звонков, поступающих по телефону «Горячей линии», организовали ТФОМС Липецкой области, ТФОМС Тульской области и Ярославской области.

Практически во всех контакт-центрах используются федеральные телефонные номера в формате 8-800-xxx-xx-xx, работающие круглосуточно в режиме Call-центра с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков:

- в режиме работы оператора с 9.00 до 18.00 по рабочим дням;
- в режиме электронного секретаря с 18.00 до 9.00 по рабочим дням, в выходные и праздничные дни круглосуточно.

В ТФОМС Белгородской области и г. Москвы используются региональные номера телефонов.

Таблица 1

### Показатели ТФОМС ЦФО

Наименование региона	Численность застрахованных граждан на 01 января 2019 г. (согласно форме № 8), тыс. чел.	Количество медицинских организаций, функционирующих в системе ОМС, ед.	Количество СМО, ед.
Белгородская область	1 541,51	89	2
Брянская область	1200,587	70	3
Владимирская область	1 382,7	110	3
Воронежская область	2280,64	106	3
город Москва*	12157,219	438	8
Ивановская область	988,1	67	2
Калужская область	1001,71	59	2
Костромская область	651,06	65	3
Курская область	1114,6	82	4
Липецкая область	1178,48	88	2
Московская область	7642,797	408	6
Орловская область	762,6	57	4
Рязанская область	1107,49	89	3
Смоленская область	941,5	90	4
Тамбовская область	991,2	62	1
Тверская область	1296,0	100	6
Тульская область	1478,95	75	2
Ярославская область	1307,0	88	4

\* по г. Москве сведения за 2018 год.

## Основные направления работы с гражданами

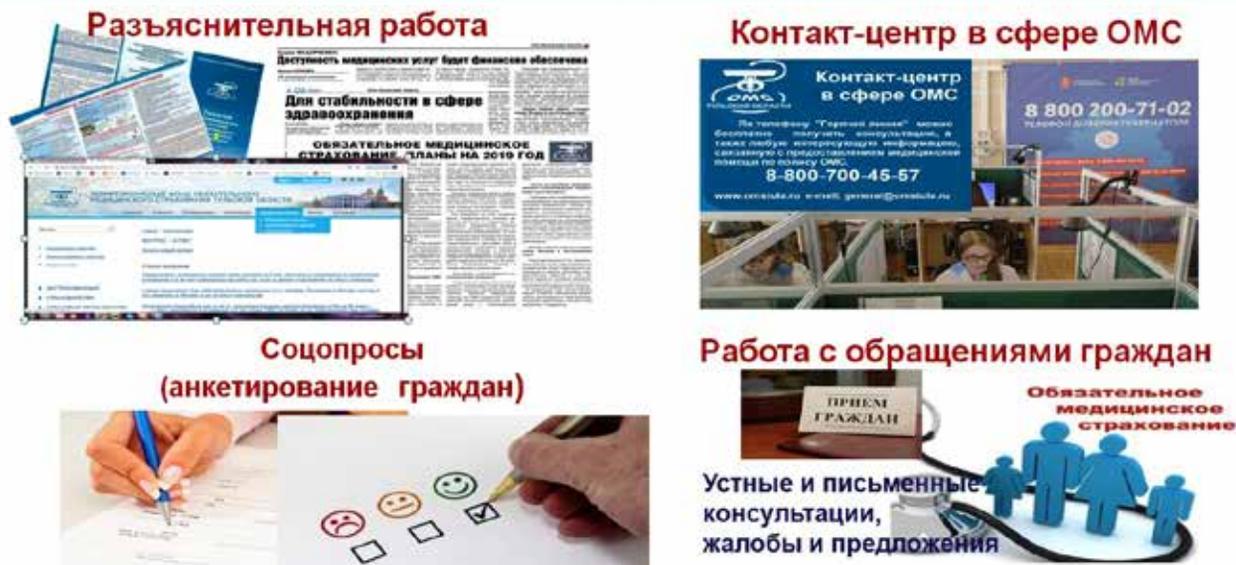


Рис. 1. Основные направления работы с гражданами в ТФОМС Тульской области

### Организация деятельности страховых представителей

Во всех регионах ЦФО создан институт страховых представителей, на которых возложена индивидуальная работа с каждым застрахованным лицом. В 1 полугодии 2019 года в округе работали 2330 страховых представителей, открыто 1665 офисов по обслуживанию граждан страховыми медицинскими организациями и 357 специалистов по защите прав граждан в ТФОМС ЦФО (таблица 2).

Рассмотрим организацию деятельности страховых представителей на примере Тульской области, где осуществляют обязательное медицинское страхование филиалы двух страховых компаний ООО «Капитал Медицинское Страхование» и ООО «АльфаСтрахование-ОМС», численность застрахованных лиц на 01 января 2019 года составляла 1478948 человек.

На территории Тульской области информационное сопровождение застрахованных лиц осуществлялось 104 страховыми представителями (Тульский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС» – 51, филиал ООО «Капитал МС» в Тульской области – 53 в 60 медицинских организациях (рис. 2). В таблице 3 представлены количество застрахованных лиц и нагрузка на одного страхового представителя (далее – СП) по уровням.



Рис. 2. Страховые представители в медицинских организациях Тульской области

Таблица 2

## Страховые представители в ЦФО в 1 полугодии 2019 года

Показатели	Наименование региона ЦФО	Количество офисов по выдаче полисов и обслуживанию граждан открыто СМО	Количество специалистов по защите прав граждан в ТФОМС	Количество страховых представителей по состоянию на 01.07.2019 в целом, в т.ч.:	1 уровня	2 уровня	3 уровня
		ед.	чел.	чел.	чел.	чел.	чел.
1	Белгородская область	40	8	75	25	37	13
2	Брянская область	84	6	67	27	32	8
3	Владимирская область	36	3	77	22	49	6
4	Воронежская область	118	39	234	156	61	17
5	город Москва*	300	89	459	151	191	117
6	Ивановская область	54	7	103	44	42	17
7	Калужская область	44	4	77	44	23	10
8	Костромская область	0	10	52	20	25	7
9	Курская область	72	16	112	82	20	10
10	Липецкая область	22	16	96	42	39	15
11	Московская область	437	81	397	122	195	80
12	Орловская область	59	16	57	28	17	12
13	Рязанская область	83	9	57	11	32	14
14	Смоленская область	50	9	89	49	33	7
15	Тамбовская область	27	20	61	34	19	8
16	Тверская область	101	19	143	77	48	18
17	Тульская область	45	7	104	29	61	14
18	Ярославская область	112	14	169	79	73	17

\* по г. Москве сведения за 2018 год.

### Работа СП с обращениями застрахованных лиц

В Тульской области обращения застрахованных лиц поступают по номерам «горячих линий», через формы обратной связи на официальных сайтах ТФОМС Тульской области ([www.omstula.ru](http://www.omstula.ru)), филиала ООО «Капитал МС» в Тульской области ([www.kapmed.ru](http://www.kapmed.ru)) и Тульского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» ([www.alfastrahoms.ru](http://www.alfastrahoms.ru)).

Для обеспечения прав застрахованных «горячие линии» функционируют круглосуточно: в режиме оператора с 08:00 до 20:00 и «электронного секретаря» с 20:00 до 08:00.

Страховые представители также принимают обращения на постах в медицинских организациях Тульской области, оказывающих в рамках ОМС первичную медико-санитарную помощь, во время визитов по графику и с помощью телефонов прямой связи с СП - «альфафонов» (рис. 3,4).

Таблица 3

### Количество застрахованных лиц на одного страхового представителя в Тульской области в 1 полугодии 2019 года

Уровень СП	Кол-во СП	Нагрузка на одного СП (тыс. чел.)	Средний показатель нагрузки по РФ (тыс. чел.)
I	29	50,5	42,2
II	61	24	35,0
III	14	104,7	115,2



Рис. 3. Страховые представители в медицинских организациях Тульской области



Рис. 4. Страховые представители в медицинских организациях Тульской области

**Особенности работы СП-1** включают прием устных обращений граждан по телефону «Горячей линии», консультирование застрахованных лиц (далее - ЗЛ) по типовым вопросам и фиксацию обращения в электронном журнале по тематикам обращения.

СП-1 соблюдают следующие стандарты и нормативы:

- время ответа СП-1 на обращение застрахованного лица, поступившее через контакт-центр с момента соединения – менее 20 секунд;
- среднее время разговора СП-1 с ЗЛ – 2 минуты;
- время разговора СП-1 с СП-2 при кратком информировании о сути обращения перед переводом звонка – не более 30 секунд.

Налажено взаимодействие СП-1 и СП-2 при переводе обращений: обращения, не относящиеся к типовым, СП-1 переводит на СП-2; в нерабочее время формируется заявка СП-1 на обратный звонок СП-2; обратный звонок осуществляется в удобное для застрахованного время; при неотложном обращении или для оказания экстренной помощи СП-2 отвечает 24 часа в сутки.

При проведении консультаций в медицинских организациях (о правах застрахованных лиц, разрешении конфликтных ситуаций и т.д.), в случае, если ответ на вопрос застрахованного требует иного уровня компетенции, СП-2 в медицинской организации переадресует обращение к СП-3.

Значительная часть устных обращений застрахованных, поступающих к СП-2 в медицинские организации, рассматривается на местах, в т.ч. при взаимодействии с уполномоченными в медицинских организациях лицами.

За 1-е полугодие 2019 года специалистами call-центра было обработано 20211 (56,7% по отношению к 2018 году) устных обращений граждан (19,1% переадресовано на СП-2 и 0,3% обращений переадресовано на СП-3).

В основном вопросы касаются тематики обеспечения полисами ОМС (40,6%), организации качества медицинской помощи (25,5%), работы медицинских организаций (10,9%). Вопросы лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи и выбора врача около 6%, МО в сфере ОМС, выборе или замене СМО. В целом структуре обращений

за консультацией (разъяснением) меньше всего занимают вопросы санитарно-гигиенического состояния медицинских организаций и этики и деонтологии медицинских работников.

Кроме того, страховые представители в медицинских организациях осуществляют сбор письменных обращений от застрахованных.

За 1 полугодие 2019 года поступило 248 письменных обращений, 59 из которых потребовали проведения МЭЭ и ЭКМП.

**Работа СП по проведению опросов (анкетированию) застрахованных лиц (рис. 5).**

За 6 мес. 2019 года проведено 8 этапов анкетирования по удовлетворенности ЗЛ доступностью и качеством медицинской помощи. Приняли участие в анкетировании 10 200 граждан во взрослых и детских поликлиниках г. Тулы и области, участвующих в проекте «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Общая удовлетворенность граждан за 6 мес. 2019 года составила 60,5 % (с начала 2018 года отмечался рост удовлетворенности граждан с 44,5 до 58,5% по итогу 12 мес. 2018 года) (табл. 4).

**Организация телефонных опросов застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки для проведения диспансеризации**

В 1 полугодии 2019 года в телефонном опросе по поводу прохождения профилактических мероприятий принял участие 25191 человек.



Рис. 5. Страховой представитель Тульского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» проводит анкетирование застрахованных лиц

Неудовлетворенные прохождением называли как основные причины (более 75% от всех причин): не все исследования проводятся в территориальной поликлинике (приходится ехать в другую МО); необходимость посещать МО несколько раз; не устраивает малый объем исследований.

Отказавшиеся проходить диспансеризацию назвали главными причинами (более 60%): субъективные причины (нет времени, не хотят, не доверяют врачам); проходят профосмотры на предприятиях.

**Организация информационного сопровождения застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий**

За 6 месяцев 2019 года численность застрахованных лиц, индивидуально проинформированных о

Таблица 4

#### Сравнительные показатели удовлетворенности граждан Тульской области в 2019 году

	Январь 2019, %	Февраль 2019, %	Март 2019, %	Апрель 2019, %	Май 2019, %	Июнь 2019, %
Удовлетворённость временем ожидания приема у кабинета участкового врача	58,0	71,9	73,0	75,5	75,6	75,9
Удовлетворённость отношением врача к пациенту во время приема	59,0	74,6	75,9	76,0	76,2	76,5
Удовлетворённость результатом обращения к врачу в целом	58,5	74,3	75,4	75,5	75,8	75,8
Удовлетворённость прохождением профилактических мероприятий	57,2	70,6	72,2	72,5	72,6	72,9

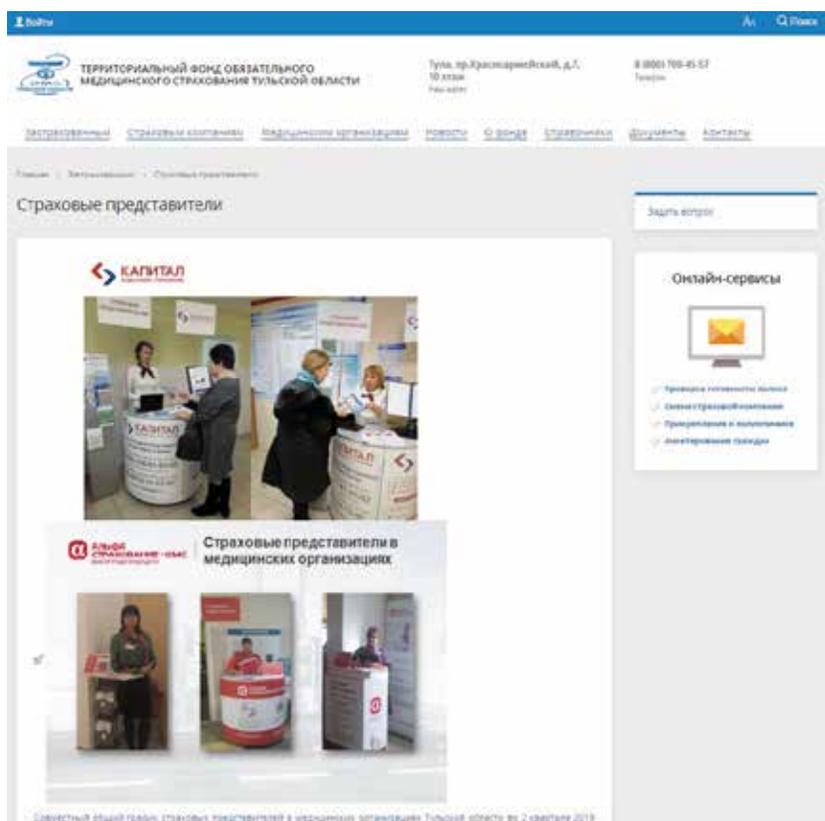


Рис. 6. Интерфейс страницы программы Единого информационного ресурса ТФОМС Тульской области по госпитализации



Рис. 7. ООО «АльфаСтрахование-ОМС» в регионе реализует проекты «АльфаФон»

возможности прохождения диспансеризации 1 раз в 3 года и 1 раз в 2 года, составила 290712.

Выполнение плана по информированию от годового плана мероприятий по Тульской области 74,0% (подлежит информированию в 2019 году по региональному Нацпроекту - 45,5% от численности взрослого населения (т.е. на 01.06.2019 – 551 590); за 6 мес. 2019 года проинформировано 408 471 чел., или 74,0% от подлежащих информированию).

#### **Организация информационного сопровождения застрахованных при оказании специализированной медицинской помощи**

В ТФОМС Тульской области ежемесячно направляется информация по мониторингу несостоявшихся плановых госпитализаций после выяснения причин аннулирования направлений (рис. 6).

#### **Инициативные проекты**

В Тульской области компания Тульский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС» реализует проект «АльфаФон»: размещение в меди-

цинских организациях средств оперативной коммуникационной связи с страховым представителем (прямой набор номера). Теперь пациенты могут воспользоваться специальными стационарными телефонами и обратиться к страховому представителю за помощью, советом, разъяснениями и даже подать обращение, не выходя из медицинской организации и не беспокоясь «где найти телефон, с которого можно позвонить страховому представителю». По состоянию на 30.06.2019 года аппараты размещены на 31 объектах в 26 медицинских организациях, до конца 2019 года планируется размещение 6 аппаратов «АльфаФон» (рис. 7).

Также компанией реализуется проект «Здравографика»: информирование населения о необходимости заботы о своем здоровье и культуре здорового образа жизни с использованием интерактивных стендов-инсталляций, состоящие из большого настенного зеркального экрана и стоящей рядом touch-панели.

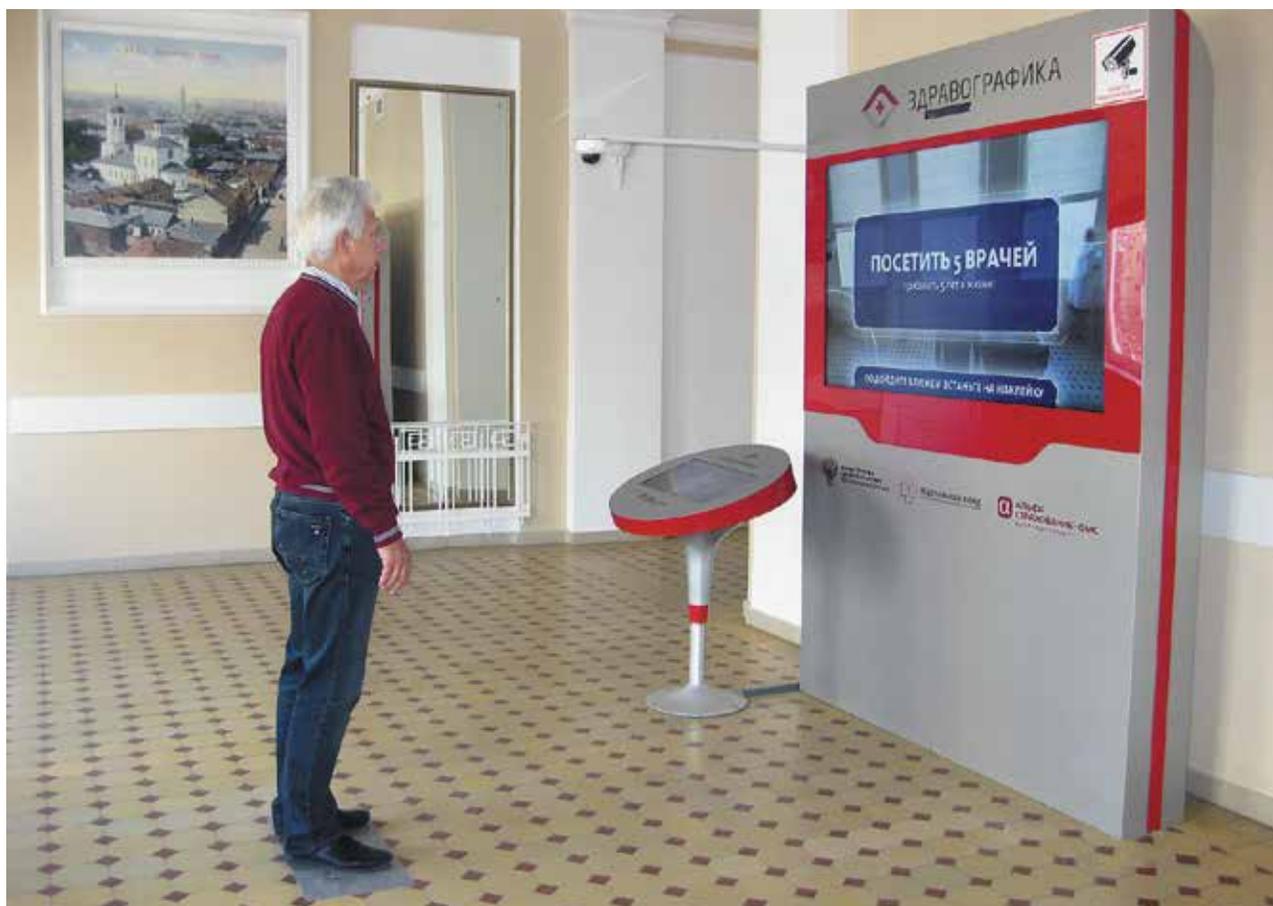


Рис. 7. ООО «АльфаСтрахование-ОМС» в регионе реализовало проект «Здравографика» в ГУЗ «ГБ № 9» г. Тулы

Цель информирования через «Здравографику»:

- привлечь внимание населения к культуре здорового образа жизни;
- объяснить важность профилактики заболеваний;
- побудить на регулярное прохождение диспансеризации;
- объяснить, как страховые представители помогают пациентам в различных вопросах организации бесплатного медицинского обслуживания.

В поликлиниках ГУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Тулы и ГУЗ «ГБ № 9» г. Тулы имеются 6 интерактивных информационных систем по проекту «Здравографика» (рис. 8). Система позволяет пациентам получать широкий спектр информации по вопросам здорового образа жизни.

## ЯМАЛЬСКИЙ ФИЛИАЛ «СОГАЗ-МЕД» ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В МЕЖМУНИЦИПАЛЬНОМ ФЕСТИВАЛЕ «ЖИЗНЬ В ВЕРСИИ PRO»

10 октября 2019 года

В Салехарде впервые прошел межмуниципальный фестиваль «Жизнь в версии PRO», посвященный Дню пожилого человека. Инициатор его проведения — региональное отделение Союза пенсионеров России, которое активно участвует в реализации федерального проекта «Старшее поколение» в рамках национального проекта «Демография».

Главным местом встречи стал Ямальский многопрофильный колледж. Здесь в течение двух выходных дней работали сразу четыре площадки – «Здоровый образ жизни», «Саморазвитие», «Творчество» и «Занятость».

Ямальский филиал «СОГАЗ-Мед» совместно с центром медицинской профилактики Салехардской окружной клинической больницы, на площадке «Здоровый образ жизни» организовали островки здоровья.

Начальник Салехардского отделения Ямальского филиала «СОГАЗ-Мед» Татьяна Осницкая проконсультировала гостей мероприятия о правах и обязанностях граждан в системе обязательного медицинского страхования, защите прав застрахованных лиц, о важности своевременного прохождения диспансеризации и профилактических осмотров, а также ведения здорового образа жизни.



## СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ НОВОСИБИРСКОГО ФИЛИАЛА «ВТБ МС» ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ ВО ВСЕРОССИЙСКОМ ПРОЕКТЕ «#ДОБРОВСЕЛО»

12 сентября 2019 года



В селе Кабинетное Чулымского района Новосибирской области прошла акция, посвящённая повышению уровня медицинских знаний и формированию навыков оказания медицинской помощи у населения муниципальных образований.

«#ДоброВСело» – масштабный благотворительный проект, инициированный Министерством здравоохранения, совместно с аппаратом Правительства Российской Федерации, Федеральным агентством по делам молодёжи и Всероссийским общественным движением «Волонтёры-медики».

Мероприятие организовано Министерством здравоохранения Новосибирской области, при участии специалистов ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики», ГБУЗ НСО «Чулымская ЦРБ», ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1», волонтеров-медики из ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ и ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж».

Жителей села обучили правилам оказания помощи при неотложных состояниях сердечно-сосудистой системы. Навыки отработали и закрепили на

кардиоманекене. Специалисты провели мастер-класс по измерению артериального давления и обсудили с селянами вопросы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Специалисты «ВТБ МС» проконсультировали жителей по вопросам обязательного медицинского страхования, рассказали о получении специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, провели обучение по оказанию первой помощи и организации профилактических мероприятий в домашних условиях. Отдельные вопросы оказания медицинской помощи в части полномочий страховой медицинской организации были взяты под личное сопровождение сотрудников Новосибирского филиала.

«Совместное участие страховых представителей, медиков и участников Всероссийского общественного движения «Волонтёры-медики», позволяет существенно повысить доступность получения информации для жителей отдаленных поселений. Для нас, как для страховой медицинской организации, это дополнительная возможность напомнить гражданам об их правах и обязанностях в сфере ОМС, донести до населения информацию о важности прохождения диспансеризации и профилактических осмотров, значимости профилактики и ведения здорового образа жизни. Такие проекты помогают повышать уровень жизни в муниципальных образованиях и формировать ответственное отношение к вопросам здоровья», – сказал директор Новосибирского филиала «ВТБ МС» Сергей Исаков.

Марафон добрых дел, которым стал всероссийский проект «#ДоброВСело», продлится в Новосибирской области до конца октября.

## В ВОЛГОГРАДЕ ПРОШЕЛ ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ СЕРДЦА

27 сентября 2019 года

Страховые представители Волгоградского филиала «Капитал МС» приняли участие в проводимых Комитетом здравоохранения Волгоградской области, ТФОМС Волгоградской области и медицинскими организациями региона мероприятиях, приуроченных к Всемирному дню сердца.



Цель мероприятий – повысить информированность жителей о сердечно-сосудистых заболеваниях, а также инициировать всеобъемлющие профилактические меры в отношении ишемической болезни и мозгового инсульта во всех группах населения.

На центральной площади поселка Средняя Ахтуба Волгоградской области администрация ГБУЗ «Среднеахтубинская ЦРБ» предоставила возможности всем желающим сделать электрокардиографическое обследование, получить консультацию врача-кардиолога и врача-терапевта, измерить индекс массы тела, провести пульсоксиметрию.

В настоящее время во всем мире широко распространены ишемические заболевания, инсульты головного мозга и инфаркты, которые наносят непоправимый вред человеческому организму. Врачи-эксперты и страховые представители офисов



«Капитал МС» в г. Краснослободске, п.г.т. Средняя Ахтуба Волгоградской области и центрального офиса Волгограда информировали жителей поселка о необходимости регулярно проходить обследования и вести здоровый образ жизни. Желающие воспользовались возможностью сделать прививку от гриппа в мобильном медицинском пункте.

Всем посетителям раздавались листовки, буклеты с информацией, а также магниты с рекомендациями по профилактике заболеваний сердца, подготовленные филиалом ООО «Капитал МС» в Волгоградской области.

К акции присоединились и офисы ООО «Капитал МС» в Волгоградской области на территории г. Михайловка, г. Новоаннинский и г. Фролово.

Специалисты центрального офиса «Капитал МС» помогли организовать работу в тематическом медицинском кабинете под девизом «Сердце для жизни» на территории ТЦ «Ворошиловский», также провели информирование посетителей о работе страховых представителей, необходимости прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения для сохранения здоровья и долголетия.

## АКЦИЯ «ИНФОРМИРОВАН – ЗНАЧИТ, ЗАЩИЩЁН» ОТ «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ФИЛИАЛ «СИБИРЬ»

15 августа 2019 года



Специалисты «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» приняли участие в акции «Информирован – значит, защищён» и провели информационно-разъяснительную работу по вопросам обязательного медицинского страхования.

Страховые представители вручили жителям Кузбасса более 3000 листовок-памяток и рассказали о роли института страховых представителей в страховой медицинской организации.

В перечень их задач входит помощь пациентам в решении вопросов, связанных с получением

бесплатной медицинской помощи, напоминание о необходимости прохождения профилактических мероприятий, а также оказание правовой поддержки, защита права пациентов на бесплатную медицинскую помощь, организация экспертизы качества оказанной медпомощи в случаях, когда это необходимо.

«Наши застрахованные должны иметь определённый уровень страховых знаний. Также им должен быть доступен информационный ресурс, который поможет разобраться в конкретной ситуации, выбрать правильный алгоритм действий и оградить

от лишних волнений. Страховые представители оказывают всестороннюю поддержку абсолютно бесплатно, а консультацию можно получить вне зависимости от того, в какой страховой медицинской организации выдан полис ОМС и есть ли он в принципе. В этих случаях страховые представители ориентируют по общим вопросам, связанным с выдачей полиса ОМС, а также расскажут о правах граждан на медицинскую помощь, – рассказала директор «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» Светлана Балашова, – Для реализации прав граждан в сфере здравоохранения особенно важно обеспечить контроль исполнения порядков и стандартов. В некоторых случаях строгое соблюдение порядка оказания медицинской помощи и своевременное проведение необходимых процедур особенно важны, например, при наличии у пациента злокачественного новообразования или подозрении на него».

Также в регионе начал работу проект «Онкопатруль». Страховые представители второго уровня проводят работу по сопровождению застрахованных лиц с подозрением на злокачественное новообразование и с уже установленным диагнозом.

В ежедневном режиме обзванивают всех, кому необходимо пройти дополнительное обследование – подтвердить или отклонить диагноз, уточняют причину неявки к врачу-онкологу в установленные сроки, содействуют в получении медицинской помощи или организации необходимого диагностического исследования. При необходимости связываются с ответственным по профилю «онкология» лицом в медицинской организации для решения вопроса о проведении диагностических исследований и консультаций.

Если пациенту необходимо пройти дополнительное исследование либо посетить врача-специалиста, страховые представители позвонят, чтобы напомнить об этом.

Если во время визита в поликлинику или на любом ином этапе получения медицинской помощи у пациента возникают вопросы, он может обратиться в свою страховую медицинскую организацию для получения ответов на них.

Если пациента своевременно не записали на приём или не дали направление на исследование, помогут страховые представители.