



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №6 (12)

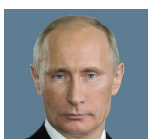


С Новым годом, дорогие читатели!

Н.Н.Стадченко: ««Страховое звено» системы ОМС должно защищать пациента»

Федеральные акценты региональной медицины – от заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой

Д.Ш. Абдулазизов «Качество и эффективность - наша главная цель»



«Качество медицинской помощи в первую очередь зависит от уровня подготовки врачей, квалификации медицинских работников, от их ответственного отношения к своему делу, к своим пациентам»

Президент Российской Федерации

В.В. ПУТИН



«В комплексной программе социально-экономического развития страны охрана здоровья - одна из ключевых позиций»

Председатель Правительства Российской Федерации

Д.А. МЕДВЕДЕВ



«Обязательное медицинское страхование – залог финансовой устойчивости и стабильности здравоохранения Российской Федерации»

Глава Чеченской Республики

Р.А. КАДЫРОВ



«Не менее 40-45% от общего объема медицинской помощи должно оказываться людям в «шаговой доступности» от места жительства»

Министр здравоохранения Российской Федерации

В.И. СКВОРЦОВА



«Принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение возможности получить достойную медицинскую помощь своевременно и качественно. Значительную роль в этом процессе играют фонды ОМС, являясь гарантом реализации прав граждан на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи»

Председатель ФОМС

Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮНЬ, 2015



СОДЕРЖАНИЕ:

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н.Стадченко: «Страховое звено» системы ОМС должно защищать пациента»	6	Федеральные акценты региональной медицины – от заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой	10	Денилбек Абдулазизов «Качество и эффективность наша главная цель»	14
В столице СКФО прошел межрегиональный семинар по вопросам оплаты медицинской помощи	19	Порядок финансового взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования	22	Электронная система «Экономика ЛПУ»	40
Итоги деятельности ТФОМС Чеченской Республики за 2014 и первое полугодие 2015 г.	42	Финансовое обеспечение деятельности в сфере ОМС. Способы оплаты. Разъяснения экспертов. Вопросы и ответы.	52	Новости	59

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

«СТРАХОВОЕ ЗВЕНО» СИСТЕМЫ ОМС ДОЛЖНО ЗАЩИЩАТЬ ПАЦИЕНТА»



Об изменениях в системе предоставления обязательной медицинской помощи, важности информирования пациентов об их правах и растущей роли страховых организаций, работающих в сфере ОМС, в интервью РИА Новости рассказала председатель Фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.



— Что изменилось в организации деятельности системы ОМС в 2015 году и какие изменения еще планируются?

— В соответствии с федеральным законом № 326-ФЗ об обязательном медицинском страховании в РФ базовая ОМС является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой правительством РФ.

С 2015 года перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, стал отдельным приложением к Программе госгарантий бесплатной медицинской помощи. Финансовое обеспечение этого вида медицинской

помощи осуществляется за счет субвенций из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС.

В 2016 году получили наибольшее распространение высокотехнологичные методы лечения (их 54), будут перенесены в раздел I указанного Перечня, который включает виды ВМП, финансируемые в рамках базовой программы ОМС. То есть, они станут базовыми, «обыденными», широко распространенными.

Кроме того, в 2016 году будет продолжен переход от валовых показателей объема медицинской помощи к показателям, характеризующим законченные случаи лечения пациентов. Так,



в качестве норматива объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, вместо 1 пациенто-дня планируется ввести 1 случай лечения в дневном стационаре.

— Насколько различаются территориальные программы ОМС, по каким принципам они формируются регионами?

— В соответствии с федеральным законом территориальные программы ОМС могут включать перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, дополнительных к установленным базовой программой ОМС. Конечно, при условии выполнения требований базовой программы.

В случае принятия такого дополнительного перечня территориальная программа ОМС должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по ОМС застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС

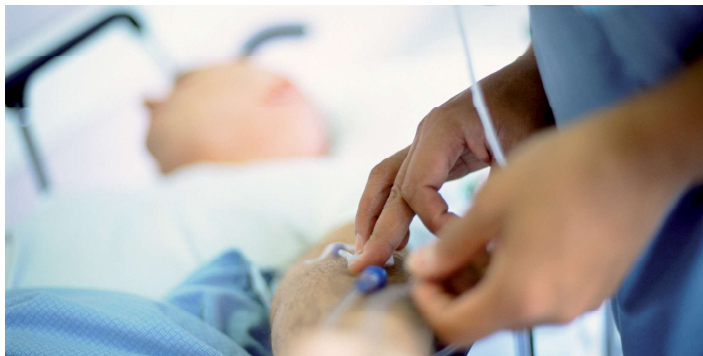
и условия оказания медицинской помощи в этих организациях.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать базовый, «федеральный», который устанавливается правительством. Понятно, что регионы находятся в разных экономических условиях. И еще несколько лет назад финансовые нормативы на объем медицинской помощи по субъектам различались сильно. Теперь же, благодаря, в том числе, и централизации механизма распределения финансовых средств системы ОМС между регионами, очевидна тенденция сглаживания разницы и в объемных, и в финансовых показателях территориальных программ государственных гарантий.

— Где гражданин может ознакомиться с исчерпывающим перечнем медицинских услуг, положенных ему по полису ОМС?

— Определение базовой программы ОМС и ее содержание прописано в статье 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Это все виды медицинской помощи (включая перечень видов ВМП), перечень страховых случаев, при которых бесплатно оказывается медицинская помощь застрахованному лицу за счет средств ОМС.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная



помощь, включая профилактическую помощь, вся скорая медицинская помощь, за исключением санитарно-авиационной эвакуации.

В базовую программу ОМС входит специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, а также медицинская помощь при различных заболеваниях и состояниях, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения. Эти заболевания финансируются за счет федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ.

Обязательные требования к предоставлению гражданам достоверной информации о своих правах содержатся в двух законах: «Об основах охраны здоровья граждан» и «Об обязательном медицинском страховании в РФ». В первом законодательном акте статья 79 обязывает медицинские организации предоставлять информацию об объеме и условиях оказания бесплатной медицинской помощи. Закон об ОМС устанавливает требования о доведении такой информации до граждан как страховыми организациями (ст. 14), так и медицинскими (ст. 20).

Чтобы ознакомиться с перечнем медицинских услуг в рамках программы ОМС, следует обращаться в страховую медицинскую организацию, в которой застрахован гражданин, или в

территориальный фонд ОМС. В обоих случаях вы будете иметь дело с участниками системы ОМС, не заинтересованными в сокрытии указанной информации.

Что же касается медицинских организаций, то в конце 2013 года в Кодекс об административных правонарушениях введена отдельная статья (6.30) об ответственности за невыполнение обязанностей об информировании граждан об их правах на бесплатную медицинскую помощь. Невыполнение медицинской организацией обязанности об информировании граждан о возможности получения бесплатной медицинской помощи грозит ей штрафом в размере от 10 до 30 тысяч рублей.

В 2014 году по этой статье возбуждалось 188 административных дел. Сумма штрафов составила 1,737 миллиона рублей. А за первую половину этого года таких дел уже 244. Сумма штрафов – 2,236 миллиона рублей. Так что статья эта работает.

— Куда лучше обратиться пациенту, которому отказали в медицинской услуге?

— Законом определено, что обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования осуществляет территориальный фонд ОМС, а защита прав и законных интересов застрахованных лиц является обязанностью страховых медицинских организаций.

При отказе в оказании медицинской услуги застрахованно-

му лицу достаточно обратиться с жалобой в страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

— Что необходимо сделать, чтобы страховщики в ОМС на самом деле стали защитниками застрахованных граждан?

Защита прав застрахованных граждан — одна из основных функций страховой медицинской организации. Внедрение принципов «пациентоориентирования» и персонализированного сопровождения каждого застрахованного сейчас прорабатывается нами в рамках внесения изменений в законодательство об ОМС.

В частности, в 2013 году в Правила обязательного медицинского страхования был включен новый раздел XV «Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», практически полностью посвященный формату, содержанию, порядку сбора, обработки и предоставления страховыми организациями информации об оказании медицинской помощи застрахованным гражданам.

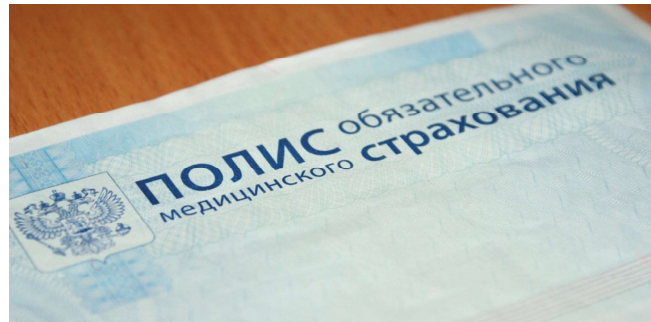
Раздел также подробно прописывает действия страховщика при оказании застрахованному медицинской помощи за пределами территории субъекта РФ, в котором он проживает, что и как должно быть сделано при госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь. Согласно пункту 209 Правил, страховая медицинская организация долж-

на обеспечивать мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, и контролировать своевременность госпитализации.

Мы все должны учиться видеть «страховое звено» в системе получения бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Человек, застрахованный по добровольному медицинскому страхованию, знает и телефон своего куратора, и адрес, по которому может его увидеть. Владелец же полиса ОМС не всегда знает даже наименование своей страховой компании. А гражданин должен знать свою страховую медицинскую организацию и чувствовать постоянную поддержку с ее стороны.

Нормативная база для успешного встраивания страховщиков как защитников интересов своих застрахованных граждан уже есть. Но практика использования своих возможностей и исполнения своих обязанностей и у граждан, и у страховых медицинских компаний нарабатывается медленно, тяжело. У нас нет другого исторического опыта, кроме взаимоотношений двух субъектов в сфере охраны здоровья: пациента и врача. И поэтому вместо положительной оценки использования всех плюсов прогрессивной страховой модели, когда любая проблема пациента должна становиться не его проблемой, а проблемой страховщика, мы сейчас даже от некоторых уважаемых экспертов слышим не имеющие под собой никаких объективных оснований тезисы о «лишнем звене» в здравоохранении.

РИА-Новости



ФЕДЕРАЛЬНЫЕ АКЦЕНТЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ – ОТ ЗАМЕСТИТЕЛЯ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ТАТЬЯНЫ ЯКОВЛЕВОЙ

Интервью главного редактора газеты «Медицинский вестник ЧР» Казбека Междова с заместителем Министра здравоохранения России Татьяной Яковлевой



- Татьяна Владимировна, доступность и качество медицинской помощи – основные критерии оценки работы системы здравоохранения. Но зачастую, получается, что пациенты не знают о существовании самой программы госгарантий.

- Пациент должен знать о своих правах, гарантированных ему по закону. Сам документ подготовлен в целях обеспечения конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. В этом плане СМИ должны взять на себя большую часть нагрузки по информированию населения. В свою очередь, мы разработали целый комплекс мер, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи.

Формируется трехуровневая система оказания медицинской помощи с учетом плотности населения, а также географических, климатических, транспортных, демографических и других факторов. В рамках трехуровневой системы совершенствуется организация оказания первичной медико-санитарной помощи, создается

эффективная структура стационарной помощи, разработана новая система маршрутизации пациентов, в том числе и в сельской местности.

Проведена работа по укреплению материально-технической базы. За 2011-2013 годы построено 153 и отремонтировано 12,5 тыс. объектов здравоохранения. За 2014 год, соответственно, 601 и 3470 объектов. Закуплено за 2011 - 2013 годы почти 390 тыс. единиц медицинского оборудования, в 2014 году - 200 тыс. единиц.

На 2015 и 2016 годы в рамках ФЦП «Устойчивое развитие сельских территорий» запланированы строительство и ввод в действие 82 новых ФАПов и врачебных сельских подразделений.

Ведется работа по развитию выездных форм работы. В 2014 году число передвижных диагностических подразделений составило 2906, в том числе 1016 мобильных медицинских бригад.

В период с 2011 по 2014 годы число передвижных врачебных



бригад увеличилось почти в 3 раза – с 225 до 632, почти в 2 раза – число передвижных маммографических установок – с 54 до 98, число передвижных клинико-диагностических врачебных лабораторий – почти в 4 раза, с 8 до 30.

Надо также отметить, что расходы на оказание медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи из государственных источников финансирования выросли, по сравнению с 2011 годом, на 606,7 млрд рублей, или на 50,8%, до 1,8 трлн рублей. При этом личные расходы граждан на медицинскую помощь в 2014 году составили 124,8 млн рублей. Доля личных средств граждан внутри всех расходов на оказание медицинской помощи составила 6,5%, что ниже показателя 2011 года (6,7%), а для специализированной стационарной помощи составила 2,98% (2011 г. - 3,09%).

Установлены дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема предоставления медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Расширен перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, по которым в регионах проводится оценка эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Сформированы единые методологические подходы к финансовому обеспечению медицинской помощи (единые подходы к нормативу финансового обеспечения базовой программы ОМС, единая методика расчетов тарифов на оплату помощи; унифицированные способы оплаты медицинской помощи; единый порядок расчетов за оказанную медицинскую помощь) и системе оплаты труда, подготовке эффективных управленцев, усиления контрольно-надзорных функций.

Подписаны трехсторонние соглашения между Минздравом России, Федеральным фондом ОМС и высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по формированию территориальных программ государственных гарантий.

- Татьяна Владимировна, по долгу службы Вы не раз посетили Чеченскую Республику и не понаслышке знакомы с ситуацией в системе здравоохранения. Какую оценку Вы дали бы современному этапу развития медицины в регионе?

- Как известно, система здравоохранения Чеченской Республики прошла весьма сложный путь. В результате антитеррористической кампании медицинская инфраструктура региона была практически полностью разрушена. Были выведены из строя медицинские учреждения, на 70-80% утрачен кадровый потенциал.

Но за короткий период здравоохранение республики совершило большой рывок. Пристальное внимание к вопросу скорейшего возрождения системы здравоохранения региона со стороны органов федеральной власти позволило кардинально изменить ситуацию и начать восстановление медицинской отрасли.

Нельзя не отметить роль Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова, относящегося к вопросам развития здравоохранения с полным пониманием и создающего все для их решения условия. Также нужно отметить огромный труд чеченских врачей во главе с министром здравоохранения Шахидом Ахмадовым.

На сегодняшний день функционируют все специализированные учреждения здравоохранения республиканского уровня. За период с 2002 года восстановлено и построено более 170 объектов сельского здравоохранения. Поликлинические и стационарные подразделения оснащаются согласно федеральным порядкам оказания медицинской помощи.

Результатом этого труда является снижение в республике показателя младенческой смертности. На самом деле, наряду с рекордной рождаемостью по России, показатель смертности новорожденных в республике был высоким всегда, даже во времена Советского Союза (тогда это была Чечено-Ингушетия). И очень важно, что сегодня и органы федеральной власти, и местное руководство кардинально изменились за поиск решений снижения детской смертности, и демонстрируют при этом неплохой результат. По сравнению с 10 месяцами 2014 года, в 2015 году за аналогичный период сохранено 129 жизней новорожденных детей, а показатель младенческой смертности в Республике снизился на 28 %.

- Положительная динамика наметилась по всей России?

- Если взять эти показатели в целом по России, то да. С 2006 года отмечается благоприятная динамика основных демографических показателей: в 2013 году уровень рождаемости впервые с начала девяностых годов превысил уровень смертности, а в 2014 году указанная тенденция продолжилась.

Можно сказать таких результатов мы достигли благодаря целому комплексу мер. Здесь и развитие инфраструктуры службы, и повышение квалификации врачей за счет внедрения федеральных клинических протоколов и порядков оказания помощи, и выстраивание трехуровневой системы и правильной маршрутизации пациентов.

Кроме того, во всех образовательных организациях Минздрава России в рамках воспитательной работы проводятся мероприя-



тия, направленные на охрану репродуктивного здоровья, пропаганду семейных ценностей, профилактику абортов.

• **Говоря о проблемах в регионе, на что стоит обратить особое внимание?**

• Наиболее серьезной проблемой на протяжении последних 20 лет остается вопрос кадрового дефицита. Обеспеченность учреждений здравоохранения республикой врачами составляет 25,3 на 10 000 населения (по РФ - 39,7), средними медицинскими работниками 70,0 на 10 000 населения (РФ - 88,0).

Я знаю, что для решения этого вопроса и на федеральном, и на региональном уровне принимаются решительные меры, которые уже дают результат. Но мы должны понимать, что сиюминутного, конечного эффекта не будет.

Как отметила В. Скворцова на заседании комиссии по социально-экономическому развитию СКФО, Чеченская Республика занимает седьмое рейтинговое место среди регионов России по динамике обеспеченности населения врачами.

Мощным рычагом решения кадрового вопроса стал открывшийся Медицинский институт при Чеченском государственном университете. Впервые за последние 20 лет в систему здравоохранения республики в 2015 году влилось рекордное количество врачей - 72 человека, что, несомненно, скажется положительно на повышении до-

ступности и качества оказываемой медицинской помощи гражданам республики.

Министерство здравоохранения Чеченской республики практикует в своей деятельности организацию для работников медицинских организаций прохождение практики в центральных регионах и даже за рубежом. Знаю, что очень часто в Чеченскую Республику приглашаются специалисты самого широкого профиля, которые в ходе работы передают своим чеченским коллегам бесценный опыт.

Но я считаю, что региональному министерству необходимо тщательнее контролировать возвращение специалистов, завершивших обучение в интернатуре, ординатуре в рамках целевой подготовки. Далее, надо использовать все возможности Медицинского института по привлечению в отрасль специалистов наиболее дефицитных специальностей, руководители медицинских организаций должны развивать школу наставничества, планировать стажировки и обучение медицинского персонала.

• **Не последняя роль в профилактике заболеваний принадлежит диспансеризации. Как Минздрав России контролирует этот процесс в регионах?**

• Как я не раз отмечала и ранее, сегодня наша страна впервые с постсоветского времени вернулась к широкомасштабной диспансеризации, роль которой действительно трудно переоценить. Об

этом сказано много, но повторюсь, что от своевременного прохождения человеком диспансеризации во многом зависит раннее выявление заболеваний, а также факторов риска их развития и, как следствие, повышается шанс на излечение, понижается риск летального исхода. Речь идет о заболеваниях, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, и в первую очередь это болезни системы кровообращения и онкологические заболевания.

Минздрав России еженедельно проводит мониторинг мероприятий по проведению диспансеризации взрослого населения в субъектах Российской Федерации. По данным мониторинга, в 2014 году в Чеченской Республике прошли диспансеризацию 124 211 человек, что составило 61% от общего числа подлежащих диспансеризации по плану. За 10 месяцев текущего года диспансеризация определенных групп взрослого населения составила 76% от планового объема (осмотрено 135 805 человек). Многие работники бюджетных учреждений прошли необходимый медицинский осмотр прямо у себя на работе, для этого были организованы выездные мобильные бригады.

В 2014 году профилактические осмотры прошли более 17,5 млн. детей. По оперативным данным из регионов, за 10 мес. 2015 г. прошли диспансеризацию 16,2 млн. детей, из них 264 тыс. детей из Чеченской республики.

Особое внимание уделяется наиболее уязвимой категории детей - это дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Ежегодно детми-сиротами, и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации пребывающим в стационарных учреждениях проводится углубленная диспансеризация, ежегодно - около 300 тысяч детей, в 2014 году медицинские осмотры прошли более 252 тысячи детей, в том числе 919 детей из Чеченской республики. По результатам диспансеризации всем нуждающимся детям были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия.

• **Как будет работать комплексная**

реабилитационная система?

Медицинская реабилитация является важной составляющей частью системы здравоохранения.

Перспективы развития медицинской реабилитации в России обозначены Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020 года, а также соответствующими территориальными программами, принятыми в субъектах Российской Федерации.

За последние 5 лет в медицинской реабилитации, как и в российском здравоохранении в целом, сделано немало. Усовершенствована нормативно-правовая база, регулирующая организацию медицинской реабилитации, в том числе утвержден порядок оказания медицинской реабилитации, номенклатура медицинских услуг дополнена медицинскими услугами по медицинской реабилитации. Кроме того, с 2013 года введена должность - врач по медицинской реабилитации, и подготовлены профессиональные стандарты «Специалиста в области медицинской реабилитации» и «Специалиста в области социальной реабилитации», профессиональным медицинским сообществом разработаны клинические рекомендации (протоколы лечения) по медицинской реабилитации.

Опираясь на собственный и международный опыт, Российская Федерация решает вопросы совершенствования системы непрерывного послепилового образования, в рамках которого врач с профильной клинической подготовкой получает новые знания и умения в области медицинской реабилитации.

Несомненно, крайне важным для дальнейшего совершенствования медицинской реабилитации является проведение с 2015 года в 13 субъектах Российской Федерации Пилотных проектов по созданию системы оказания помощи по медицинской реабилитации. Результаты данных Пилотных проектов будут положены в основу оптимизации сети медицинских организаций, направленной на развитие инфраструктуры медицинской реабилитации и совершенствование порядков медицинской помощи по профилям заболеваний.

• **И последний вопрос, чтобы Вы пожелали нашим читателям в преддверии Нового года?**

• Пусть наступающий год станет годом перемен к лучшему, удач и важных открытий. И, конечно, самое главное - это крепкое здоровье!

• **Благодарю Вас за интересные и исчерпывающие ответы!**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Татьяна Владимировна Яковлева родилась 7 июля 1960 года в Горьковской области. В 1985 году окончила Ивановский государственный медицинский институт имени А.С. Бубнова, специальность «Педиатрия». В 2001 году окончила Московский государственный социальный университет по специальности «Юриспруденция». Имеет высшую квалификационную категорию по социальной гигиене и организации здравоохранения.

В 1976-1986 годы работала на должностях медицинского персонала. В 1986-1998 годы - врач-педиатр, затем главный врач поселковой больницы Ивановской области. В 1998-1999 годы - главный врач Тейковской центральной районной больницы (Ивановская область). В 1999 году избрана депутатом Государственной Думы III созыва по Ивановскому одномандатному избирательному округу. Была членом фракции «Единая Россия», заместителем председателя Комитета ГД по охране здоровья и спорту, заместителем председателя Комиссии ГД по проблемам народонаселения.

В 2003 году избрана депутатом Государственной Думы РФ IV созыва, была членом фракции «Единая Россия», председателем Комитета ГД по охране здоровья. В 2006 году входила в состав Межведомственной рабочей группы по приоритетному национальному проекту «Здоровье» при Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов. В 2006-2007 годы - заместитель председателя Комиссии ГД по техническому регулированию. В 2006 году - член Правительственных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав и по противодействию злоупотребления наркотическими средствами и их незаконному обороту. В 2007 году избрана депутатом Государственной Думы РФ V созыва, была первым заместителем руководителя фракции «Единая Россия», членом Комитета ГД по охране здоровья. В 2011 году избрана депутатом Государственной Думы РФ VI созыва, член фракции «Единая Россия», первый заместитель председателя Комитета ГД по охране здоровья, 18 июня 2012 года Распоряжением Правительства РФ назначена заместителем министра здравоохранения Российской Федерации.

Доктор медицинских наук, Заслуженный врач Российской Федерации, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, награждена Орденом Почета (2005), Замужем, имеет дочь.

Денилбек Абдулазизов:

«КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ - НАША ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ»

Обязательное медицинское страхование плотно вошло в нашу жизнь. Сегодня ОМС – это гарантированный объем качественной, доступной и бесплатной медицинской помощи, это защитник конституционных прав граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и, наконец, это экономической стержень здравоохранения, в развитии которого за последние годы совершился огромный скачок вперед. О том, как реализуется система ОМС в нашем регионе, нашим читателям рассказал директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов.



- Денилбек Шерваневич, хотелось бы начать с наиболее актуального вопроса - выполнение майского указа Президента РФ №597

- Вопрос, действительно, очень актуальный. Выполнение майских указов Президента страны мы постоянно держим на контроле. Как вы знаете, он предусматривает повышение к 2018 году средней заработной платы младшего медицинского персонала и среднего медицинского персонала до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское образование, предоставляющих медицинские услуги, - до 200 процентов от средней заработной платы.

В Чеченской Республике поэтапное повышение оплаты труда в государственных учреждениях здравоохранения на период до 2018 года нашло закрепление в распоряжении Главы

Чеченской Республики от 25.02.2013 №26-РГ и в постановлении Правительства Чеченской Республики от 15.05.2013 № 105. Итоги 10-ти месяцев 2015 г. показали, что уровень средней заработной платы медицинских работников, работающих в системе ОМС, значительно повысился по сравнению с 2013 годом и составляет:

- по врачам - 32 290 рублей, это 144,8% относительно установленных 137% целевых показателей и на 19,5% выше показателя 2013 года;

- по среднему медицинскому персоналу – 18 110 рублей, это 81,2% против установленных - 79,3% и на 17,6% выше показателя 2013 года;

- по младшему медицинскому персоналу – 11 980 рублей - 53,7% против установленных - 52,4% и на 17,5% выше показателя 2013 года.



Как видно из вышесказанного, результат говорит сам за себя. Это стало возможным благодаря поддержке Главы Чеченской Республики Р.А. Кадырова и Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко.

- Обязательное медицинское страхование воспринимается в первую очередь как надежный источник финансирования отрасли. Расскажите, как проходит финансирование нашего здравоохранения в условиях ОМС в 2015 году?

- Да, вы правы. Сегодня ОМС - это основной источник финансирования здравоохранения. Финансирование объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованному населению, осуществляется в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации с каждым годом расширяется и пополняется новыми видами медицинской помощи. Так, например, с 2014 года в базовую программу обязательного медицинского страхования включены отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи. Это дало возможность нашим застрахованным гражданам, имеющим полис ОМС, бесплатно получать отдельные виды ВМП на территории республики в наших лечебно-профилактических учреждениях.

Хотелось бы отметить и то, что финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованным гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в 2015 году увеличено в сравнении с уровнем 2012 года более чем в 2 раза.

Следует отметить, что в 2015 году финансирование объемов специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, осуществляется с применением клинико-статистических групп по тарифам, установленным для каждой КСГ, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, доверенными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

- Вы упомянули о том, что с 2015 года некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) включены в ОМС. Расскажите, как с этим новшеством обстоят дела в нашей республике и что это дало нашим гражданам?

- Лечение, связанное с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи, как правило, дорогостоящее и в плане диагностических обследований, и в плане выполнения оздоровительных мероприятий. Поэтому регулярно разрабатывались задачи, которые бы увязывали возможности медицинских организаций, оказывающих ВМП с потребностью граждан в таких видах медицинской помощи. На уровне субъектов работали специальные комиссии, принимающие окончательное решение о предоставлении ВМП в соответствии с установленным регламентом – порядком. Пациент, нуждающийся в получении высокотехнологичной медицинской помощи, собирал пакет документов и представлял их в комиссию. На следующем этапе согласовывались, как финансовые возможности бюджетов, так и реальные возможности медицинских организаций. На эту процедуру отводилось двадцать шесть дней, если не заканчивались квоты и зачастую успех будущего лечения во многом зависел от жизнестойкости больного.

Для того, чтобы повысить эффективность организации лечения тяжелых заболеваний, Правительством Российской Федерации было принято решение о переводе ВМП в систему ОМС, включив отдельные виды ВМП в базовую программу обязательного медицинского страхования. Это дало положительный результат, дав возможность застрахованным гражданам, имеющим полис ОМС, помимо обычной специализированной медицинской помощи получать бесплатно отдельные виды ВМП.

В 2014 году за счет средств ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования финансировалось более четырехсот видов ВМП, при этом использовались не только хирургические методы, но и различные терапевтические. В 2015 году Правительством Российской Федерации обновлен и расширен перечень ВМП, а также внесены изменения в порядок ее оказания.

Что касается нашего региона, следует отметить, что включение отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи в базовую программу ОМС позволило принять меры

по оказанию определенных видов ВМП в условиях наших медицинских учреждений, таких, как, Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У. Ханбиева, Республиканский клинический госпиталь ветеранов войны и Республиканская детская клиническая больница. За 10 месяцев 2015 года этими учреждениями оказана высокотехнологичная медицинская помощь в 363 случаях, это люди, которые получили квалифицированную медицинскую помощь: высокой технологии у себя дома, не выезжая за пределы республики.

- Денилбек Шерваниевич, ФОМС Чеченской Республики выступает защитником прав и интересов граждан на получение качественной бесплатной медицинской помощи. Какая работа ведется в этом направлении?

- Во все времена, одной из основных задач системы обязательного медицинского страхования будет являться защита прав застрахованных граждан на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества. Этот вопрос мы ставим во главу угла.

Нашими специалистами совместно с работниками страховых медицинских организаций ведется большая работа по защите прав застрахованных граждан и контролю качества оказываемой медицинской помощи. Это и контроль за оказанием медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, это и разбор устных и письменных обращений, а также жалоб с последующим проведением по мере необходимости экспертизы качества медицинской помощи. Эта работа по информированию населения об их правах в системе обязательного медицинского страхования, что свою очередь приносит свои плоды. Население начинает узнавать свои права, люди обращаются к нам за соответствующими консультациями. Кроме того, это многочисленные социологические опросы больных, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении, на предмет качества лечения и условий предоставления медицинской помощи. Все это влечет неплохой результат, но мы всегда стремимся к лучшему.

- Продолжая тему прав застрахованных граждан, хотел бы спросить вот о чем. В правилах ОМС прописано, что пациент имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, о методах оказания медицинской помощи, возможных видах медицинского вмешательства и связанного с ними риска. Как реализуется это право, и пользуются ли им пациенты?

- Да, пользуются и очень охотно. При поступлении пациента в лечебно-профилактическое учреждение медицинским работником в доступной для пациента форме, разъясняются цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,



их последствия, в том числе, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Разъясняется, что он имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его прекращения, за исключением случаев угрозы жизни пациента. После ознакомления, пациентом дается добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в «Перечень определенных видов медицинских вмешательств», для получения первичной медико-санитарной помощи, которое хранится в первичной медицинской документации пациента.

- Денилбек Шерваниевич, Вы на одном из совещаний сказали, что современные информационные системы - это инструмент повышения эффективности управления процессами обязательного медицинского страхования, что сделано в данном направлении?

- Очень важный вопрос. Мы уделяем большое внимание вопросам информатизации, создания единого информационного пространства, расширения информационно-технической базы. Общие принципы построения и функционирования информационных систем в сфере ОМС, утвержденные приказами Федерального фонда ОМС №79, послужили единым интеграционным началом для внедрения на территории Чеченской Республики единых подходов к организации персонализированного учета застрахованных граждан, оказанной в рамках



программы ОМС медицинской помощи. Мы разработали Регламент информационного взаимодействия участников системы ОМС Чеченской Республики при ведении регионального сегмента единого регистра застрахованных, Регламент информационного взаимодействия участников системы ОМС Чеченской Республики при ведении персонализированного учета оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам и другие нормативные документы, учитывающие региональные особенности информатизации и информационного взаимодействия в системе ОМС Чеченской Республики.

В части ведения регистра застрахованного населения ФОМС Чеченской Республики перешел на использование типового программного комплекса ведения регионального сегмента единого реестра застрахованных, что позволило актуализировать и поддерживать реестр застрахованного населения, осуществлять информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями, центральным сегментом ЕРЗ, центром выкупа полисов ОМС в соответствии с едиными требованиями Общих принципов.

Для организации персонализированного учета оказанной в рамках программы ОМС медицинской помощи в Территориальном фонде ОМС Чеченской Республики введена в промышленную эксплуатацию современная многофункциональная информационно-аналитическая система сбора и обработки информации, которая обеспечила перевод системы инфор-

мационного взаимодействия между участниками ОМС на новый качественный уровень, с использованием самых передовых технологий. Разработана система IT-компаний, являющаяся одним из крупнейших системных интеграторов в сфере здравоохранения.

Система отвечает всем современным требованиям, позволяет вести автоматизированную поддержку проведения экспертиз как по внутри территориальным расчетам так и проведение экспертиз реестров-счетов медицинской помощи, оказанной гражданам вне территории страхования, формирование статистических и аналитических отчетов, вести информационное сопровождение застрахованного при оказании ему медицинской помощи. Прделана огромная работа.

- Скажите, пожалуйста, какова обеспеченность полисами обязательного медицинского страхования в нашей республике на сегодняшний день?

На сегодняшний день численность застрахованного населения на территории Чеченской Республики составляет 1 358 325 человек, из них - 1 005 153 обеспечено полисами нового образца. Таким образом, зарегистрировано в системе обязательного медицинского страхования - 98% населения Чеченской Республики и обеспечено полисами нового образца - 74%.

- Насколько медицинские организации справляются с поставленными перед ними задачами, есть проблемы?

- Особых нареканий в адрес медицинских организаций у ФОМС Чеченской Республики не имеется. Возникающие на практике проблемные вопросы разрешаются в рабочем порядке.

- Денилбек Шерваниевич, расскажите о нововведениях в обязательном медицинском страховании предусмотренных в ближайшее время, что изменится в результате?

- Из тех изменений, которые могут произойти в ближайшей перспективе мне бы хотелось выделить следующие.

Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлен проект постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», пред-



на 2016 – 2018 годы.

Следующее, что мне хотелось бы отметить это проект приказа, подготовленный Министерством здравоохранения Российской Федерации о внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, предусматривающий порядок индивидуального сопровождения страховыми медицинскими организациями оказания медицинскими организациями профилактических мероприятий застрахованным лицам.

И в завершении хотелось бы обратить внимание на еще один проект приказа, подготовленный Министерством здравоохранения Российской Федерации, направленный на приведение приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 103 ОН - «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» в соответствие с действующим законодательством в части установления корректных единиц объема предоставления медицинской помощи.

Также хотелось бы отметить, что ко всем новшествам мы готовы. Качество и эффективность - наша главная цель.

- И завершая нашу беседу, последний вопрос. Каковна Ваш взгляд главный итог вашей деятельности в 2015 году?

Главным итогом деятельности ТФОМС Чеченской Республики в 2015 году является то, что несмотря на все трудности, в первую очередь экономические, выпавшие на долю нашей страны, благодаря Главе Чеченской Республики Р.А. Кадырову и той поддержке, которую постоянно оказывает руководство Федерального фонда в лице Н.Н. Стадченко финансовое и ресурсное обеспечение деятельности медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования нашей республики, осуществлялось бесперебойно.

Благодарю Вас за беседу!



ДОКЛАД

В СТОЛИЦЕ СКФО ПРОШЕЛ СЕМИНАР ПО ВОПРОСАМ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В Пятигорске прошёл межрегиональный семинар Северо-Кавказского федерального округа для работников системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования.



Организаторами семинара выступили Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и Международный банк реконструкции и развития. Тема семинара: «Оплата стационарной медицинской помощи по модели клинко-статистических групп». Данный семинар был организован в рамках реализации соглашения, подписанного между ТФОМС и Международным банком реконструкции и развития по совершенствованию системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинко-статистических групп (КСГ).

В качестве экспертов выступили начальник отдела методологии тарифов и финансового взаимодействия в системе ОМС Федерального фонда ОМС Артур Ахметзянов, консультанты Всемирного банка Александр Кацага и Мария Авксентьева.

В состав делегации из Чеченской Республики вошел первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики Мустапа Сагилаев, чей доклад мы приводим ниже.

Практическое использование клинко-статистических групп при реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики.

Для успешной реализации государственных гарантий в сфере медицинской помощи, которые могут стимулировать развитие системы при их правильном выборе, а могут консервировать «слажившуюся» низкую эффективность лечебной сети.

Единообразные подходы к выбору способа оплаты медицинской помощи в стационаре (дневном стационаре) были

определены базовой программой ОМС на 2014 год и уточнены в 2015 году. Единственным разрешенным способом оплаты стала оплата по «законченному» случаю лечения с использованием групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ).

Основой для их применения стали разработанные Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования рекомендации «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болез-



ней (КСГ)» (письма МЗ РФ от 11.11. 2013 г. № 66-0/10/2-3405, от 15.12.2014 №11,9/10/2-9454). В них был учтен международный и отечественный опыт по финансированию стационарной медицинской помощи и были предложены практические решения, позволяющие дифференцировать финансирование в зависимости от заболевания пациента и медицинских технологий, применяемых для его лечения. Основное назначение применения КСГ, в соответствии с рекомендациями, обеспечение более эффективного способа оплаты стационарной помощи по «законченному» случаю, формирование тарифной системы на основе баланса имеющихся финансовых средств, частоты встречаемости тех или иных заболеваний и относительных коэффициентов затрат по отдельным КСГ.

Необходимо отметить, что рекомендации МЗ РФ и ФОМС по КСГ являются еще и стратегическими документами, в которых заложена идеология позитивного и обоснованного совершенствования КСГ. Клинико-статистические группы болезней могут применяться не только для оплаты, но и для планирования и управления деятельностью медицинских организаций.

Руководствуясь данными методическими рекомендациями, регион может учитывать развитие территориальных систем планирования, оплаты и мониторинга медицинской помощи и выделять отдельные подгруппы, отдельные заболевания, на которые Министерством здравоохранения Российской Федерации установлены стандарты медицинской помощи с расшифровкой в разрезе кодов МКБ-10 (для терапевтических подгрупп) или кодов Номенклатуры (для хирургических подгрупп).

Данный способ оплаты медицинской помощи привлека-

телен, прежде всего, с точки зрения обеспечения сбалансированности и предсказуемости финансовых обязательств в условиях ограниченных финансовых ресурсов. Кроме того, он позволяет учитывать отклонения в затратах на лечение различных заболеваний, способствуя тем самым более справедливому распределению ресурсов при лечении сложных и затратных заболеваний, влияя тем самым на качество медицинской помощи. Этот метод оплаты позволяет уменьшить число случаев искажения диагнозов заболеваний и упростить систему планирования и финансирования медицинской помощи.

В 2015 году оплата медицинской помощи по КСГ в Чеченской Республике производилась в 33 медицинских организациях, которые были распределены на 3 уровня оплаты:

Первый уровень - оказание населению первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (12 медицинских организаций).

Второй уровень - оказание преимущественно специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической), к этому уровню отнесены 13 медицинских организаций, в том числе 3 межрайонных центра на базе центральных районных больниц в городах Гудермес, Урус-Мартан, Шали.

Третий уровень - оказание специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи в 8 медицинских организациях.

Для более полного и корректного возмещения затрат при

оплате по КСГ укрупненные уровни распределены на подуровни. Так, в первом уровне выделены 2 подуровня оплаты, во втором – 3 подуровня и в третьем уровне - 3 подуровня. Средние значения коэффициентов уровня стационара составляют на первом уровне 0,9, на втором – 1,0 и на третьем – 1,1.

На I этапе в 2014 году было внедрено 201 КСГ, рекомендованные на федеральном уровне.

В 2015 году перечень применяемых КСГ расширен и доведен до 258.

Чтобы обеспечить объективность оценки эффективности и целесообразности введения данного способа оплаты, сопоставимости статистических данных, объемных и стоимостных

показателей в разрезе профилей, было принято решение об использовании средней профильной длительности лечения при оплате по КСГ и КПГ.

По результатам анализа была оптимизирована средняя длительность лечения стационарной медицинской помощи в медицинских организациях Чеченской Республики.

Оплата прерванных случаев лечения производится по стоимости 1 койко-дня, рассчитанной исходя из стоимости КСГ и установленной профильной длительности лечения за исключением отдельных видов медицинских услуг, оговоренных тарифным соглашением (таблица 1).

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
9	Беременность, закончившаяся абортным исходом
11	Искусственное прерывание беременности (аборт)
13	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
14	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
20	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
134	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
135	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
138	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)
159	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
177	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
245	Операции на органах полости рта (уровень 1)

таблица 1.

В случае, если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратно хирургической группы, к которой был отнесен данный случай, меньше затратно терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по терапевтической группе.

Если невозможно определить КСГ, случай относится к КПГ в соответствии с профилем медицинской помощи.

На первом этапе внедрения федеральных КСГ в 2014 году ФОМС Чеченской Республики совместно с Министерством здравоохранения Чеченской Республики был проведен анализ показателей по законченным случаям для определения средней длительности лечения по КСГ в зависимости от возраста

пациента, уровня и условий оказания медицинской помощи. Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики планируется дальнейшее совершенствование и конкретизация КСГ, для того чтобы они приобрели все необходимые параметры для использования их при планировании Территориальной программы государственных гарантий (программы ОМС) и формирования плановых заданий для медицинских организаций на основе анализа заболеваемости и с учетом ресурсного потенциала региональной лечебной сети.

Источник: Пресс-служба ФОМС Чеченской Республики

ПОРЯДОК ФИНАНСОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Зара Дадаева,
заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон 326 – ФЗ), **Бюджетным кодексом** Российской Федерации, утвержденным Федеральным законом от 31.07.98 г. N 145-ФЗ, **Налоговым кодексом** Российской Федерации (часть вторая), утвержденным Федеральным законом от 5.08.2000 г. N 117-ФЗ, **Федеральным законом** от 24.03.2001 г. N 33-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О введении в действие части второй Налогового

кодекса Российской Федерации и внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах» (Собрание законодательства РФ, 2001, N 13, ст.1147); **постановлением** Правительства Российской Федерации от 29.07.98 г. N 857 «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования», **постановлением** Правительства Российской Федерации от 29.03.94 г. N 251 «Об утверждении правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование» (в редакции **постановления** Правительства Российской Федерации от 19.06.98 г. N 619) **Федеральным законом** от 30 ноября 2011 г. N 354-ФЗ «О размере

и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»; **Федеральным законом** от 24.07.2009 г. N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 января 2011 года N 15н; приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС).

Порядок устанавливает общие принципы финансового взаимодействия органов исполнительной власти, территориальных органов Министерства Российской Федерации по налогам и сборам, территориальных органов Федерального казначейства Министерства финансов Российской Федерации, субъектов обязательного медицинского страхования (страхованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования), участниками обязательного медицинского страхования (территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации).

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

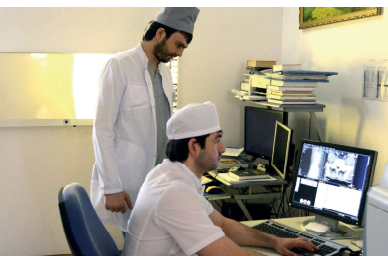
1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном



Федеральным фондом;
осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, осуществляет контроль за использованием средств



обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. N 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - страховая медицинская организация), - страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

Средства, поступающие в страховую медицинскую организацию и предназначенные для оплаты медицинской помощи, являются средствами целевого финансирования (далее - целевые средства). Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Страховые медицинские организации отвечают по

обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями этих договоров.

Страховые медицинские организации ведут раздельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации ведут раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

2. Средства обязательного медицинского страхования

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

- 1) доходов от уплаты:
 - а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
 - в) начисленных пеней и штрафов;
 - 2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
 - 3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;
 - 4) доходов от размещения временно свободных средств;
 - 5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование

Страхователями для неработающих граждан согласно

пункту 5 статьи 10 Федерального закона 326-ФЗ, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения утвержден Федеральным законом от 30 ноября 2011 г. N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Статьей 1 Федерального закона 354-ФЗ тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения утвержден в размере 18 864,6 руб.

Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа, установленного законом, коэффициента дифференциации согласно приложению к Федеральному закону 326-ФЗ и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период.

Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены базовой программой обязательного медицинского страхования.

Уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджет Федерального фонда. Размер и порядок уплаты платежей субъекта Российской Федерации, устанавливаются законом субъекта Российской Федерации.

Сумма ежемесячного страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемая страхователями, должна составлять одну двенадцатую годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного на указанные цели законом о бюджете субъекта Российской Федерации. При этом объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплаченных за год, не может быть меньше годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного законом о бюджете субъекта Российской Федерации.

Страхователями для работающих граждан, являются:

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам;

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой: нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным законом от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации представляют сведения об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.

4. Состав бюджета Федерального фонда

1. Доходы бюджета Федерального фонда формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации, законодательством Российской Федерации о страховых взносах, законодательством Российской Федерации о налогах и сборах и законодательством Российской Федерации об иных обязательных платежах. К доходам бюджета Федерального фонда относятся:

1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;

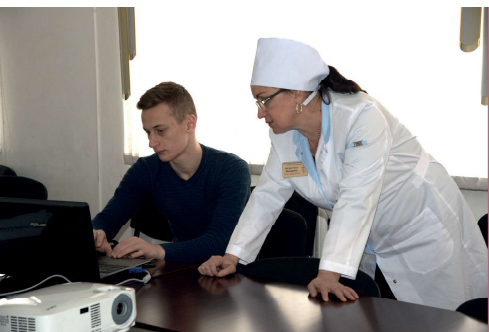
2) недоимки по взносам, налоговым платежам;

3) начисленные пени и штрафы;

4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;

5) доход от размещения временно свободных средств;

6) иные источники, предусмотренные законодательством



Российской Федерации.

2. Расходы бюджета Федерального фонда осуществляются в целях финансового обеспечения:

- 1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона 326-ФЗ полномочий;
- 2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- 3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

В составе расходов бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Федеральный фонд;

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

5. Состав бюджетов территориальных фондов

Доходы бюджетов территориальных фондов формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. К доходам бюджетов территориальных фондов относятся:

- 1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;
- 2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 4) платежи субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 5) доход от размещения временно свободных средств;
- 6) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, в случаях, установленных законами субъекта Российской Федерации;
- 7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 8) иные источники, предусмотренные законодательством

Российской Федерации.

Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;

4) ведения дела по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным законом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда (без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования) не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Территориальный фонд осуществляет управление средствами обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного



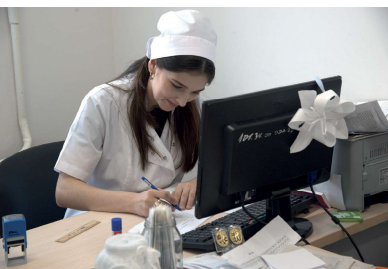
оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования и в целях обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, а также решения иных задач, установленных настоящим Федеральным законом, положением о территориальном фонде, законом о бюджете территориального фонда.

Средства бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат.

6. Порядок предоставления субвенций

Субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов на осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона 326-ФЗ полномочий предоставляются в объеме, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок и условия распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения



базовой программы обязательного медицинского страхования и других показателей, установленных в соответствии с утвержденным порядком.

Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанному в соответствии со статьей 23 Федерального закона 326-ФЗ, и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, в срок не позднее 20-го числа каждого месяца.

Субвенции на осуществление указанных в части 1 статьи 6 Федерального закона 326-ФЗ полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

Субвенции, предоставленные бюджетам территориальных фондов и использование не по целевому назначению, возмещаются бюджету Федерального фонда в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Межтерриториальные расчеты

Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой (далее - межтерриториальные расчеты) за счет

средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, не позднее 25 дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета (реестра счетов), предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определяется правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н.

Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам медицинскими организациями, созданными в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящимися за пределами территории Российской Федерации, в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

Не подлежат межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу.

Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис.

8. Формирование средств страховой медицинской

организации и их расходование

1. Целевые средства страховой медицинской организации формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в соответствии со статьей 41 Федерального закона 326-ФЗ;

а) средства по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 70% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 70% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 настоящего Федерального закона, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

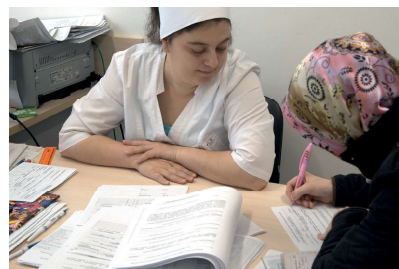
2. Страховая медицинская организация направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования.

3. Получение страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования не влечет за собой перехода этих средств в собственность страховой медицинской организации, за исключением случаев, установленных настоящим Федеральным законом.

4. Собственными средствами страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

2) 30 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;



3) 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

4) 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5) 10 процентов средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов;

6) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц в соответствии со статьей 31 Федерального закона 326-ФЗ, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

5. Формирование собственных средств страховой медицинской организации осуществляется в порядке, установленном договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

6. Операции со средствами обязательного медицинского страхования в страховой медицинской организации подлежат отражению в отчете об исполнении бюджета территориального фонда на основании отчетности страховой медицинской организации без внесения изменений в закон о бюджете территориального фонда.

9. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального



закона 326-ФЗ оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее - Комиссии), по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящими Правилами.

Взаимодействие территориального фонда со страховыми медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями с медицинскими организациями осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении представляет в территориальный фонд:

заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование);

заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - Заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями;

В заявку на авансирование включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи.

В заявку на получение средств на оплату счетов включается объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный

месяц, определенный территориальным фондом с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее - дифференцированные подушевые нормативы), за исключением средств, направленных в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце в порядке авансирования. В случае недостатка указанного объема средств для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце заявка увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды.

1. Заявка на получение средств на оплату счетов должна содержать следующие сведения:

- 1) наименование страховой медицинской организации;
- 2) наименование территориального фонда;
- 3) период, на который составляется заявка;
- 4) дату и номер договора о финансовом обеспечении;
- 5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);
- 6) размер финансового обеспечения, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам;
- 7) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);
- 8) дату составления заявки.

Заявка заверяется подписью руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации.

Остаток целевых средств, полученных по заявкам, страховая медицинская организация возвращает в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц.

Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются.

При недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным приказом Федерального фонда от 01.12.2010 № 227.

Территориальный фонд ведет учет расходования целевых средств на оплату медицинской помощи каждой страховой медицинской организацией.

В случае наличия по истечении календарного года экономии целевых средств, образовавшейся в результате превышения сумм ежемесячных объемов средств для оплаты медицинской помощи, рассчитанных для страховой медицинской организации исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, над объемом целевых средств, фактически направленных страховой медицинской организацией на оплату медицинской помощи, с учетом средств, полученных из нормированного страхового запаса территориального фонда, 10 процентов экономии целевых средств предоставляются страховой медицинской организации в сроки, установленные договором о финансовом обеспечении.

Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, представляются страховой медицинской организации в пределах установленного законом норматива в соответствии с договором о финансовом обеспечении.

Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее - Акт).

Акт должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование территориального фонда;
- 2) наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации);
- 3) дата, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объем поступивших целевых средств всего, в том числе:
 - а) по дифференцированным подушевым нормативам;
 - б) за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
 - в) из средств нормированного страхового запаса;
 - г) средства в размере 10 процентов экономии, полученные в соответствии с условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- д) средства для выплаты вознаграждения страховой медицинской организации за выполнение целевых значений



доступности и качества медицинской помощи;

б) объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

в) средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

г) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

д) направлено средств на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

е) сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, в том числе:

а) средства, предназначенные на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;

б) средства, сформированные по результатам проведения медико-экономической экспертизы;

в) средства, сформированные по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;

г) средства, сформированные по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

д) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

е) остаток средств, возвращенный в территориальный фонд;

ж) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда, руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.

Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи), заключенным с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, а также средства для выплаты вознаграждения медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, учитывающий:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими

организациями;

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

6) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;

7) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

9) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

10) возможность достижения социально-значимых показателей деятельности здравоохранения, ориентированных на результат.

При оплате амбулаторной медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации учитывается численность застрахованных лиц, прикрепившихся к конкретной медицинской организации (врачу) и объем средств на виды медицинской помощи в соответствии со статьями затрат, включенными в территориальную программу.

Территориальный фонд доводит тарифы на основе подушевого норматива финансирования медицинских организаций до страховых медицинских организаций.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования.

Медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию:

1) заявку на авансирование медицинской помощи с указанием периода авансирования и суммы;

2) счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов, Счет на оплату медицинской помощи должен быть заверен

подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации.

Реестр счетов должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

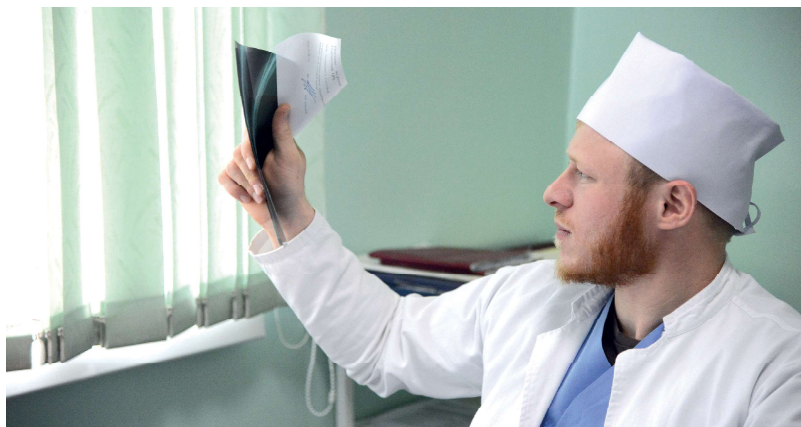
3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;



дата и место рождения;
данные документа, удостоверяющего личность;
СНИЛС (при наличии);
номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10);

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего

медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной

застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

При оплате амбулаторной медицинской помощи на основе

подушевого финансового обеспечения в реестр счетов могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях предусмотренных Федеральным законом, медицинская организация направляет ходатайство в территориальный фонд для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию. После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.

На основании представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 января 2011 года, регистрационный N 19614) (далее - порядок организации и проведения контроля).

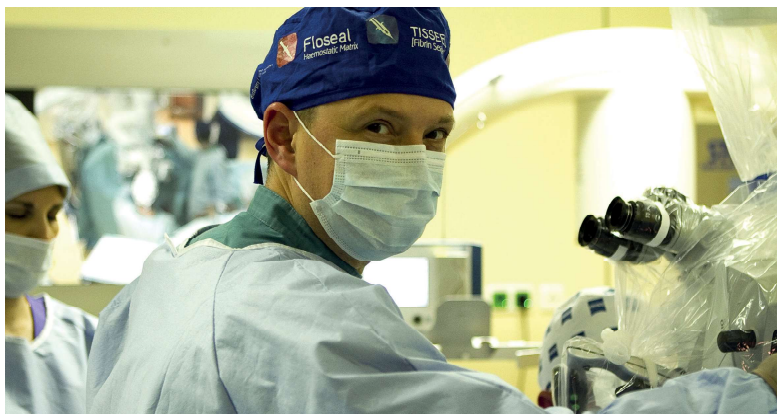
При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию, отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации.

При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

В соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона 326-ФЗ взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоплату, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи.

В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения.

В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере



10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а при его оплате до получения соответствующих сведений от территориального фонда - о неполной оплате расходов медицинской организации

при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения медико-экономического контроля или медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования», на выплаты вознаграждений страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении, и медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт.

Акт сверки расчетов должен содержать следующие сведения:

- 1) сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;
- 2) общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц;
- 3) сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:
 - по результатам медико-экономического контроля;
 - по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- 4) сумма средств, удержанных по результатам принятия территориальными органами Фонда социального страхования решения об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;
- 5) перечисленная сумма средств;
- 6) сумма средств, возвращенная медицинской организацией;
- 7) задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца.

10. Порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования

Территориальный фонд утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда.

Ежемесячно, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем за который страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи, территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных лиц с учетом половозрастного состава в данной страховой медицинской организации и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до сведения страховых медицинских организаций объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц.

Предварительный объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФП) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФП} = \sum D_i \times C_i, \text{ где:}$$

D_i - дифференцированный подушевой норматив для i -й половозрастной группы застрахованных лиц;
 $Ч_i$ - среднемесячная численность застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации.

117. Общий предварительный объем финансирования страховых медицинских организаций (ОФП) рассчитывается по формуле:

$$\text{ОФП} = \sum_{i=1}^k \text{ФП}_i, \text{ где:}$$

k - количество страховых медицинских организаций.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование страховых медицинских организаций в расчетном месяце, рассчитывается поправочный коэффициент (КП) по формуле:

$$\text{КП} = \text{С} \times \text{Ч} / \text{ОФП}, \text{ где}$$

С - среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций;

Ч - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Фактический объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФФ) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$\text{ФФ} = \text{ОФП} \times \text{КП}.$$

Дифференцированные подушевые нормативы предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций в расчете на одно застрахованное лицо с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль - четыре года мужчины/женщины;
 пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
 восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины;
 восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;
 шестьдесят лет и старше мужчины;
 пятьдесят пять лет и старше женщины.

При расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности на половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.

Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

1) рассчитываются коэфф. дифференциации (KD_i) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (далее - расчетный период), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. Для расчета коэффициентов дифференциации:

все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориального фонда на первое число первого месяца расчетного периода;

определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (P_i) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола), по формуле:

$$P_i = Z_i / M_i / Ч_i, \text{ где:}$$



Z_i - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M_i - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации; определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в i -тый половозрастной интервал (P_i) по формуле:

$$P_i = Z_i / M_i / Ч_i, \text{ где:}$$

Z_i - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в i -тый половозрастной интервал за расчетный период;

M_i - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч_i - численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в i -тый половозрастной интервал;

рассчитываются коэффициенты дифференциации KD_i для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KD_i = P_i / P,$$

2) рассчитывается среднедушевой норматив финансирования страховых медицинских организаций (С) по формуле:

$$\text{С} = (\text{П} - \Delta\text{Н} - \text{У} - \text{Р}) / \text{Ч}, \text{ где}$$

П - поступления в отчетном месяце в бюджет территориального фонда средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования (без учета остатка средств за предыдущие периоды);

$\Delta\text{Н}$ - размер средств, необходимых для пополнения нормированного страхового запаса территориального фонда за счет средств, поступивших в расчетном месяце в бюджет территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования;

У - размер средств обязательного медицинского страхования, направленных в расчетном месяце на осуществление управленческих функций территориального



федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования. Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в нестационарной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

фонда, в пределах объема средств, предусмотренных на указанные цели бюджетом и бюджетной сметой территориального фонда;

Р - размер средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховых медицинских организаций;

Ч - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации;

3) рассчитываются дифференцированные подушечные нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации по формуле:

$$D_i = C \times KD_i, \text{ где:}$$

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

D_i - дифференцированный подушевой норматив для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

KD_i - коэффициент дифференциации для i-той половозрастной группы застрахованных лиц.

11. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона 326-ФЗ. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, - в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается настоящим Федеральным законом.

Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств,



расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона 326-ФЗ;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 8 статьи 35 Федерального закона 326-ФЗ;

3) расходы, определенные территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.



ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ЧИТАТЕЛЕЙ от экспертов Электронной системы «Экономика ЛПУ»



**КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, ДОЛЖНА ЛИ БЫТЬ
ОКАЗАНА МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА
КОНКРЕТНОМУ ПАЦИЕНТУ, ЕСЛИ В
СТАНДАРТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЧАСТОТА ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ УКАЗАНА МЕНЕЕ
ЕДИНИЦЫ?**

Стандарт медицинской помощи является медико-экономическим документом, содержащим усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг (ч. 4 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Хотя медицинская организация обязана осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ), медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями (ч. 2, ст. 73 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Таким образом, решение о предоставлении медицинской

услуги находится в усмотрении лечащего врача и определяется наличием соответствующих медицинских показаний у пациента, которые должны быть отражены в медицинской документации.



**КАК УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ
ТАРИФОВ ОМС ИЗМЕНЕНИЕ СТОИМОСТИ
КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА?**

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный территориальной программой ОМС, является усредненным показателем и учитывает затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом в течение года.

Медицинские организации резервируют средства, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС, и используют их в течение года, исходя из потребности в них в пределах общего объема финансового обеспечения, установленного территориальной программой ОМС.



**НАСКОЛЬКО ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
СУБВЕНЦИИ В ТФОМС УЧИТЫВАЕТ
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ?**

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ разграничивает полномочия Российской Федерации и регионов в сфере ОМС, Полномочие Российской Федерации – утвердить базовую программу ОМС, а полномочие субъекта Российской Федерации – реализовать ее непосредственно на территории региона за счет субвенций, предоставляемых Федеральным фондом территориальным фондам.

Отмечу, что сама программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (включая базовую программу ОМС) формируется с учетом особенностей половозрастного состава населения РФ, уровня и структуры заболеваемости. Но программа содержит не только «медицинское» наполнение, но и ее финансовый эквивалент, «цифровой», исходя из соответствующих статистических данных по подшефному, организационному и «профильному медицинскому» принципу. Размер субвенции, являющейся финансовым обеспечением базовой программы ОМС, определяется, исходя из ее финансового эквивалента.

Эта взаимосвязь отражена и в методике распределения между регионами субвенций на 2013 г. и плановый период 2014-2015 гг. (утвержденной постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462). Она довольно проста: объем субвенций определяется как произведение численности застрахованных по ОМС (по состоянию на 1 апреля года расчета субвенции)

на норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС на год расчета субвенции (в 2013 г. – 5942,5 руб.) и коэффициента дифференциации региона.

«Выравнивающая» составляющая изначально предусмотрена законом об ОМС как гарантирующая выполнение обязательств государства, чтобы медицинская помощь на территории всей страны соответствовала уровню, определенному базовой программой ОМС. Коэффициент дифференциации – это также «выравнивающий» показатель, учитывающий не только «северные» районные коэффициенты к заработной плате, надбавки за стаж работы и уровни средней заработной платы в регионах, но и расчетные уровни индекса бюджетных расходов, которые позволяют учитывать повышенные расходы на предоставление услуг в конкретном регионе в силу особенностей его социально-экономического положения.

Таким образом, размер субвенции увеличивается с учетом «удорожающих факторов», обеспечивая реализацию базовой программы во всех регионах. В соответствии с законодательными нормами, региональные особенности программы ОМС учитываются в территориальных программах, утверждаемых региональными органами государственной власти. Хочу напомнить, что, как и в предыдущие годы, в регионы направлено письмо Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.»

Электронная система «Экономика ЛПУ»

- Проводники по темам
- Разъяснения экспертов
- Вопросы-ответы
- Шаблоны и образцы
- Нормативная база
- Видеосеминары
- Консультации экспертов
- Электронные калькуляторы
- Электронные версии журналов
- Календарь-планировщик

Закажите тестовый доступ на www.elpu.ru

Ответы на эти и другие вопросы вы сможете получить в системе экспертных рекомендаций «Экономика ЛПУ». Закажите тестовый доступ к электронной системе для экономистов ЛПУ на www.elpu.ru

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2014 И I ПОЛУГОДИЕ 2015 ГГ.

Структура системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в 2014 и первом полугодии 2015 годов.

В соответствии с законодательством Российской Федерации и Чеченской Республики Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – ТФОМС Чеченской Республики) является территориальным государственным внебюджетным фондом, созданным для реализации на территории Чеченской Республики государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования.

Задачами ТФОМС Чеченской Республики являются:

- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного

медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

Система обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в 2014 году была представлена ТФОМС Чеченской Республики, страховой медицинской организацией, 75 медицинскими организациями, 63 294 страхователями по обязательному медицинскому страхованию и 1 320 309 застрахованных лиц.

В 2014 году в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики приняло участие 75 медицинских организаций из которых:

- подведомственные Министерству здравоохранения Чеченской Республики – 56;
- подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству – 10;
- подведомственные иным ведомствам – 1;
- негосударственной формы собственности – 8.

В первом полугодии 2015 года система обязательного медицинского страхования Чеченской Республики представлена ТФОМС Чеченской Республики, страховой медицинской организацией, 74 медицинскими организациями, 62 962 страхователями по обязательному медицинскому страхованию и 1 340 813 застрахованных лиц.

В 2015 году в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики принимают участие 74 меди-



Председатель Парламента Чеченской Республики М.Х. Даудов, заместитель Председателя Правительства – министр экономического, территориального развития и торговли Чеченской Республики А.А. Магомедов и директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов во время расширенного совещания по вопросам здравоохранения под председательством Главы Чеченской Республики, Героя России Р.А. Кадирова

цинские организации из которых:

- подведомственные Министерству здравоохранения Чеченской Республики – 53;
- подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству – 6;
- подведомственные иным ведомствам – 2;
- негосударственной формы собственности – 13.

Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2014 и первом полугодии 2015 годов.

Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2014 год (далее – территориальная Программа ОМС) в составе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годы (далее – Территориальная Программа)

осуществлено Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике в соответствии с требованиями Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 (далее – Федеральная Программа) и утверждена постановлением Правительства Чеченской Республики от 19 декабря 2013 года № 343, с изменениями от 20.11.2014г. № 218.

Средний подушевой норматив финансирования, установленный Федеральной Программой на 2014 год (без учета расходов федерального бюджета), составляет 10 294,4 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского



Совещание в ТФОМС Чеченской Республики под председательством заместителя Председателя Правительства Чеченской Республики А.А. Магомедова

страхования – 6 962,5 рубля.

Подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Территориальной Программой на 2014 год превысил норматив Федеральной Программы и составил 7237,9 рубля, в том числе за счет субвенций Федерального фонда ОМС 6962,5 рубля, за счет средств, передаваемых из бюджета Чеченской Республики на финансовое обеспечение расходов по скорой медицинской помощи 275,4 рубля

Реализация территориальной Программы ОМС осуществлялась с учетом требований информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08 ноября 2013 г. № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

В 2014 году территориальная Программа ОМС утверждена с дефицитом 2,7% (248,9 млн. рублей по скорой медицинской помощи).

Расходы финансового обеспечения территориальной Программы ОМС в 2014 году (с учетом

расходов на АУП и ведение дела СМО) составили 8 805,5 млн. рублей и возросли в текущих ценах на 23,1 % по сравнению с 2013 годом (7 155,8 млн. рублей).

В структуре расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС 2013 – 2014 годов, высокая тенденция роста наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях и в условиях дневных стационаров, а в условиях круглосуточного пребывания тенденция роста невысокая, которая идет на снижение, что в целом соответствует основным направлениям нормативных требований Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2014 году в Чеченской Республике в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в рамках территориальной Программы ОМС, бесплатно получили медицинскую помощь в стационарных условиях 248,5 тыс. пациентов (в 2013 году – 241,4 тыс.) – 102,9%, в дневных стационарах – 26,4 тыс. пациентов (в 2013 году – 16,3 тыс.) – 162,0%. Количество лиц, обслуженных скорой медицинской помощью в



Министр здравоохранения ЧР Ш.С. Ахмадов и директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдуллаев на совещании с коллективами ведомств

2014 году составило 242,9 тыс. чел., против 232,7 тыс. чел. в 2013 году – 104,4%.

Первичная медико-санитарная помощь, оказанная в 2014 году в амбулаторных условиях:

- количество посещений с профилактической и иными целями, а также в неотложной форме составило 1 705,7 тысяч, против 881,2 тысяч в 2013 году (193,6 %),

- количество обращений в связи с заболеваниями – 2 465,1 тысяч, против 1 889,7 тысяч в 2013 году (130,5 %).

В целом стоимость амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в 2014 году, составила 3 094,6 млн. рублей (включая объемы и стоимость, оказанной медицинской помощи в других субъектах), против 2 059,6 млн. рублей в 2013 г. (150,3 %).

Специализированная медицинская помощь, предоставленная в стационарных условиях в 2014 году составила 254,3 тысяч случаев госпитализаций на сумму 4 744,6 млн. рублей (включая объемы и стоимость, оказанной стационарной помощи в других субъектах), против 241,4 тысяч госпитализаций в 2013 году при стоимости 4 441,3 млн. рублей (106,8 % к уровню 2013 года). В условиях дневных

стационаров выполнено 277,2 тысяч пациенто-дней на сумму 361,8 млн. рублей (включая объемы и стоимость, оказанной медицинской помощи в других субъектах), против 177,0 тысяч пациенто-дней (156,6 % к 2013 году) на сумму 79,5 млн. рублей в 2013 году.

По скорой медицинской помощи число вызовов в 2014 году составило 242,9 тысяч при стоимости 336,0 млн. рублей (включая объемы и стоимость, оказанной скорой медицинской помощи в других субъектах), против 232,7 тысяч вызовов в 2013 году при стоимости 312,3 млн. рублей (107,6 % к 2013 г.).

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 31.12.2014 г. № 260 (в редакции от 10.06.2015г. № 115) утверждена территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее – Территориальная Программа).

Территориальная Программа разработана в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014



В рамках исполнения поручения Главы Чеченской Республики, Героя России Р.А. Кадырова по контролю качества оказания медицинской помощи населению РКБСТ им. У.Ханбиева посетили Заместитель Председателя Правительства – министр экономического развития, территориального развития и торговли Чеченской Республики Абдула Магоматов, министр здравоохранения Шахид Ахмадов, директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов

года № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и включает территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

Расчетная и утвержденная стоимость территориальной программы ОМС в 2015 году составила 10482,2 млн. рублей и по средствам ОМС в 2015 году нет дефицита. Прирост утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2015 года к уровню утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2014 года на 18,7%.

При этом в первом полугодии 2015 года расходы на финансирование стационарной медицинской помощи выросли в сравнении с уровнем 2014 года на 9,1%, в том числе объемы высокотехнологичной медицинской помощи выросли в 4 раза к уровню 2014 года (1 полугодие 2014 года – 7178,6 тыс. руб., 1 полугодие 2015 года – 31392,3 тыс. руб.) по медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликли-

нических условиях - на 37,2%, в условиях дневных стационаров - на 184,0%, по скорой медицинской помощи - на 42,0%.

Подошовой размер финансирования территориальной программы ОМС в первом полугодии 2015 года выше уровня 2014 года на 6,4%.

Норматив объема по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в территориальной программе ОМС 2015 года принят 0,178 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, включая высокотехнологичную медицинскую помощь и медицинскую помощь по медицинской реабилитации при среднем федеральном нормативе 0,172 случая (норматив объема по ОМС пересчитан с учетом половозрастного состава застрахованного населения Чеченской Республики: взрослое - 61%, детское - 39% при среднероссийском 80,5% и 19,5% соответственно).

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплат-

Министр спорта Чеченской Республики Х.Х. Хизриев, директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов, председатель Комитета Правительства ЧР по дошкольному образованию А.С. Джунанов на совещании по вопросам развития социальной сферы



ного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от 31.12.2014 г. № 260 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» 28.04.2015г. заключено трехстороннее соглашение Минздрава России, Федерального фонда ОМС, Правительства Чеченской Республики.

Общий объем субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемый бюджету Фонда на 2015 год, определен исходя из численности застрахованного населения Чеченской Республики по состоянию на 01.04.2014, принятого в количестве 1 268 923 чел. и подошвого норматива финансирования в размере 8 260,7 руб., доведенного до территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от

24.09.2014 № 4969/21-2 «О подушевых нормативах финансирования в 2015 – 2017 годах».

Бюджет территориального фонда ОМС сбалансирован по доходам и расходам и составляет – 10 482,2 млн. рублей.

Реализация Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в 2014 и первом полугодии 2015 годов.

Законом Чеченской Республики от 31.12.2013 № 44-РЗ «О республиканском бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» установлено, что среднемесячная заработная плата по Чеченской Республике для применения в рамках исполнения указов Президента Российской Федерации, принятых в 2012 году в целях совершенствования государственной социальной политики, определяется в 2014 году в размере 21 140,9 рублей, исходя из прогноза социально-экономического развития Чеченской Республики на 2014 и плановый период



Директор ТВОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов проводит совещание с коллективом ведомства

до 2016 года.

Согласно данным отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (приказ ФОМС от 26.03.2013 № 65), соотношение средней заработной платы к средней заработной плате в Чеченской Республике составило:

- врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) в абсолютных значениях 30 060 руб. и в процентном выражении 142,2 % при утвержденном – 130,7%;

- среднего медицинского (фармацевтического) персонала в абсолютных значениях 17 040 руб. и в процентном выражении 80,6 % при утвержденном – 76,2%;

- младшего медицинского персонала в абсолютных значениях 11 390 руб. и в процентном выраже-

нии 53,9 % при утвержденном – 51%.

Законом Чеченской Республики от 29.12.2014 № 55-РЗ

«О республиканском бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» установлено, что среднемесячная заработная плата по Чеченской Республике для применения в рамках исполнения указов Президента Российской Федерации, принятых в 2012 году в целях совершенствования государственной социальной политики, определяется в 2015 году в размере 22 303,6 рублей, исходя из прогноза социально-экономического развития Чеченской Республики на 2015 и плановый период до 2017 года.

В соответствии с распоряжением Главы Чеченской Республики от 25.02.2013 №26-РГ и постановлением Правительства Чеченской Республики от 15.05.2013 № 105, повышение оплаты труда в 2015 году в соотношении к средней заработной плате в республике должно составить:

- врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фарма-

цевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) в размере 137%;

- среднего медицинского (фармацевтического) персонала 79,3%;

- младшего медицинского персонала 52,4%.

Согласно данным отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (приказ ФОМС от 26.03.2013 № 65), за июнь 2015 г. соотношение средней заработной платы к средней заработной плате в Чеченской Республике составило:

- врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) в абсолютных значениях 31 850 руб. и в процентном выражении 142,8 %, в сравнении с соответствующим периодом прошлого года – 113,4%;

- среднего медицинского (фармацевтического) персонала в абсолютных значениях 17 920 руб. и в процентном выражении 80,3 %, в сравнении с соответствующим периодом прошлого года – 110,8%;

- младшего медицинского персонала в абсолют-

ных значениях 11 760 руб. и в процентном выражении 52,7 %, в сравнении с соответствующим периодом прошлого года – 108,4%.

Реализация мероприятий, направленных на профилактику заболеваний в 2014 и первом полугодии 2015 годов

В рамках реализации мероприятий, направленных на профилактику заболеваний по состоянию в 2014 году медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Чеченской Республики, проведены следующие мероприятия:

- 1) диспансеризация определенных групп взрослого населения в количестве 104 963 чел. на общую сумму 115 345,00 тыс. руб.;
- 2) 76 827 профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на общую сумму 103 857,40 тыс. руб.;
- 3) 33 010 профилактических медицинских осмотров взрослого населения на общую сумму 22 781,30 тыс. руб.;
- 4) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в количестве 917 чел. на общую сумму 3 166,6 тыс. руб.;
- 5) диспансеризация детей-сирот и детей, остав-



Первый заместитель директора ТВОМС Чеченской Республики М.А. Сагилев и заместитель министра здравоохранения ЧР Петимат Исакова во время обсуждения текущих вопросов



Санаторий «Серноводск-Кавказский» Республиканского лечебно-диагностического реабилитационного объединения Министерства здравоохранения Чеченской Республики посетители Заместитель Председателя Правительства – министр экономического, территориального развития и торговли Чеченской Республики Абула Магомедов, министр здравоохранения Шахид Ахамадов и директор ТФОМС Чеченской Республики Денисбек Абдулазизов. В месте с Генеральным директором – главным врачом Розой Арсановой гости ознакомились с условиями санаторно-курортного лечения пациентов. Они отметили, что благодаря Главе Чеченской Республики, Герою России Р.А. Кадырову здесь созданы все условия для реабилитации и отдыха больных.

шихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в количестве 788 чел. на общую сумму 2 203,10 тыс. руб.

В рамках реализации мероприятий, направленных на профилактику заболеваний по состоянию в первом полугодии 2015 года медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Чеченской Республики, проведены следующие мероприятия:

- 1) диспансеризация определенных групп взрослого населения в количестве 40 495 чел. на общую сумму 51 240,40 тыс. руб.;
- 2) 13 328 профилактических медицинских осмотров взрослого населения на общую сумму 8 941,20 тыс. руб.;
- 3) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в количестве 875 чел. на общую сумму 2 661,60 тыс. руб.;
- 4) 46 908 профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на общую сумму 52 513,20 тыс. руб.;
- 5) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (по-

печительство), в приемную или патронатную семью в количестве 408 чел. на общую сумму 1 225,90 тыс. руб.

Система информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в 2014 и первом полугодии 2015 годов.

В силу положения главы 10 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в сфере обязательного медицинского страхования ведется персонализированный учет сведений о застрахованных лицах и персонализированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Порядок ведения персонализированного учета установлен приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н. Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, обеспечивающие ведение персонализированного учета, определены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79.

Персонализированный учет сведений о застрахованных на территории Чеченской Республики лицах формируется в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Чеченской Республики. Региональный сегмент ведется в ТФОМС Чеченской Республики и формируется на основании информации, предоставляемых страховой медицинской организацией. Для формирования регионального сегмента застрахованных лиц используется программный продукт ООО «Атлантик».

Процесс формирования регионального сегмента ЕРЗ является трехуровневым.

Субъектами первого уровня являются пункты выдачи полисов обязательного медицинского страхования. Пункты выдачи полисов непосредственно выдают полисы обязательного медицинского страхования обратившимся в СМО гражданам.

Субъектами второго уровня являются СМО. На уровне СМО проводится получение и проверка информации от пункта выдачи полисов, относящихся к данной СМО, формирование регионального сегмента ЕРЗ с последующей передачей ее в ТФОМС Чеченской Республики.

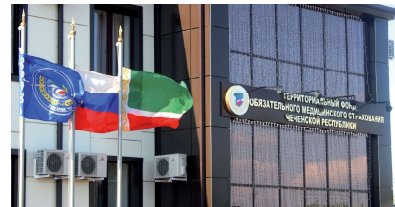
Субъектом третьего (верхнего) уровня является ТФОМС Чеченской Республики, на уровне которого производится агрегирование информации от всех СМО и ведение сводного регионального сегмента ЕРЗ. Программный продукт «Атлантик», установленный в ТФОМС Чеченской Республики, обеспечивает формирование сводного регионального сегмента ЕРЗ по итогам приема и обработки данных от всех СМО, формирование файлов ошибок в каждую СМО, формирование регистра погашенных полисов, формирование текущих данных для каждой СМО (по запросу), формирование отчетных документов.

Персонализированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам осуществляется с использованием программного комплекса «БАРС Здравоохранение - ТФОМС Чеченской Республики» разработки АО «БАРС ГРУП».

В основу структуры информационной системы ТФОМС Чеченской Республики заложен модульный принцип построения с открытой архитектурой, обеспечивающей возможность встраивания и взаимодействия с другими системами и подсистемами.

Система включает в себя следующие модули:

- «Нормативно-справочная информация»;
- «Межтерриториальные расчеты»;
- «Администрирование»;
- «Процессинговый центр»;
- «Паспорт МО»;
- «Реестр экспертов качества медицинской помощи»;
- «Мониторинг госпитализации»;
- «Ведение персонализированного учета оказанной медицинской помощи».



Административное здание Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОМС. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ. РАЗЪЯСНЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

Эксперты электронного продукта

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями военнослужащим

Оплата медицинской помощи, оказанной военнослужащим в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения, осуществляется на основании соответствующих договоров. Так, в силу п. 2 Правил возмещения учреждением государственной и муниципальной систем здравоохранения расходов на оказание медицинской помощи военнослужащим...», утв. Постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 № 911, расходы учреждений здравоохранения на оказание медицинской помощи военнослужащим, а также гражданам, уволенным с военной службы, возмещаются военным округом, региональным командованием внутренних войск, территориальным органом соответствующего федерального органа исполнительной власти в субъекте Российской Федерации, где проходят военную службу (службу) военнослужащие и сотрудники, по тарифам, действующим на территории соответствующего субъекта Российской Федерации (в учреждении здравоохранения) на момент оказания медицинской помощи, в соответствии с договором, заключенным между территориальным органом федерального органа исполнительной власти (по представлению командиров (начальников) соединений, воинских частей, учреждений и организаций) и учреждением здравоохранения.

Согласно п. 3 Правил учреждение здравоохранения в течение 5 суток после завершения стационарного или амбулаторного лечения либо обследования (освидетельствования) военнослужащего, оформляет выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, счет-фактуру за оказанную медицинскую помощь, а также дополнительные сведения об оказанной медицинской помощи и направляет их в соответствующий территориальный

орган федерального органа исполнительной власти, с которым заключен договор об оказании медицинской помощи, с указанием банковских реквизитов этого учреждения и его почтового адреса. Указанные документы представляются один раз в месяц за всех пролеченных в этот период военнослужащих или сотрудников, а также граждан, уволенных с военной службы, не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным. Одновременно учреждение здравоохранения информирует ФОМС о факте лечения в учреждении указанных военнослужащих или сотрудников и о возмещении федеральными органами исполнительной власти расходов на оказание военнослужащим или сотрудникам, а также гражданам, уволенным с военной службы, медицинской помощи за счет средств, выделенных из федерального бюджета соответствующими федеральными органами исполнительной власти на эти цели.

В свою очередь на основании п. 5 Правил в случае оказания медицинской помощи военнослужащим или сотрудникам по неотложным показаниям учреждением здравоохранения, не заключившим договор об оказании медицинской помощи с территориальным органом федерального органа исполнительной власти, это учреждение здравоохранения оформляет выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, счет-фактуру за оказанную медицинскую помощь, а также дополнительные сведения об оказанной медицинской помощи и направляет их в соответствующий территориальный орган федерального органа исполнительной власти.

Вместе с тем Правилами не установлен порядок оплаты медицинской помощи, оказанной военнослужащим в плановом порядке, медицинской организацией, не имеющей соответствующего договора на оплату медицинской помощи с территориальным органом исполнительной власти. По нашему мнению, в случае если военнослужащий обратился в медицинскую организацию за медицинской помощью в плановом порядке по направлению ведомственной медицинской организации, а у медицинской организации

отсутствует договор на оплату медицинской помощи с соответствующим территориальным органом исполнительной власти, то медицинской организации представляется необходимым действовать в соответствии с п. 3 Правил, а именно - в течение 5 суток после завершения стационарного или амбулаторного лечения либо обследования (освидетельствования) военнослужащего оформить выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, счет-фактуру за оказанную медицинскую помощь, а также дополнительные сведения об оказанной медицинской помощи и направить их в соответствующий территориальный орган федерального органа исполнительной власти. Также необходимо информировать ФОМС о факте лечения в учреждении указанных военнослужащих.

Порядок оформления расходов учреждения, самостоятельно проводящего периодический медосмотр штатных работников

В соответствии с абз. 10 ч. 2 ст. 212 ТК РФ, а также ч. 7 ст. 213 ТК РФ работодатель обязан в случаях, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, которые, в силу ч. 2 ст. 213 ТК РФ, обязаны проходить медицинские работники в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний. При этом в силу ст. 212 и ст. 185 ТК РФ работодатель также обязан сохранить за работником, проходящим подобные осмотры, его средний заработок.

Согласно п. 4 Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н, изданном в соответствии со ст. 213 ТК РФ, предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право на проведение предварительных и периодических осмотров, а также на экспертизу профессиональной пригодности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами (т.е. имеющими соответствующую лицензию).

Законодательством не конкретизировано, каким именно образом работодатель должен организовать проведение обязательных предварительных и периодических осмотров работников, а установлена лишь безусловная обязанность по организации проведения подобного рода осмотров и

обязательство по их финансовому обеспечению за свой собственный счет. Таким образом, в случае, если медицинская организация имеет соответствующую лицензию на проведение подобных осмотров, то она вправе провести такие осмотры своими работниками самостоятельно, не прибегая к услугам других организаций, выполняя тем самым требования, установленные трудовым законодательством.

В случае, если медицинская организация самостоятельно проводит периодические и предварительные медицинские осмотры своих работников, то фактически она осуществляет их проведение за счет собственных средств, из которых покрываются соответствующие прямые и косвенные расходы, связанные с проведением подобных осмотров (расходы на оплату труда основного персонала, материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги, хозяйственные затраты и т.п.). Также к подобным расходам следует отнести расходы работодателя, связанные с сохранением среднего заработка работникам, проходящими обязательные периодические осмотры.

Отнесение данных расходов на соответствующие статьи КОСГУ осуществляется согласно Указаниям о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утв. приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н. Так, например, если участие в периодических осмотрах входит в должностные обязанности врачей-специалистов в соответствии с трудовым договором, то расходы на оплату его труда на основании Указаний следует отнести к статье 211 КОСГУ как расходы на заработную плату.

Может ли медицинская организация оплатить задолженность по налогу на имущество за 2012 год за счет средств ОМС?

Медицинская организация не вправе использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные при реализации территориальной программы ОМС в 2015 году, на оплату задолженности по налогам образовавшейся в 2012 году.

В соответствии с ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включает в себя расходы, связанные с содержанием имущества.

Согласно разъяснениям, данным ФОМС в Письме от 06.06.2013 № 4509/21-и, расходы медицинских организаций по уплате налога на имущество, других налогов и сборов относятся на статью 290 «Прочие расходы» КОСГУ и включаются в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, при этом уплата налога за счет средств обязательного медицинского страхования возможна в случае,

если обязанность уплаты указанных расходов совпадает с годом реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Имеет ли право медицинская организация оплачивать коммунальные платежи и осуществлять текущий ремонт принадлежащего ей жилого помещения за счет средств ОМС?

Оплата коммунальных платежей и текущего ремонта жилого помещения может производиться за счет средств ОМС т.к. указанные расходы включены в структуру тарифа ОМС.

Медицинские организации, согласно п. 5 ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 326-ФЗ, обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС.

В соответствии с ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включает в себя расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества, а также расходы на оплату коммунальных услуг.

В свою очередь, согласно п. 158.3 Правил обязательного медицинского страхования, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158 в составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются такие группы затрат, как затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи, и затраты на коммунальные услуги.

Может ли медицинская организация за счет средств ОМС (по договорам до 100 тыс. руб.) оплатить текущий ремонт здания?

Может, независимо от стоимости расходов по соответствующим договорам.

В соответствии с ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на оплату услуг по содержанию имущества. При этом структурой тарифа ОМС также предусмотрены расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный

инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Согласно Указаниям о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утв. приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н, затраты на содержание имущества относятся на подстатью 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» и включают расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием (работы и услуги, осуществляемые с целью поддержания и (или) восстановления функциональных, пользовательских характеристик объекта), обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, полученных в аренду или безвозмездное пользование, находящихся на праве оперативного управления и в государственной казне Российской Федерации, субъекта РФ, казне муниципального образования.

В свою очередь, согласно Указаниям, расходы на приобретение объектов, относящихся к основным средствам, относятся на статью 310 КОСГУ «Увеличение стоимости основных средств».

Таким образом, медицинская организация имеет право оплатить расходы, связанные с текущим ремонтом здания за счет средств ОМС, при этом стоимость расходов по договору на оплату соответствующих услуг структурой тарифа ОМС, установленной Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, не ограничена.

Каким образом производится расчет объема финансового обеспечения по КСГ медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь?

Согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (письмо Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454), объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ (КПГ) заболеваний на основе следующих экономических параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ заболевания, устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта РФ);

- коэффициент относительной затратоемкости КСГ и КПГ (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне для каждой КСГ и КПГ);

- коэффициент дифференциации (рассчитываемый

в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462);

- поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

- управленческий коэффициент;
- коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;
- коэффициента сложности курации пациента.

Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне (Приложение № 1 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, письмо Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах РФ.

Управленческий коэффициент - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий уменьшить количество непрофильных госпитализаций и стимулировать внедрение конкретных методов хирургического лечения, а так же ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания стационарной медицинской помощи, разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Коэффициент сложности курации пациентов - дополнительный поправочный коэффициент стоимости КСГ, устанавливаемый тарифным соглашением субъекта РФ, который учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. Устанавливается, например, в случае сложности лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, при необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям и др.) и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

Размер финансового обеспечения медицинской организации (ФОМО) по системе КСГ или КПГ рассчитывается как сумма стоимостей всех случаев госпитализации в стационар:

$$\Phi O_{\text{ин}} = \text{SCC}_{\text{интер}}$$

Может ли подушевой норматив финансирования выплачиваться негосударственному учреждению здравоохранения, если в городе создан единый амбулаторно-поликлинический государственный центр?

Согласно положениям Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, медицинская организация любой организационно-правовой формы, имеющая право на осуществление медицинской деятельности и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, может участвовать в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Поэтому, если указанная негосударственная медицинская организация включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта, имеет прикрепленное население, то оплату оказываемой прикрепленному населению осуществляют на общих основаниях в соответствии с положениями действующего Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию.

Федеральным законом № 323-ФЗ установлено, что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача. Такой порядок утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н, который регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин. Соответственно, самостоятельно поделить население между государственными и негосударственными медицинскими организациями нельзя.

Какая сумма предусмотрена на оплату дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина?

Финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, осуществляется в форме субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В соответствии с [Правилами](#) предоставления из бюджета Федерального фонда ОМС субсидий бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденными постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1228, предоставление субсидий осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда ОМС на очередной финансовый год и плановый период.

Финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации работающих граждан осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. (утв. Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273). Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, устанавливаются в соответствии с федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи (ст. 35 федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ) включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты.

В соответствии с п. 158.4 [Правил](#) обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н, затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковых врачей-терапевтов, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим

фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

Распределение средств, полученных медицинскими организациями на проведение мероприятий по дополнительной диспансеризации работающих граждан, осуществляется руководством медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством. Способы распределения затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) установлены п. 158.16 [Правил](#) обязательного медицинского страхования.

Порядок проведения диспансеризации утвержден Приказом Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан. Диспансеризация проводится в 2 этапа, объем обследований в рамках первого этапа отражен в части I Приложения №1 к Приказу № 36ан и включает в себя: анкетирование, ряд лабораторно-инструментальных исследований и осмотр врача-терапевта. По результатам первого этапа диспансеризации определяется необходимость проведения осмотров врачами-специалистами, дополнительных исследований и иных медицинских мероприятий, перечень которых установлен в части 2 Приложения №1 к Приказу № 36ан.

Консультации врачей-специалистов (сверх перечня, установленного в приложении №1 к Приказу Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан), дополнительное обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и/или проведения соответствующего лечения не входят в объем дополнительной диспансеризации и оплачиваются отдельно за счет средств ОМС или средств соответствующего бюджета в соответствии с программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Экспертная группа информационного центра «ИЦФЭР-Медицина»

Как должны компенсироваться из средств ОМС затраты на выезд бригады скорой медицинской помощи по ложному вызову?

Панов А.В.,
управляющий ООО «Центр медицинского права»

Согласно письму Минздрава РФ от 08.11.2013 № 11-9/10/2-9309, финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной санитарно-авиационной) осуществляется за счет средств ОМС.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной санитарно-авиационной) застрахованным лицам в 2014 году осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъекта РФ в бюджет территориального фонда ОМС, в объеме разницы между размером расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной санитарно-авиационной) и приростом объема страховых взносов на ОМС неработающего населения по сравнению с 2012 годом.

Финансовое обеспечение скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи, не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС лицам, а также специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и плановый период 2015 и 2016 годов, утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932).

В соответствии с ч. 6 [ст. 39](#) Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, оплата медицинской помощи, оказанной лицу, застрахованному по ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным [Правилами](#) обязательного медицинского страхования.

Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС утверждена в составе [Правил](#) обязательного медицинского страхования Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н. В частности, установлено, что в расчет тарифов включаются не только затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи и потребляемые в процессе ее предоставления, но и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской

организации в целом, и не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи. К последним могут быть отнесены и затраты, понесенные медицинской организацией в связи с ложными вызовами.

Могут ли возмещаться расходы на оказание медицинской помощи в случае смерти пациента?

Панов А.В.,
управляющий ООО «Центр медицинского права»

Согласно ч. 6 [ст. 39](#) Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, оплата медицинской помощи, оказанной лицу, застрахованному по ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным [Правилами](#) обязательного медицинского страхования. В соответствии с п. VIII [Правил](#) обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н, оплата медицинской помощи осуществляется с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230.

Таким образом, если по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС оказанная медицинская помощь подлежит оплате, то расчеты с медицинской организацией осуществляются по тарифам ОМС. В противном случае по отношению к медицинской организации могут быть применены меры в соответствии с федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ и Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (отказ в оплате, уменьшение оплаты медицинской помощи, штрафные санкции).

Критерий качества медицинской помощи - отклонение от стандартов медицинской помощи

Панов А.В.,
Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата ([ст. 2](#) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в том числе, применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи ([ст. 10](#) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Медицинские организации обязаны осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с нормативно-правовыми актами РФ, в т.ч. порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи. В то же время, медицинские работники не обязаны соблюдать такие стандарты (ст. 79 и 73 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ) и часто в принципе не могут этого сделать (стандарты содержат, в том числе, услуги с частотой применения менее 1).

Часть 2 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, согласно которой критерии оценки качества медицинской помощи формируются на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, вступит в силу с 01.01.2015 г.

Экспертиза качества медицинской помощи оказываемой в рамках программ ОМС, проводится в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании. **Статьей 40** Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в свою очередь установлено, что контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями (в том числе, экспертиза качества медицинской помощи) проводится в порядке, установленном Федеральным фондом ОМС.

Согласно **ст. 21** Приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230, экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившимся в клинической практике. Таким образом, одним из критериев, используемых при оценке качества медицинской помощи по ОМС, является соответствие или несоответствие стандартам оказания медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи, кроме медицинской помощи по ОМС, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 установлено, что экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту, проводится федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В настоящее время нормативный

документ, регламентирующий проведение экспертиз качеством медицинской помощи органами Росздравнадзора, отсутствует.

Необходимо указать на то, что законодательство допускает отклонение от стандарта, например, по жизненным показаниям, при оказании платных медицинских услуг (п. 5 ст. 37 и п. 4 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ) - то есть не ставит качество оказанной медицинской помощи в прямую зависимость от выполнения или невыполнения стандарта.

НОВОСТИ



ВЛАДИМИР ПУТИН: НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ БЕСПЕРЕБОЙНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Президент России Владимир Путин 3 декабря обратился с ежегодным посланием к Федеральному собранию. В своей речи глава государства уделил внимание и вопросам сферы обязательного медицинского страхования. В частности, он поручил создать в системе ОМС специальную федеральную часть для оплаты высокотехнологичных операций.

По словам Президента, объемы высокотехнологичной медицинской помощи удалось существенно нарастить. Если в 2005 году в России делали 60 тысяч высокотехнологичных операций, то в 2014 – 715 тысяч.

— Нужно понимать, что некоторые операции дорогие. Как правило, их делают в ведущих федеральных медицинских центрах и клиниках. Система ОМС территориальная, и прежде всего она поддерживает территориальные учреждения здравоохранения. Руководители крупных федеральных клиник, где делают как раз большинство высокотехнологичных операций, конечно, очень обеспокоены недофинансированием. Для финансирования таких операций предлагаю создать в системе обязательного медицинского страхования специальную федеральную часть, - сказал Владимир Путин.

Необходимые поправки в законодательство должны быть приняты Государственной Думой РФ уже весной.

Также глава государства призвал обеспечить бесперебойное финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе, напрямую из федерального бюджета, пока не будут внесены соответствующие изменения.

Кроме того, в ходе своего ежегодного послания Федеральному собранию Владимир Путин заявил, что со следующего года российское здравоохранение полностью переходит на страховые принципы. Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС — отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Владимир Путин поручил Правительству РФ обеспечить самый строгий контроль за соблюдением этого требования.

— Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС, — подчеркнул Президент РФ, фрмскс:рф

РАМЗАН КАДЫРОВ ОБСУДИЛ МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров провел совещание по вопросам диспансеризации населения. В нем приняли участие Руководитель Администрации Главы и Правительства ЧР Ислам Кадыров, вице-премьер ЧР Абдула Магомедов, министр здравоохранения ЧР Муса Ахмадов, главы районов и главврачи.



Р. Кадыров отметил, что выявление болезней на начальной стадии существенно облегчает процедуру лечения. По его словам, именно меры по диспансеризации населения играют в этом существенную роль.

«В июле мной были даны поручения касательно диспансеризации населения. Мы задействовали все инструменты для того, чтобы люди добровольно шли на эту процедуру. Каких результатов удалось достичь в этом направлении?» - заинтересовался он у министра здравоохранения ЧР.

М. Ахмадов отметил, что по состоянию на 18 ноября из подлежащих

диспансеризации 178 тыс. человек, ее прошли 143 тыс. человек.

«По результатам проведенной работы 67% процентов прошедших обследование включены в группу «здоровье», 17% вошли в группу риска, количество больных составило 16%. Также мы ведем анализ качества работы и там, где она не соответствует требованиям, принимаем соответствующие меры, чтобы улучшить качество выявления заболеваний», - сказал он.

В ходе совещания о результатах мониторинга проведенного Администрацией Главы и Правительства ЧР рассказал Ислам Кадыров. Согласно его докладу в некоторых районах работа по вопросам диспансеризации населения отстает от заданных темпов.

«В частности, это Веденский, Ножай-Ортовский, Грозненский муниципальный и другие районы республики. Учитывая, что до конца года диспансеризацию должны пройти 178 тыс. человек, работу в отстающих районах стоит усилить», - сказал он.

В завершении совещания Р. Кадыров представил на должность первого заместителя министра здравоохранения ЧР главного врача Республиканского онкологического диспансера - Эльхана Сулейманова.

«Эльхам Абдуллаевин является человеком, который имеет богатый опыт работы в здравоохранении, и добросовестно относится к своим обязанностям», - сказал он.

Глава республики поблагодарил Э. Сулейманова за работу по развитию Республиканского онкологического диспансера.

«Вы привлекли туда лучших специалистов. Наши онкобольные благодарны вам за все, что вы для них делаете. Уверен, вы сумеете существенно улучшить и работу министерства здравоохранения», - сказал Р.Кадыров.



В.СКВОРЦОВА: В 2015 ГОДУ ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА ПОКАЗЫВАЕТ ЧРЕЗВЫЧАЙНО ВЫСОКУЮ ДИНАМИКУ ПО ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ

По итогам 9 месяцев 2015 года Чеченская Республика занимает седьмое рейтинговое место среди регионов России по динамике обеспеченности населения врачами. Об этом на заседании комиссии по социально-экономическому развитию Северного Кавказа сказала министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова. Заседание под председательством премьер-министра РФ Дмитрия Медведева прошло в Махачкале. В обсуждении принял участие Глава ЧР Рамзан Кадыров.

«Хотелось бы только отметить, что в Чеченской Республике обеспеченность врачами остается низкой – 25,3 на 10 тыс. населения, но при этом за девять месяцев этого года динамика положительная в Чеченской Республике чрезвычайно высока, это седьмое рейтинговое место среди всех регионов нашей страны», - сказала В.Скворцова.

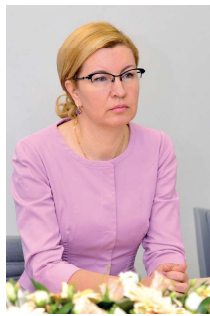
Также в своем докладе о развитии здравоохранения в СКФО Вероника Скворцова напомнила, что подготовка среднего медицинского персонала относится к исключительной компетенции регионов.

«В Северо-Кавказском федеральном округе работает 17 медицинских колледжей и училищ. На сегодняшний день только Чеченская Республика и Ставропольский край предусмотрели увеличе-

ние приема на 2016–2017 годы на 12% и 10% соответственно. Необходимо это сделать и в других регионах», - отметила В.Скворцова.

По ее словам, также в 2015 году существенно замедлилась реализация программы «Земский доктор», и на 1 ноября заключены договоры только в Чеченской Республике и Ставропольском крае, что составляет 10% от общей численности запланированного объема по округу.

Пресс-служба Главы и Правительства Чеченской Республики



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И.Н. СТАДЧЕНКО: ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВА ПО ПРОГРАММЕ ОМС БУДУТ ВЫПОЛНЕНИ

ФОМС инициировал ряд изменений в нормативную базу ОМС, которые позволят находить резервы благодаря оптимизации организации работы всей системы в целом и повысить ее эффективность, сообщила председатель ФОМС Наталья

Стадченко.

Главный резерв финансовой стабильности системы ОМС — нормированный страховой запас — будет в 2016 году дополнительной гарантией выполнения государством обязательств в сфере оказания медицинской помощи, заявила председатель ФОМС Наталья Стадченко.

«У нас нет оснований для опасений за финансирование государственной программы бесплатной медицинской помощи. Не будут сокращены ни объемы, ни виды помощи, входящие в программу», — привел РИА Новости представитель пресс-службы ФОМС слова И.Н. Стадченко на встрече с руководителями страховых компаний, работающих в ОМС.

Она отметила, что экономическая ситуация «не слишком способствует повышению подушевых нормативов финансирования программы ОМС, так как мы планировали год назад, но рост этих показателей будет и в нынешних условиях».

И.Н. Стадченко добавила, что ФОМС инициировал ряд изменений в нормативную базу ОМС, которые позволят находить резервы благодаря оптимизации работы всей системы в целом и повысить ее эффективность.

«Например, средства нормированных страховых запасов территориальных фондов можно будет использовать, в том числе, на повышение квалификации медицинских работников, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования», — процитировали в ФОМС слова главы Фонда. Изменения также коснутся методики исчисления штрафов за неадекватное оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, добавили в пресс-службе.

<http://ora.foms.ru>



В МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБСУДИЛИ ПРОГРАММУ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В министерстве здравоохранения Чеченской Республики прошло расширенное совещание, в котором приняли участие министр здравоохранения Ш.С. Ахмадов, директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов, а также руководители медицинских учреждений региона. Основная тема — участие в образовательной программе дополнительного профессионального образования по вопросам финансово-экономической деятельности.

Напомним, что в 2015 году планируется проведение масштабного повышения квалификации управленцев, курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях всех субъектов Российской Федерации, работающих в системе ОМС. В первую очередь, это заместители главных врачей по финансово-экономической деятельности и директора медицинских организаций.

Открывая совещание, министр здравоохранения Ш.С. Ахмадов отметил важность наличия квалифицированных кадров во всех сферах деятельности.

Учитывая современные реалии в экономике, безусловную важнейшую роль играет и наличие квалифицированного работника в данной сфере.

Именно поэтому важно подготовить специалиста, стремящегося к знаниям и способного в последующем применить их на практике, - отметил Шахид Ахмадов.

В своем выступлении директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов также отметил актуальность данной образовательной Программы.

- Сегодня очень важно формировать профессиональные компетенции административно-управленческого персонала медицинских организаций, работающих в системе ОМС нашего региона. От этого зависит уровень финансового менеджмента и экономики здравоохранения с учетом современных социально-экономических условий, - отметил Денилбек Абдулазизов.

Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики



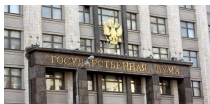
В ГРОЗНОМ НАЧАЛИ РАБОТАТЬ МОТОБРИГАДЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

В рамках инициативы Главы Чеченской республики Р.А.Кадырова по реализации комплекса мероприятий для снижения случаев смертности от ДТП путем своевременного дрезда бригад скорой медицинской помощи до мест чрезвычайных происшествий, в состав Станции скорой медицинской помощи города Грозный Министерством здравоохранения Чеченской Республики введены реанимационные мотобригады, пока что единственные в СКФО. Аналог имеется только в Татарстане.

По информации Министерства здра-

вохранения Чеченской Республики, мотоскорые собраны на базе японских мотоциклов «Honda», оборудованы всем необходимым для реанимирования пострадавшего в ДТП или упавшего с высоты человека. Здесь есть дефибриллятор, аппарат искусственной вентиляции легких, ЭКГ, набор реанимационный, набор иммобилизационных шин и плащевые носилки. Министр здравоохранения Чеченской Республики Шахид Ахмадов лично проверил готовность новых бригад скорой помощи. Данные мотоскорые предназначены для передвижения двух человек – один водитель, другой фельдшер. При этом управление медицинским байком доверено сотрудникам Станции скорой медицинской помощи, имеющим богатый опыт вождения данного вида транспорта.

Источник: mlpzdprch.ru



ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИНЯЛА В I ЧТЕНИИ ЗАКОНОПРОЕКТ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ ОМС

Установление единого источника финансирования высокотехнологичной медицинской помощи позволит увеличить объемы оказания помощи с учетом ее равной доступности для населения, проживающего в различных регионах, отмечается в пояснительной записке.

Госдума на заседании в пятницу приняла в первом чтении правительственный законопроект, направленный на совершенствование системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Документ направлен на обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и установление единого источника финансирования высокотехнологичной медицинской помощи. Это позволит увеличить объемы оказания такой помощи с учетом ее равной доступности для населения, проживающего в различных регионах.

Законопроект устанавливает механизм и сроки возврата субсидий, предоставляемых регионам на строительство перинатальных центров в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения и не использованных в 2013-2016 годах, в бюджет Федерального фонда ОМС (ФОМС). Одновременно сохраняется действие механизма финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, за счет межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС.

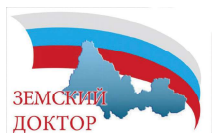
На 2016 год продлится действующий сейчас порядок формирования объема страховых взносов на ОМС неработающего населения в Крыму и Севастополе, а также порядок формирования объема субсидий из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС данных субъектов Российской Федерации.

Кроме того, предусматриваются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 миллиона рублей медикам в возрасте до 50 лет, прибывшим или переехавшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, рабочий поселок или поселок городского типа из другого населенного пункта, при увеличении доли софинансирования таких выплат из бюджета ФОМС до 60%.

Законопроект обязывает комиссию по разработке территориальной программы ОМС обеспечивать внесение изменений в нее в соответствии с соглашением о реализации территориальной программы государственных бесплатного оказания гражданам медпомощи. В целях

совершенствования персонализированного учета в сфере ОМС перечень сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи дополняется информацией о медработнике, выбранном застрахованным лицом для получения первичной медпомощи.

ИМНОВОСТИ



ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГРАММЫ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР» РАСШИРЯТСЯ

Верхняя планка возраста врачей по программе «Земский доктор» повысится с 45 до 50 лет, также в программу войдут поселки городского типа, заявила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко на встрече с фракцией «Единая Россия». «Мы увеличиваем возраст по программе «Земский доктор» до 50 лет, включаем туда поселки городского типа. Доля финансового участия Федерального фонда обязательного медицинского страхования в программе увеличится до 60%», — заявила Н.Н.Стадченко. Программа позволила привлечь более 15 тысяч врачей в сельские населенные пункты. «Люди приходят к данному выбору в этом возрасте осознанно и на селе остаются навсегда», — подчеркнула Н.Н. Стадченко, комментируя повышение возраста.

Источник: wmlmtp.ru



В МЗ ЧР ОБСУДИЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ РЕГИОНА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Министерстве здравоохранения Чеченской Республики прошло совещание по результатам выездных мероприятий, прошедших в медицинских учреждениях республики, целью которых было осуществление контроля и получение объективной информации о результатах деятельности органов государственной власти региона в сфере здравоохранения.

В совещании, которое прошло под руководством Помощника полномочного представителя Президента РФ в СКФО Вячеслава Пескова, принял участие директор ФФОМС ЧР Денилбек Абдулазизов, руководитель Управления Росздравнадзора по ЧР Рита Термулаева, первый заместитель министра здравоохранения ЧР Умар Байсаев и другие официальные лица.

Участники совещания обсудили вопросы оптимизации сети медицинских учреждений республики, медицинской реабилитации и лицензирования медицинской деятельности в регионе. Кроме того были рассмотрены вопросы, связанные с системой закупки лекарственных



препаратов для лечебных учреждений. Пресс-служба ФФОМС Чеченской Республики

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ Н.Н. СТАДЧЕНКО: «КОНТАКТ-ЦЕНТРЫ ФОМС БУДУТ БЫСТРЕЕ РЕШАТЬ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ»

Контакт-центры будут принимать жалобы граждан, столкнувшихся с нарушениями при оказании или некачестве бесплатной медицинской помощи. Заявителям не только окажут конкретную помощь, но и проведут анализ обращения всех граждан, чтобы устранить возможные системные ошибки и недочеты в организации региональных систем здравоохранения.

Контакт-центры для пациентов, которые Фонд обязательного медицинского страхования планирует создать в регионах, призваны стать эффективным инструментом оперативного решения проблем обратившихся туда с жалобами пациентов, дополнительно дисциплинировать медорганизации и страховщиков, сообщила председатель ФФОМС Наталья Стадченко.

«В Фонде разработан регламент

работы Контакт-центра, принимающего жалобы граждан, столкнувшихся с нарушениями при оказании или некачестве бесплатной медицинской помощи. Да, у нас уже прописана достаточно серьезная нормативная база, защищающая права россиян на получение медицинской помощи. Но практика правоприменения — это вечная проблема», — привели в пресс-службе ФФОМС слова Н.Н. Стадченко на рабочей встрече с руководителями страховых компаний, работающих в ОМС.

Она отметила, что регламентом Контакт-центра предусмотрены не только конкретная помощь конкретному заявителю, но и анализ обращений граждан, позволяющий устранить системные ошибки и недочеты в организации региональных систем здравоохранения.

«Уверена, что такой механизм будет дополнительно дисциплинировать медицинские организации, страховщиков, территориальные фонды ОМС и быстрее заставит их ориентироваться в зонах ответственности, установленных нормативными актами в сфере охраны здоровья. А может быть, подскажет и проблемы, которые надо решать на федеральном уровне», — отметила глава



ФОМС.

При этом она подчеркнула, что Контакт-центры не планируются в качестве замены «горячих линий» страховых компаний.

«Мы создаем контакт-центры не как альтернативные «горячим линиям» консультативные по функционалу структуры, а как инструмент решения конкретной проблемы конкретного пациента», — добавила Н.Н. Стадченко.

<http://ora.foms.ru>

В ФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОШЛО ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА

Первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Мустапа Сагилаев провел заседание Координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. На заседании была заслушана информация о контроле объемов,

сроков и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС и организации защиты прав застрахованных граждан. Кроме того, были представлены результаты экспертизы качества медицинской помощи, социологического опроса и информирования населения. В состав Координационного Совета по организации защиты прав застрахованных граждан входят представители секретариата Правительства Чеченской Республики, Министерства здравоохранения, ФОМС Чеченской Республики, сотрудники страховых медицинских организаций, руководители лечебно-профилактических учреждений, члены профсоюза работников здравоохранения республики и другие.

Пресс-служба ФОМС Чеченской Республики

ИНФОРМАЦИОННАЯ АКЦИЯ «МЫ ЗАБОТИМСЯ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ»

ФОМС Чеченской Республики провел ряд масштабных информационных акций по информированию населения о правах граждан в системе ОМС. Мероприятия под названием «Мы заботимся о вашем здоровье» прошли во всех лечебно-профилактических учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования. В течение года работники фонда раздали в медицинских учреждениях более 600 тысяч экземпляров брошюр, буклетов, памяток и листовок с содержанием конституционных прав граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.

ФОМС Чеченской Республики стремится обеспечить максимальную защиту прав граждан на получение качественной бесплатной медицинской помощи. При нарушении законных прав пациенты могут обратиться по телефону горячей линии фонда — 8-800-555-94-49 (звонок по территории РФ БЕСПЛАТНЫЙ).

Пресс-служба ФОМС Чеченской Республики



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета:
Д.Ш. Абдулазизов, директор ФОМС Чеченской Республики

Ответственный за выпуск:
С.М. Энев, начальник отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС

Главный редактор:
М.А. Сагилаев, первый заместитель директора ФОМС Чеченской Республики

Заместитель главного редактора:
М.В. Пирогов, доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и организации в социальной сфере РАНХ и ГС при Президенте РФ

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Иситур-Медиа». Журнал подается ООО «Иситур-Медиа».

Номер подписан в печать 15.12.2015 г. Тираж 5000 экз.

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» обязательна.

© «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», 2015.

Зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационный номер: ПИ М ТУ 20-00095.

Члены редакционного совета:

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС
П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

Э.Х. Дадаев, заместитель директора ФОМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, заместитель директора ФОМС Чеченской Республики
А.Ш. Тапаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный

А.Х. Хасуева, начальник финансово-экономического управления ФОМС Чеченской Республики

А.А. Таймасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ФОМС Чеченской Республики

С.А. Матаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эндиева

К.С. Можидов, главный врач ГБУ «Республиканская детская клиническая больница»

О.А.Воронцова, заведующая редакцией журнала «ОМС в РФ»



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики