



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №2 (14)

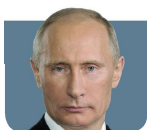
В российской системе здравоохранения  
произошли кардинальные изменения в лучшую  
сторону

Особенности финансирования программы  
госгарантий в 2016 г.

Итоги деятельности ТФОМС Чеченской  
Республики за 2015 г.

**Ломель Яхъяев:**  
*«Здравоохранение  
было и останется в  
приоритете»*





«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 помощью»

Председатель ФОМС

**Н.Н. СТАДЧЕНКО**



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
**СТРАХОВАНИЕ**  
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮНЬ, 2016



## СОДЕРЖАНИЕ:

Ломель Яхьяев: «Здравоохранение было и останется в приоритете»	<b>6</b>	События в сфере здравоохранения и ОМС	<b>10</b>	В российской системе здравоохранения произошли кардинальные изменения в лучшую сторону	<b>18</b>
Особенности финансирования программы госгарантий в 2016г.	<b>22</b>	Итоги деятельности ТФОМС Чеченской Республики за 2015 год	<b>26</b>	Насруди Махматов: «Наша главная гордость – это высокое качество!»	<b>32</b>
Обзор нормативных документов	<b>38</b>	Методы высокотехнологичной медицинской помощи, дополнительно включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования на 2016 год	<b>44</b>	Финансовое обеспечение деятельности ОМС: планирование объема деятельности. Разъяснения экспертов	<b>46</b>

## ДОКУМЕНТЫ:

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 17.02.2016 г. №1181/26/и «Об использовании средств ОМС на финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, связанных с проведением специальной оценки условий труда»	<b>52</b>	Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 17.02.2016 г. №1195/26/и «О недопущении нецелевого использования средств ОМС на оплату проезда пациентов к месту получения сеансов гемодиализа»	<b>54</b>	Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 г. №271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования»	<b>56</b>
--	-----------	---	-----------	--	-----------



## ЛОМЕЛЬ ЯХЪЯЕВ: «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЫЛО И ОСТАНЕТСЯ В ПРИОРИТЕТЕ»

**Вице-премьер Правительства ЧР рассказал об основных направлениях проводимой в регионе социальной политики**

*Во все времена вопросы, касающиеся социального развития общества и государства, были самыми животрепещущими, формирующими, требующими постоянного внимания. Медицина, образование, культура, спорт, их степень развития по сей день являются главным индикатором уровня благополучия населения. Поэтому повышенное внимание к социальным вопросам было и останется, прежде всего, со стороны властей.*

12 января 2016 года Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Кадыров подписал Указ о назначении заместителем Председателя Правительства Чеченской Республики, который курирует социальный блок, Ломель Яхьяева. Сегодня мы представляем вниманию читателей беседу с новым вице-премьером о современном состоянии и дальнейших планах Правительства Чеченской Республики в социальной сфере.

- Ломель Хамадиевич, какие первоочередные задачи поставил перед Вами Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров, назначая на должность заместителя Председателя Правительства ЧР по социальному блоку?

- Главной задачей, которую Глава республики ставит перед всеми органами власти и, в первую очередь, перед Правительством, - это повышение уровня благополучия



жителей республики. Разумеется, стержнем в проведении соответствующей политики было и остаётся социальное направление.

Как мы знаем, наш национальный лидер Рамзан Кадыров уделяет вопросам социального развития Чеченской Республики самое пристальное внимание. Такого же отношения к работе и обязанностям он требует и от нас. Первое, на что нацеливает Глава республики нас, министерства и ведомства, отвечающие за проведение социальной политики, - это обеспечение закрытости (то есть решённости) всех вопросов, касающихся социальной помощи населению; проработка возможностей, механизмов для того, чтобы улучшить, увеличить объёмы оказываемой гражданам государственной поддержки; постоянный контакт с людьми, осведомлённость в части проблем и вопросов, волнующих их, и готовность их мобильно и качественно решать. Это общие установки.

Мы понимаем, что успешная социальная политика - это составляющая из общего развития региона, его финансовых возможностей, состояния бюджета, не в последнюю очередь - развития реального сектора экономики и т.д. Поэтому решение вопроса увеличения

уровня социальной защищённости населения - это комплексная задача всех уровней власти.

Если говорить конкретно, конечно, перед нами стоят задачи дальнейшего совершенствования тех направлений, которые входят в социальный блок, - здравоохранения, образования, культуры, спорта и др.

- Как на современном этапе Вы оцениваете состояние названных Вами областей?

- Главное, на что хочу обратить внимание, - это тот факт, что в Чеченской Республике в полной мере реализуется социальная политика в соответствии и с федеральным, и с республиканским законодательством. И здравоохранение, и образование, и культура в нашей республике прошли сложный путь возрождения, начавшийся буквально с нуля.

За последние годы в Чеченской Республике построены сотни объектов здравоохранения, культуры, учебных заведений, спортивных комплексов, каждый из которых оснащён самым современным оборудованием и инвентарём. Об имеющихся результатах свидетельствуют не только строительные успехи, но и повсеместные достижения наших спортсменов, учителей, деятелей



культуры и науки.

Хочу подчеркнуть, что, опята благодаря повышенному вниманию к данной сфере со стороны Главы республики Рамзана Кадырова, всесторонней поддержке федерального центра, мы имеем прекрасные условия и перспективы развития во всех отраслях. Разумеется, нерешённых вопросов ещё много, но Правительство Чеченской Республики постоянно работает над ними.

**- Кстати, хотелось как раз уточнить. Какое участие исполнительные органы принимают в решении проблем, стоящих перед здравоохранением, в частности, касающихся кадрового дефицита?**

- Самое непосредственное. Спасибо вам за вопрос. Это на сегодняшний день главная проблема, которая стоит перед региональным здравоохранением. Нет надобности напоминать о том, что в силу известных событий прошлых лет медицинский кадровый потенциал нашей республики был полностью утрачен. И после окончания военных

действий мы фактически вынуждены были готовить новых специалистов, а насколько это трудоёмко и долгосрочно, если речь идёт о медиках, думаю, вы понимаете.

Тем не менее сегодня ситуация обстоит гораздо лучше, чем даже 3-4 года назад, и она имеет хорошие тенденции к дальнейшей нормализации. Правительством Чеченской Республики, Министерством здравоохранения ЧР, всеми заинтересованными ведомствами и учреждениями, в том числе, главными врачами больниц принимаются все меры для решения озвученной вами проблемы. Мы не только привлекаем специалистов из других регионов и стран, но постоянно работаем над повышением квалификации наших врачей, организуя для них на регулярной основе стажировки в лучших медицинских учреждениях России и ряда зарубежных государств. Также успешно реализуются программы по повышению престижа врачебной профессии, стимулированию медиков.

В целом, нужно отметить, что

чеченское здравоохранение давно прошло период возрождения и сейчас переживает этап форсированного развития. И эта сфера всегда была и останется для нас в приоритете.

**- Как Вы намерены использовать в новой должности тот богатый опыт, который накоплен Вами на предыдущей работе?**

- Любой управленческий опыт крайне полезен в осуществлении новых полномочий, решении новых задач. А моя предыдущая работа и так была тесно взаимосвязана с социальной политикой, в том числе, реализацией контроля над финансовым механизмом.

Кстати, пользуясь случаем, хочу отметить, что на современном этапе очень чётко и компетентно отлажены все вопросы, касающиеся финансирования здравоохранения в Чеченской Республике. Поддержка со стороны руководства республики, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и, конечно, эффективная работа Территориального фонда обязательного медицинского страхования, где трудится грамотная и профессиональная команда, позволяет качественно и своевременно закрывать все вопросы, связанные с финансированием медицинской отрасли, что, разумеется, имеет первостепенное значение.

**- Ломель Хамадиевич, поделитесь, какими приоритетами Вы руководствуетесь в своей работе?**

- Мне всегда приходилось работать с людьми. И не важно,

коллектив ли это какой-то отдельно взятой организации или представители конкретного социума, общества. Приоритетом должно быть только одно – как сделать так, чтобы сегодня нашим людям жилось лучше, чем вчера, а завтра – лучше, чем сегодня. И это должно не просто декларироваться и повторяться. Я считаю, что успех в любой работе – это, в первую очередь, результат действий, результат твоего неравнодушия, полного участия в этом деле.

Чтобы не быть голословным, скажу, что с момента назначения на должность вице-преьера я посетил ряд учебных и медицинских учреждений, пообщался с их руководством и персоналом. Для меня важно на месте, живую ознакомиться с ситуацией, владеть объективной информацией и одновременно быть готовым решать выявленные проблемные вопросы. И это главный принцип, которым я руководствуюсь.

Хочу с полной уверенностью сказать, что с таким национальным лидером, как Рамзан Ахматович Кадыров, с тем заслуженным



доверием, которым он пользуется в народе, с той поддержкой и пониманием, которые мы видим со стороны федерального центра, у нас есть все основания верить, что социальное, как, впрочем, и общее развитие нашей республики ждут новые успехи и достижения.

**- Благодарю Вас за содержательную беседу!**

З. Ягошев

## СПРАВКА

**Яхъяев Ломель Хамадиевич,**

Родился в 1956 году. В 1988 году окончил Чечено-Ингушский государственный университет по специальности «Бухгалтерский учёт и анализ хозяйственной деятельности».

С 1976 по 2000 годы прошёл путь от рабочего винодельного завода совхоза «Новогрозненский» до заместителя директора Ножай-Куртовского районного птицекомбината.

В 2000 году работал начальником Управления по виноградарству и виноделию Министерства сельского хозяйства и продовольствия Чеченской Республики. С 2000 по 2002 годы – председатель Комитета Правительства Чеченской Республики по виноградарству и алкогольной промышленности. С 2004 по 2005 годы – начальник отдела сельского хозяйства Департамента промышленности, строительства и сельского хозяйства Аппарата Президента и Правительства Чеченской Республики.

С 2005 по 2006 годы – председатель Комитета Правительства Чеченской Республики по контролю за расходованием государственных средств.

С 2006 по 2016 годы – председатель Счётной палаты Чеченской Республики. С 2016 года по настоящее время – заместитель Председателя Правительства Чеченской Республики.

Награждён орденами Почёта, Дружбы народов и Кадырова, а также медалью «За заслуги перед Чеченской Республикой». Является Заслуженным экономистом Чеченской Республики, кандидатом социологических наук.

## СОБЫТИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОМС



### В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГРИППОМ НАХОДИТСЯ НА НЕЭПИДЕМИЧЕСКОМ УРОВНЕ

В Чеченской Республике не зафиксировано превышение эпидемиологического порога заболеваемости гриппом. Об этом стало известно в ходе проведенного Главой ЧР Рамзаном Кадыровым совещания в Министерстве здравоохранения ЧР.

В заседании приняли участие руководитель Администрации Главы и Правительства ЧР Ислам Кадыров, министр образования и науки ЧР Исмаил Байханов, министр здравоохранения ЧР Шахид Ахмадов, директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов и другие официальные лица.

Р. Кадыров поинтересовался уровнем заболеваемости гриппом среди населения региона и принимаемыми мерами по профилактике ОРВИ.

«В последнее время в некоторых регионах Российской Федерации наблюдается превышение порога заболеваемости гриппом. В связи с этим жители Чеченской Республики интересуются, нет ли угрозы эпидемии гриппа в нашем регионе», - сказал он.

Ш. Ахмадов в своем выступлении отметил, что Министерство здравоохранения ЧР совместно с Роспотребнадзором проводит комплекс мероприятий, направленных против распространения гриппа.

«В настоящее время заболеваемость гриппом по Чеченской Республике остается на неэпидемическом уровне. В связи с низким уровнем заболеваемости ограничительных мероприятий или карантина не требуется.

Кроме того, с 18 января мы наблюдаем снижение показателей заболеваемости ОРВИ во всех возрастных группах», - сказал он.

Министр здравоохранения также отметил, что в республике было зарегистрировано всего два случая заражения вирусом H1N1 (свиной грипп).

«Мы имеем только два случая лабораторно доказанных заболевания вирусом H1N1. От внебольничной пневмонии за ноябрь, декабрь и январь всего умерло пять человек.

Поэтому пока нет никаких поводов для волнений. У нас есть достаточный резерв лекарственных препаратов, дыхательной аппаратуры и всего необходимого для своевременной медицинской помощи больным. Пока все учреждения республики работают в штатном режиме», - сказал Ш. Ахмадов.

Р. Кадыров в свою очередь добавил, что в республике очень многое сделано для развития здравоохранения.

«За минувшие годы мы открыли десятки больниц, закупили для них необходимое оборудование, сделали все для обеспечения населения качественной медицинской помощью. Результатом этого стало то, что жители республики перестали ездить в другие регионы и предпочитают лечиться дома», - сказал он.

Вместе с тем глава республики подчеркнул необходимость своевременных профилактических мероприятий по недопущению распространения сезонных заболеваний.

«Жителям республики необходимо более внимательно относиться к своему здоровью, закаляться и укреплять свой иммунитет. Кроме того, особую роль играет и своевременная диспансеризация для выявления заболеваний на начальной стадии. Все, что связано со здоровьем населения, нужно держать на особом контроле», - сказал Р. Кадыров.

Источник: Пресс-служба Главы и Правительства Чеченской Республики

### ВЕРНИКА СКВОРЦОВА И ОДЕС БАЙСУЛТАНОВ ОБСУДИЛИ КОНЦЕПЦИЮ СОЗДАНИЯ МЕД-КЛАСТЕРА В МИНЕРАЛЬНЫХ ВОДАХ



В Министерстве здравоохранения Российской Федерации состоялась рабочая встреча главы ведомства Вероники Скворцовой и заместителя Министра Российской Федерации по делам Северного Кавказа Одеса Байсултанова.

В ходе встречи обсуждалась концепция создания инновационного медицинского кластера на территории Кавказских Минеральных вод, а также вопросы деятельности АО «Кавминкурортресурсы».

Вероника Скворцова поддержала проект создания медицинского кластера, который объединит медицинскую, образовательную и научную сферы и станет центром развития медицины и медицинского туризма, внесет существенный вклад в решение задач по импортозамещению медицинских товаров и услуг не только на территории Северо-Кавказского федерального округа, но и в Российской Федерации в целом.

Источник: www.rosminzdrav.ru

### В ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОШЛО СОВЕЩАНИЕ



В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло рабочее совещание, на котором директор ведомства Денилбек Абдулазизов заслушал информацию руководителей структурных подразделений фонда о проделанной с начала года работе, а также обсудил планы на ближайшее время.

Д. Абдулазизов напомнил собравшимся о том, что работники фонда должны осуществлять контроль за обеспечением

качественной медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам в медицинских учреждениях в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике.

- Этот вопрос находится на особом контроле Главы Чеченской Республики Р.А. Кадырова и является приоритетным направлением в деятельности ТФОМС Чеченской Республики, - отметил он.

Кроме того было поручено активизировать информационно-разъяснительную работу в коллективах организаций и учреждений по вопросам обязательного медицинского страхования и осуществлять ежелектронный мониторинг жалоб и обращений застрахованных, особо уделив внимание качеству оказываемой медицинской помощи населению.

Источник: Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

## СОБЫТИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОМС



### В КЧР ПРОШЛО СОВЕЩАНИЕ ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО, ЮЖНОГО И КРЫМСКОГО ОКРУГОВ

В Карачаево-Черкессии состоялось расширенное межрегиональное совещание директоров Территориальных фондов обязательного медицинского страхования Северо-Кавказского, Южного и Крымского федеральных округов. На совещании присутствовали заместитель Председателя Правительства Карачаево-Черкесской Республики Джанибек Суонов, помощник полномочного представителя Президента РФ в СКФО Вячеслав Песков, заместитель Председателя Федерального фонда ОМС Юрий Нечепоренко и начальник управления модернизации системы ОМС ФФОМС Ольга Царева.

«Мероприятие такого уровня в нашей республике проходит впервые. Было обозначено много задач по модернизации системы и озвучены методы их выполнения. Специалисты обмениваются полезным опытом с целью улучшения качества оказания медицинской помощи, ее доступности населению. В целом, наш фонд свою деятельность по итогам 2015 года завершил положительно. В соответствии с данными, представленными сегодня сотрудником Федерального фонда Ольгой Владимировной Царевой, наша республика отражает положительный динамичный рост. Надеемся, что 2016 год принесет еще большие результаты», - рассказал корреспонденту РИА Карачаево-Черкессия директор республиканского территориального фонда ОМС Айдемир Джамиев.

Главной темой совещания стал вопрос эффективности деятельности территориальных фондов ОМС субъектов указанных округов по снижению смертности.

Начальник управления модернизации системы ОМС Федерального фонда Ольга Царева привела динамику смертности



в Южном и Северо-Кавказском округах в целом, и в частности, по субъектам. Она озвучила статистику диспансеризации и профилактического осмотра населения, обозначила дефекты, которые могли косвенно повлиять на развитие летального исхода, а также рассказала о мерах, которые следует внедрять для снижения не радужных показателей.

Также было отмечено несоблюдение рядом территориальных фондов требований к тарифным соглашениям на 2016 год.

Особое внимание участники встречи обратили на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, которая является серьезной проблемой. Так, сосудистой патологией страдает каждый 13 россиянин, а каждого второго она приводит к смерти. В общую структуру смертности сердечно-сосудистые заболевания вносят наибольший вклад, составляя половину от общего количества всех смертей.

В связи с этим комплексную программу, разработанную на федеральном уровне и реализуемую в 2015 году, объявленном

Президентом РФ Владимиром Путиным Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, было рекомендовано продолжить.

Также была обсуждена тема внесения изменений в федеральный закон о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд в части заключения территориальным фондом обязательного медицинского страхования контрактов с врачами-экспертами на проведение экспертизы качества медицинской помощи. С предложением о внесении изменений в федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в части установления особого правового статуса договора о проведении экспертизы качества медицинской помощи, которые позволят регионам упростить работу в данном направлении, выступил директор ФФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдуллаев. Предложение было одобрено всеми участниками совещания.

Задачами, обозначенными приоритетными для выполнения территориальными фондами ОМС в настоящем году, стали обеспечение идентификации застрахованных лиц по врачевым участкам, налаживание эффективного взаимодействия с органами ЗАГС, органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, обеспечение целевой экспертизы 100% случаев с летальным исходом. Также была отменена

необходимость тщательного изучения и устранения нарушений, связанных с несоблюдением порядков, стандартов и клинических рекомендаций, непрофильной госпитализацией, нарушением преемственности.

Завершилось совещание торжественным подписанием соглашения об организации юридически значимого электронного документооборота между территориальными фондами ОМС субъектов Российской Федерации, входящих в состав СКФО. Соглашение позволит территориальным фондам, расположенным в Ставропольском крае, республиках Дагестан, Карачаево-Черкессия, Кабардино-Балкария, Ингушетия, Северная Осетия – Алания и Чечня, сократить объем бумажного документооборота и оперативно оплачивать счета за лечение граждан, получающих медицинскую помощь по ОМС за пределами своих регионов.

Источник: Пресс-служба ФФОМС Чеченской Республики  
Подготовлено по материалам: [www.riakch.ru](http://www.riakch.ru)

### СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ ПРИЗВАЛИ ПОВЕРНУТЬСЯ К ПАЦИЕНТУ



Для страховых компаний 2016 год должен стать годом поворота к пациенту, защите его прав и интересов. Об этом сказала на круглом столе «Страховые компании в системе ОМС. Как защищать права пациентов?» член Комитета Госдумы по охране здоровья Раиант Налох. Мероприятие состоялось 11 февраля в пресс-центре «Парламентской газеты».

По ее словам, сейчас страховые компании взаимодействуют с медицинскими организациями, фондом ОМС, находят нарушения, накладывают штрафы, но последствий этой работы пациенты не ощущают, улучшение качества медицинской помощи не наступает.

Депутат выразила надежду, что ситуация изменится в лучшую сторону с появлением страховых поверенных. Как обещала министр

здравоохранения РФ Вероника Скворцова, к концу нынешнего года будет подготовлено 3500 таких специалистов. Они призваны работать непосредственно с пациентом, помогать каждому обратившемуся гражданину реализовать законное право выбора медицинской организации и медицинского специалиста.

Председатель исполнительного комитета Межрегионального общественного движения «Движение против рака», член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ Николай Дронин высказался за создание единого регламента, некой стандартной процедуры, алгоритма действий страховщиков в части помощи пациенту, начиная от момента обращения пациента и до окончательного завершения процесса.

Заместитель генерального директора АО «РОСНО-МС» Владимир Дерезглазов отметил необходимость самим гражданам быть более активными.

«У нас, к сожалению, граждане стоят в стороне от госстраханий, которые ему предоставляли, почти навязали, поэтому они не хотят их знать и бороться за свои права. Государство в него вкладывает огромные деньги, а он стоит в стороне и портит свое здоровье», - посетовал он.

По мнению заместителя председателя комитета по методологии Межрегионального союза медицинских страховщиков, советника генерального директора АО СК «СОГАЗ-Мед» Людмилы Романенко, страховые компании должны предоставлять больше информации своим застрахованным, поскольку только информированность граждан помогает им отстаивать свои права.

Римма Шевченко

## СОБЫТИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОМС

## РУКОВОДСТВО ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ПРОВЕЛО СЕЛЕКТОРНОЕ СОВЕЩАНИЕ



Коллектив ТФОМС Чеченской Республики под руководством директора Дениса Абулсаева принял участие в видеоселекторном совещании директоров территориальных фондов ОМС субъектов страны, которое провела Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко. На совещании был проведен анализ мониторинга оказания

медицинской помощи лечебными учреждениями, подведомственным ФМБА, рассмотрены вопросы обеспечения единых подходов к внедрению клинико-статистических групп.

Кроме того была заслушана информация руководителей структурных подразделений ФФОМС о результатах деятельности страховых медицинских организаций по случаям летальных исходов при оказании медицинской помощи.

Нужно отметить, что по данному вопросу результаты деятельности системы ОМС Чеченской Республики были отмечены специалистами Федерального фонда как наиболее успешные. В конце совещания была принята резолюция, рекомендованная для использования в дальнейшей работе.

Источники: Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

## НОВЫЙ ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДСМОТРА ВРАЧАМИ



Министерство здравоохранения РФ разработало приказ, утверждающий новый порядок прохождения периодических медосмотров для медработников, сотрудников пищевых производств и других профессий, где высок риск распространения среди населения инфекционных заболеваний.

«В проекте приказа впервые представлен единый перечень профессий, производств, организаций, работниками которых находится в зоне риска развития инфекционных заболеваний и обязаны иметь личные медицинские книжки», — пояснили в Минздраве.

Порядок осмотра для представителей отдельных профессий предлагается поменять в соответствии с современными представлениями об эпидемиологии: например, отменить

серологическое обследование на брюшной тиф для всех работников, за исключением иностранных граждан, и лиц, работающих на водопроводных сооружениях, непосредственно связанных с подготовкой воды.

Комитет Госдумы по охране здоровья предложил внести в Трудовой кодекс ряд изменений, касающихся прохождения сотрудниками диспансеризации и медицинского осмотра.

Основные мероприятия (осмотр врачом-дерматовенерологом, анализы и исследования на ВИЧ-СПИД, туберкулез, гелиминтозы, другие инфекции) для работников медорганизаций будут проводиться раз в год, для сотрудников родильных домов — раз в полгода. Для последней категории также предусмотрен расширенный список анализов.

Как и прежде, обязанность организовать медосмотры лежит на работодателе, который должен заключить договор с соответствующей медицинской организацией. Потребные результаты обследования заносятся в личную медицинскую книжку работника. Кроме того, все результаты отражаются в учетной форме, которая утверждена Минздравом в декабре 2015 г. Это сделано для того, чтобы исключить (или по крайней мере уменьшить) возможность распространения поддельных медкнижек.

Медвестник

## ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ОКАЗАННОЙ МЕДПОМОЩИ



Во всех субъектах РФ сегодня происходит информирование населения об оказании медицинской помощи и ее стоимости. Об этом сказала председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко на брифинге, посвященном итогам деятельности ФФОМС в 2015 г. и перспективным направлениям работы на будущий год.

По ее словам, соответствующий пилотный проект был запущен в 2014 г., поначалу в нем участвовали только 7 субъектов, в 2015 г. в пилотный проект были включены уже все регионы РФ.

По словам Н.Н. Стадченко, результатом действия проекта стала растущая прозрачность финансовых процессов:

«Работа территориального Фонда ОМС г. Москвы вскрыла, что около 400 из 28 000 человек, зашедших на портал ИГ ФФОМС, заявили, что присланную им помощь в действительности не получили. По поручению министра здравоохранения представители ФФОМС совместно с ИГ ФФОМС осуществили проверки этих медицинских организаций, учреждений оштрафованы, с них сняты деньги за оплату медицинской помощи».

«Мы для этого и ввели эту систему, — добавила Н.Н. Стадченко, — чтобы все ее участники понимали, что медицинская помощь бесплатна для граждан в соответствии со ст. 41 Конституции РФ, но при этом она не бесплатна в принципе, государство несет расходы, и медицинские организации получают финансирование за оказанную помощь. И второе — что население становится участником процесса, каждый человек видит, была или не была оказана помощь».

Медвестник

## РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПОВЫСИТ ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ



Формирование этого направления предусмотрено в рамках реализации программы «Развитие здравоохранения Чеченской Республики» на 2014-2020 годы.

Реализация подпрограммы осуществляется за счет средств федерального и республиканского бюджетов, объемы которых подлежат ежегодному уточнению при формировании регионального бюджета на очередной финансовый год и плановый период. Общий объем финансирования этой подпрограммы в 2014-2020 годах составляет 593 млн, 103 тыс. руб., из них средства федерального бюджета — 143 млн, 700 тыс. руб., а средства республиканского бюджета — 449 млн, 403 тыс. руб.

После осуществления этого направления программы, к концу 2020 года, в республике сократится количество сотрудников медицинских учреждений (врачей и среднего медицинского персонала) на один персональный компьютер до 4 человек. Кроме того, информатизация позволит на сто процентов охватить пациентов, на которых заведены и ведутся электронные медицинские карты, полностью подключить лабораторные подразделения медицинских учреждений к центральному архиву и обеспечить всю отчетную документацию в электронном виде. «Отмечает директор департамента бюджетной политики в сфере образования, здравоохранения и спорта министерства финансов ЧР Булат Тарамов.

«В 2016 году на эти цели из федерального бюджета будут выделены средства в размере 109 млн, 200 тыс. руб., суммы республиканского бюджета составят 109 млн, 200 тыс. руб., — добавил он.

Все средства направляются на развитие регионального фрагмента Единой государственной информационной системы (ЕГИС) здравоохранения на территории республик. Это и оснащение необходимой вычислительной техникой, серверным оборудованием и необходимым программным обеспечением учреждений здравоохранения ЧР и внедрение дополнительных компонентов для нужд учреждений здравоохранения ЧР: применение возможностей телемедицины при оказании медицинской помощи, обеспечение бесперебойного функционирования имеющихся и вновь создаваемых компонентов регионального фрагмента ЕГИС, включая обеспечение информационной безопасности и защиту персональных данных.

Источники: www.gosstatinfot.ru



## О ЕДИНОВРЕМЕННЫХ КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТАХ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В ЭТОМ ГОДУ



Распоряжение от 30 декабря 2015 года №2768-р. В рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» распределены межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС в размере 3200 млн рублей. Это позволит дополнительно трудоустроить 5300 врачей в медицинские учреждения сельских населенных пунктов, рабочих поселков и поселков городского типа.

В соответствии с Федеральным законом №326-ФЗ (часть 121 статьи 51) в 2016 году будут производиться единовременные компенсационные выплаты (в размере 1 млн рублей на одного специалиста) медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 году или переехавшим из другого населенного пункта на работу в сельский населенный пункт или рабочий поселок, или поселок городского типа и заключившим договор с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Федерации.

Такие выплаты финансируются за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых территориальному фонду обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) из бюджета Федерального фонда ОМС (далее – ФОМС), и средств субъектов Федерации в соотношении, соответственно, 60% и 40%.

В бюджете ФОМС предусмотрены средства на единовременные выплаты медицинским работникам в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подписанным распоряжением утверждается распределение межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС территориальным фондам ОМС в размере 3200 млн рублей. Средства предоставляются на основе заявок субъектов Федерации. Это позволит дополнительно трудоустроить в сельские населенные пункты, рабочие поселки и поселки городского типа свыше 5300 врачей.

Принятое решение позволит повысить доступность медицинской помощи жителям сельских населенных пунктов, рабочих поселков и поселков городского типа.

Источник: <http://government.ru>



## ИЗМЕНЕН ПОРЯДОК КОНТРОЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС

ФОМС изменил порядок организации и проведения контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Изменения отражены в приказе ФОМС от 29 декабря 2015 года N 277, зарегистрированном в Минздраве России 27 января 2016 года.

Внесены следующие изменения:  
Количество целевых медико-экономических экспертиз определяется количеством случаев, требующих ее проведения.

Плановую медико-экономическую экспертизу проводит в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь.

Объем ежесменных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8% от числа поданных на оплату страховых случаев.

Повторный обоснованный вызов скорой медицинской помощи по поводу одного и того же заболевания в течение суток является основанием для целевой экспертизы качества медицинской помощи.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи должна проводиться в случае летального исхода, и в случаях, отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.

Выбор тематики для тематической экспертизы качества медицинской помощи осуществляется и на основании результатов проведенных экспертиз; повторяющихся, систематических ошибок, тенденций, свидетельствующих о возможных дефектах лечебно-диагностического процесса.

ФОМС координирует сроки и объемы экспертиз качества медицинской помощи, установленные страховыми медицинскими организациями (СМО).

В проведении плановой тематической экспертизы качества медицинской помощи участвуют главные внештатные специалисты органа управления здравоохранением субъекта РФ.

СМО на основании актов экспертизы качества медицинской помощи по согласованию с ФОМС готовят предложения по улучшению.

Перечень оснований для проведения реэкспертизы дополнен случаями поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи.

СМО разрешено в течение года вносить изменения и дополнения в планы проверок медицинских организаций.

Кроме того, внесены изменения в перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи):

исключен пункт «Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий, приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица»;

добавлен пункт «Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы»;

уточнено, что по п.3.11 будут квалифицироваться только неправильные действия или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания);

по п.3.14 будут квалифицироваться расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категорий только вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи; в п.4.4 признаки фальсификации медицинской документации теперь обозначены как признаки искажения сведений, представленных в медицинской документации.

Источник: [www.zdrav.ru](http://www.zdrav.ru)



## УТВЕРЖДЕН ПОРЯДОК ВЫДАЧИ СУБСИДИЙ НА ВМП

Постановлением Правительства РФ от 29.12.2015 № 1478 утверждены Правила, определяющие порядок финансового обеспечения в 2016 г. оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ВМП, ОМС), по перечню видов ВМП, установленному в рамках Программы госгарантий, в федеральных государственных учреждениях, включенных в утвержденный Минздравом России перечень, в т. ч. порядок предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС в федеральный бюджет на эти цели.

Утверждена методика определения размера субсидии, предоставляемой государственным учреждениям здравоохранения. Размер субсидии рассчитывается на основании показателей объемов ВМП, средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, доли заработной платы в структуре среднего норматива затрат на единицу объема помощи, коэффициента уровня среднемесячной заработной платы в субъекте РФ.

На эти цели в бюджете фонда за 2016 г. предусмотрено 90,73 млрд руб.

Постановлением Правительства РФ от 29.12.2015 № 1477 утвержден порядок предоставления в 2016 г. из федерального бюджета субсидий бюджетам субъектов Федерации в целях софинансирования расходов на оказание гражданам ВМП за счет межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС в федеральный бюджет.

Определены условия предоставления субсидий, в т. ч. наличие в бюджете субъекта РФ оснований на исполнение расходов обязательности по оказанию ВМП в медицинской организации. Размер субсидии определяется в зависимости от достижения показателя результативности использования субсидии в 2015 г., включая показатель количества больных, которым оказана ВМП в 2015 г., в т. ч. по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

В бюджете фонда на 2016 г. на эти цели предусмотрено 6 млрд руб.

Российская газета

Дискуссионная площадка «Здоровье» XV Съезда партии «Единая Россия»:

## В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОИЗОШЛИ КАРДИНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛУЧШУЮ СТОРОНУ



Аспекты развития российской системы здравоохранения обсуждались на дискуссионной площадке «Здоровье» в рамках работы XV Съезда партии «Единая Россия» 5 февраля 2016 года.

Как подчеркнул модератор площадки, замсекретаря Генсовета Партии, вице-спикер Госдумы Андрей Исаев, «одним из приоритетных направлений работы «Единой России» является сохранение и укрепление здоровья наших граждан».

«Здоровье нации — основа процветания России и залог благополучия страны», — сказал А.Исаев. Он напомнил, что проект «Здоровая нация» был одним из ключевых в Программе народных инициатив, с которой «Единая Россия» выходила на прошлые думские выборы. «За эти годы удалось многого добиться», — подчеркнул А.Исаев.

«Ежегодно в принимаемом Государственной Думой федеральном бюджете закладываются существенные средства на здравоохранение, на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения». Это средства на профилактику заболеваемости, на ремонт и строительство больниц, на развитие первичной медико-санитарной помощи, на расширение масштабов

высокотехнологичной медицинской помощи, на кадровое обеспечение отрасли», — отметил А.Исаев.

По его словам, по инициативе «Единой России» реализуется программа «Земский доктор», которая позволяет молодым врачам получать один миллион рублей при условии, что они будут работать в сельской местности. Деньги в рамках этого проекта уже получили более 15 тысяч специалистов, которые переехали в село.

«С этого года программа расширяет свое действие: теперь в нее также включены поселки городского типа. Предельный возраст врачей, которые могут получить миллион рублей, увеличен до 50 лет. И если раньше 50% программы финансировал федеральный бюджет, а 50% — субъекты Федерации, то с этого года соотношение изменено: нагрузка на регионы сокращается до 40%. Это позволит расширить географию данной программы», — рассказал парламентарий.

Также в России активно развивается медицинская



промышленность и фармакологическая отрасль.

Кроме того, уделяется большое внимание профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

«В конце прошлого года были внесены изменения в федеральный закон «О физической культуре и спорте» и возрожден Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне», — заявил депутат.

Предпринимаются шаги в сфере охраны труда на рабочем месте и профилактике профессиональных заболеваний.

«Принят закон о специальной оценке условий труда, который призван улучшить ситуацию с охраной труда на российских предприятиях, а значит, сохранить здоровье работающих граждан», — сказал А.Исаев.

В стране улучшилась демографическая ситуация, снизились показатели смертности и заболеваемости по ряду направлений. По данным Всемирной организации здравоохранения, Россия впервые вошла в число стран с эффективной национальной системой здравоохранения.

Тем не менее, как отметил парламентарий, в области

сохранения и укрепления здоровья россиян предстоит многое сделать.

«Сфера здравоохранения по-прежнему испытывает кадровый дефицит, крайне остро воспринимается проблема реорганизации медицинских учреждений. Население требует повышения качества и доступности оказания медицинской помощи. При этом крайне важными являются меры по профилактике заболеваемости и ведению здорового образа жизни, что во многом зависит уже от каждого человека и его отношения к своему здоровью. Без этого не удастся добиться кардинального изменения показателей смертности и заболеваемости населения», — рассказал А.Исаев.

Поэтому целью работы площадки, посвященной вопросам здравоохранения, является выработка новых эффективных решений, которые будут направлены на улучшение состояния здоровья граждан.

В свою очередь с докладом о проводимых мероприятиях по охране материнства и детства в Чеченской Республике выступила заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики Петимат Исакова. Она отметила, что в



- в 2015г. - 22,1 по РФ в 2014г.-13,3.

Наряду с этим остается высоким и показатель детской, в том числе и младенческой смертности, - продолжила она.

- Согласно статистическим данным за период 2013-2015 гг., показатель младенческой смертности снизился почти в два раза:

- в 2010 г. - 27,0 на 1 тыс. живорожденных, по РФ - 7,5;  
- в 2013 г. - 17,6 по РФ - 8,2;  
- в 2015 г. - 11,7 по РФ в 2014г. - 6,5.

«Для решения данной проблемы в содействии с Минздравом России была изменена практически вся логистика службы родовспоможения, реализованы мероприятия, направленные на своевременное выявление, оздоровление и обследование беременных женщин, маршрутизацию их для родоразрешения в соответствии с группой риска, а также повышение квалификации акушер - гинекологов, неонатологов, реаниматологов и среднего медицинского персонала в учреждениях родовспоможения», - рассказала замминистра.

В ходе выступления также было отмечено, что в целях выявления беременных женщин и раннего взятия их на учет в Чеченской Республике внедрены подворовые обходы медицинских работников. Совместно с Правительством Чеченской Республики была разработана действенная модель взаимодействия различных структур власти, когда совместно

Чеченской Республике показатель рождаемости в сравнении со среднероссийскими показателями традиционно высокий на протяжении многих лет.

- в 2010г. - 27,0 на 1 тыс. населения, по РФ-12,5;  
- в 2013г. - 24,0 по РФ-13,2;



с врачами работают представители муниципальных органов, духовенство, а при необходимости привлекаются районные правоохранительные органы. Широко используются выездные формы (мобильные бригады) для качественного исполнения федерального протокола ведения беременных женщин. На сегодняшний день в 13 районах республики работают 18 выездных мобильных бригад.

Кроме того, на базе ГБУ «Республиканская детская клиническая больница» организована выездная консультативно - реанимационная неонатальная бригада для оказания реанимационной и экстренной помощи новорожденным. На базе Перинатального центра организован ДАКЦ - дистанционный акушерский консультативный центр.

По словам Петимат Исаковой, снижению младенческой смертности в республике способствовала и организация сучного мониторинга показателя детской смертности по региону.

- Все случаи младенческой смертности разбираются на врачебных конференциях в Министерстве здравоохранения ЧР с привлечением кафедральных работников Медицинского института Чеченского государственного университета. Разработаны и внедрены алгоритмы действий медицинских работников службы родовспоможения при наиболее часто возникающих экстренных ситуациях, когда необходимо оперативно и качественно принимать решения, - рассказала она.

Нужно отметить, что серьезным инструментом в снижении показателя младенческой смертности в Чеченской Республике явилась реализация мероприятий федеральных и региональных программ, в рамках



самый профессиональный состав педиатрической службы республики. Так как доля детского населения от всей численности населения республики составляет более чем 35%, построенное в 80-х годах головное детское учреждение не отвечает современным требованиям и достаточными мощностями, чтобы качественно оказывать медицинскую помощь. Условия пребывания, скученность в палатах вызывает недовольство родителей и маленьких пациентов, - отметила Петимат Исакова.

Завершая свой доклад, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики отметила, что для современного и качественного оказания специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению на территории РДКБ необходимо строительство отдельного хирургического корпуса. Решение данной задачи крайне актуально и для неонатальной службы, так как в структуре причин младенческой смертности доля врожденной патологии составляет более 30%.

- Несомненно, улучшение материально-технической базы республиканской детской клинической больницы изменит показатель детской смертности, в том числе и младенческой смертности в сторону его уменьшения, - сказала П.Исакова.

По материалам: <http://er.ru>  
Источник: <http://www.minzdravchc.ru/>

## ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ В 2016 Г.

**О.В. Обухова,**  
канд. полит. наук, зав. отд. экономики  
и ресурсного обеспечения  
здравоохранения, ФГБУ «ЦНИИОИЗ»  
Минздрава России

*Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обеспечиваются за счет средств ОМС, бюджетов субъектов РФ и федерального бюджета. От правильности планирования и расходования этих средств зависит, получат ли население необходимый объем доступной и качественной медицинской помощи. Чего можно ожидать в 2016 году?*



*«За десять лет с 2006 года консолидированный бюджет на здравоохранение в нашей стране вырос в 4,2 раза: с 690 миллиардов до 2,8 триллиона рублей в 2016 году. И если сравнить 2016 год с 2015 годом, несмотря на все финансовые сложности, консолидированный бюджет на здравоохранение в нашей стране вырастет на 4,3%».*

В. И. Словарова, министр здравоохранения России

Структурный анализ средств, выделяемых на обеспечение программы госгарантий в последние годы, показывает устойчивую тенденцию к увеличению доли затрат, покрываемых за счет системы ОМС (рисунок).

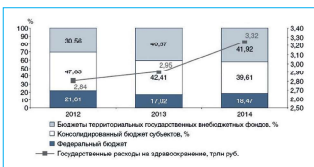
Наибольший риск в части финансового обеспечения государственных обязательств в сфере здравоохранения сохраняется со стороны бюджетов субъектов РФ, дающих около 40% всех средств. Как показывает опыт, дефицит территориальных программ госгарантий образуется, в основном, за счет недофинансирования из консолидированного бюджета регионов.

**Важно!** Согласно прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации на 2016—2018 гг., сокращение доходной части бюджетов субъектов РФ будет продолжаться (по данным сайта Министерства экономического развития РФ).

Прогноз финансовых ожиданий для системы здравоохранения в текущем году базируется на документах, регулирующих направления расходования государственных средств по разделу «Здравоохранение» на федеральном уровне:

Федеральный закон от 14.12.2015 № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 г.»;

Федеральный закон от 14.12.2015 № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.»;



Динамика изменений долевого соотношения государственных средств, расходуемых на здравоохранение, за 2012—2014 гг.

Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.».

Их анализ показывает, что на федеральном уровне государственная поддержка здравоохранения в 2016 г. по основным финансовым параметрам будет продолжена, а по ряду направлений расходования средств даже увеличена. Так, в федеральном бюджете на 2016 г. доля расходов по разделу «Здравоохранение» составит 3,7% (в 2015 г. — 3,1%), а в абсолютных показателях запланирован их рост на 29% по сравнению с 2015 г. (табл. 1).

Наименование	Федеральный закон от 01.12.2014 № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»			Федеральный закон от 14.12.2015 № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год»
	2015	план на 2016	план на 2017	2016
Стационарная медицинская помощь	150 000 000	166 472 458	169 727 553	240 697 591
Амбулаторная помощь	74 285 102	73 000 042	72 970 672	77 322 173
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	0	0	0	14 473
Скорая медицинская помощь	0	0	0	315 526
Санаторно-оздоровительная помощь	26 954 277	43 411 296	43 646 013	39 145 931
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	3 083 605	3 170 894	3 333 657	3 162 919
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	14 894 189	16 997 294	17 366 371	15 324 177
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	18 660 921	19 409 511	22 217 187	18 762 218
Другие вопросы в области здравоохранения	84 316 389	87 342 030	68 313 008	85 102 530
Всего по здравоохранению	372 194 483	409 803 524	397 574 461	479 847 538
ВСЕГО БЮДЖЕТ	12 138 783 089	12 753 084 055	12 874 560 926	13 116 717 431

Таблица 1. Расходы по разделу «Здравоохранение» из федерального бюджета

Отметим, что по отношению к 2012 г. расходы федерального бюджета на здравоохранение значительно снизились за счет передачи ряда полномочий на уровень Федерального фонда ОМС.

На сегодняшний день почти 84% всех средств территориальных программ обязательного медицинского страхования составляют средства субвенции Федерального фонда ОМС. Что это означает для конкретных регионов?

Начиная с 2013 г., идеология работы системы ОМС коренным образом изменилась — была сформирована централизованная модель распределения финансовых ресурсов в рамках базовой программы ОМС. Это позволило устранить высокую дифференциацию размеров подушевых нормативов в субъектах РФ, которая в 2012 г. составляла десятки раз.

Следование принципу планирования объемов и видов медицинской помощи в соответствии с располагаемым объемом финансовых ресурсов позволило значительно снизить, а в большинстве субъектов РФ полностью ликвидировать дефицит территориальных программ ОМС.

В 60% субъектов РФ территориальные программы

Показатель	2015 [1]	2016 [2]	2016 [3]
Доходы	1619,8	1706,5	1661,7
Расходы	1662,8	1758,3	1688,5

Таблица 2. Финансирование здравоохранения за счет системы ОМС, млрд. руб.

ОМС финансируют только в рамках средств, выделяемых на базовую программу ОМС, без привлечения дополнительных ресурсов из регионального бюджета. Правда, остается вопрос, достаточно ли этих средств для обеспечения цели государственной политики в сфере охраны здоровья граждан.

**Важно!** Ожидания в увеличении расходной части бюджета Федерального фонда ОМС в 2016 г. на 5% не оправдались: относительно 2015 г. она увеличилась только на 1,55% (табл. 2)

Ситуация выглядит неблагоприятной с учетом официального прогноза инфляции на 2016 г. на уровне 6,4%. Хорошей новостью может стать плановое сокращение дефицитной части с 43 до 27 млрд руб.

В отличие от предыдущих лет Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г. утверждена только на один год.

Она содержит уточненные характеристики организации медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, значения средних объемных и стоимостных подушевых нормативов медицинской помощи, требования к территориальным программам и некоторые другие параметры. В частности, конкретизированы предельные сроки ожидания медицинской помощи.

Программа дополнена положением о возможности финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований субъектов РФ зубного протезирования и санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан. Это позволит предусматривать бюджетные ассигнования на указанные цели в законах о бюджетах субъектов РФ.

Важно, что такие расходы не включены в установленные средние подушевые нормативы финансирования за счет ассигнований бюджетов субъектов РФ. Это позволит избежать снижения доступности медицинской помощи при социально значимых заболеваниях.

В новой Программе расширен перечень заболеваний и состояний по классу «Болезни органов пищеварения»: добавлены болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования).

**Важно!** Утвержден новый способ оплаты медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах: за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

Это демонстрирует продолжение перехода от валовых показателей объема медицинской помощи (посещения, койко-дни, пациенто-дни) к показателям, характеризующим законченные случаи лечения пациентов.

С учетом развития профилактического направления в здравоохранении Программой в 2016-2018 гг. предусмотрено увеличение норматива объема посещений с профилактической и иными целями в 2016-2018 гг.

Программа дополнена положением о том, что нормативы объема для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой за счет ассигнований бюджетов субъектов РФ, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются субъектами РФ.

Значительно изменились (снизились) значения нормативов, обеспечиваемых за счет средств бюджетов. В основном это произошло с целью нормализации расчетов среднего

подушевого норматива, часть которого обеспечивается за счет этих средств.

Внесены существенные изменения в приложение к Программе, которое утверждает нормативы затрат на группы высокотехнологичной медицинской помощи (далее — Перечень ВМП), в части:

- состава групп и методов лечения в обоих разделах ВМП;
- методики расчета, структуры и размера нормативов финансовых затрат.

53 наиболее распространенных метода лечения, ранее входивших в раздел II Перечня ВМП, переведены в раздел I, финансируемый в рамках базовой программы ОМС.

Поэтому средний норматив объема специализированной медицинской помощи за счет средств ОМС незначительно увеличен с 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо до 0,1721 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо.

Способы оплаты медицинской помощи по условиям ее предоставления остались неизменными.

Минздравом России и Федеральным фондом ФОМС готовится к утверждению новая версия методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

Раздел рекомендаций, посвященный механизмам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в т. ч. клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ), доработан с учетом опыта работы пилотных субъектов РФ с третьей моделью КСГ в 2015 году.

Дана обновленная трактовка используемой терминологии, уточнены расчетные формулы определения базовой ставки (средней стоимости лечения), поправочных коэффициентов.

**Важно!** По результатам апробации количество КСГ в стационарных условиях увеличено до 308, причем значительно увеличилось количество групп для оплаты медицинской помощи, оказанной детскому населению.

Основным отличием новой модели является введение КСГ для оплаты медицинских услуг по профилю «медицинская реабилитация» (перечень КСГ дополнен девятью позициями по этому профилю).

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)».

Утверждение отдельного перечня КСГ для финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного

стационара, также является новым разделом Рекомендаций. Всего для дневных стационаров разработано 118 КСГ.

Продолжена работа по оптимизации применения поправочных коэффициентов с учетом дальнейшего снижения дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи, совершенствования формирования трехуровневой системы ее оказания, развития стационарозамещающих технологий, повышения доступности стационарной помощи с использованием сложных медицинских технологий.

Особо важным представляется существенное снижение дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи при лечении одного и того же заболевания, а также при выполнении одинаковых хирургических операций, специальных методов лечения и сложных медицинских технологий в медицинских организациях одного уровня. Это свидетельствует о «более справедливом» финансировании стационарной помощи.

Уточнен подход к оплате процедур диализа, выделенных из КСГ и рекомендованных к оплате за количество единиц услуги в месяц.

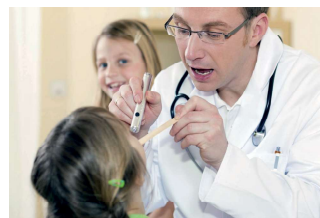
В Рекомендациях приведен перечень тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов его оказания и условий предоставления медицинской помощи (в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара).

Уточнены подходы к расчету подушевого норматива при оплате первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. В частности, рекомендовано исключить из размера подушевого норматива расходы:

- на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

В подушевой норматив финансирования прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), если они финансируются в рамках территориальной программы ОМС.

Отдельный раздел Рекомендаций посвящен механизму оплаты скорой медицинской помощи, в т. ч. на основе подушевого норматива финансирования.



При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи рекомендовано учитывать условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые на протяжении многих лет используются в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности о деятельности специалистов и для оплаты их труда.

По мнению разработчиков, оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по УЕТ позволяет внедрить принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2, 3 зубов) за одно посещение. Это наиболее эффективно, т. к. сокращает время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т. д.

В документе приведен рекомендуемый классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

#### Список использованной литературы

1. Федеральный закон от 01.12.2014 № 381-ФЗ (ред. от 20.04.2015) «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
2. Федеральный закон от 14.12.2015 № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год».
3. Постановление Правительства РФ от 13.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
4. Письмо Минздрава России от 24.12.2015 № 11-90/02-7938 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Журнал: ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, №2 (Февраль, 2016 г.)

## ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2015 ГОД



### СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2015 ГОДУ.

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.

В 2015 году система обязательного медицинского страхования Чеченской Республики представлена ТФОМС Чеченской Республики, страховой медицинской организацией, 74 медицинскими организациями, 63 264 страхователями по обязательному медицинскому страхованию и 1 352 532 застрахованными лицами.

В 2015 году в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики принимает участие 74 медицинских организаций, 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.

Источники финансирования	Факт за 2014 год	2015 год		Факт 2015 года в %	
		утвержд. на 2015 год	фактич. за 2015 год	к 2014 году	к утвержд. на 2015 год
Финансирование террпрограммы ОМС, всего	8 805,5	10 482,2	10 632,4	120,8	101,4
в том числе: стационарная медицинская помощь	4 744,6	5 024,7	5 162,4	108,8	102,7
амбулаторно-поликлиническая помощь	3 094,6	3 742,8	3 708,9	119,9	99,1
в условиях дневных стационаров	361,8	928,7	892,2	246,6	96,1
скорая медицинская помощь	336,0	526,7	525,1	156,3	99,7
Подушевой размер финансирования, в рублях на 1 застрахованного	7 217,0	8 260,7	8 379,1	116,1	101,4

Расходы в рамках территориальной программы ОМС в 2014 – 2015 гг. (в млн. руб.)

### РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2015 ГОДУ.

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 31.12.2014 г. № 260 (с изменениями от 10.06.2015 № 115, от 29.12.2015 № 264) 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 28.11.2014 № 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).

Общий объем субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемый бюджету Фонда на 2015 год, рассчитан, исходя из численности застрахованного населения Чеченской Республики по

состоянию на 01.04.2014, принятого в количестве 1 268 923 чел. и подушевого норматива финансирования в размере 8260,7 руб., доведенного письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.09.2014 № 4969/21-2 «О подушевых нормативах финансирования в 2015 – 2017 годах».

Расчетная и утвержденная стоимость территориальной программы ОМС в 2015 году составляет 10482,2 млн. рублей и по средствам ОМС в 2015 году не имеет дефицита. Приrost утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2015 года к уровню утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2014 года составил 1651,2 млн. рублей или 18,7% (уровень 2014 года 8831,0 млн. руб.).





#### РЕАЛИЗАЦИЯ УКАЗА ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 07.05.2012 № 597 «О МЕРОПРИЯТИЯХ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ» В 2015 ГОДУ

Законом Чеченской Республики от 29.12.2014 № 55-Р «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 (фармацевтическое) 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 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 33 240 руб. и в процентном выражении 149,0 %;

- среднего медицинского (фармацевтического) персонала в абсолютных значениях 18 440 руб. и в процентном выражении 82,7 %;

- младшего медицинского персонала в абсолютных значениях 12 160 руб. и в процентном выражении 54,5%



#### РЕАЛИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2015 ГОДУ

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

- 1) диспансеризация определенных групп взрослого населения в количестве 130 481 чел, на общую сумму 162 922,0 тыс. руб.;

- 2) 43 292 профилактических медицинских осмотра взрослого населения на общую сумму 25 340,6 тыс. руб.;

- 3) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в количестве 956 чел, на общую сумму 2 782,7 тыс. руб.;

- 4) 158 740 профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на общую сумму 194 220,2 тыс. руб.;

- 5) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в количестве 510 чел, на общую сумму 1 547,7 тыс. руб.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ АВТОМАТИЗАЦИИ РАСЧЕТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В 2015 ГОДУ.

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний, далее - КСГ).

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ (клинико-профильным группам) (далее - КПГ) осуществляется во всех случаях оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Модель финансового обеспечения медицинской помощи,



оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основана на объединении заболеваний в группы (КСГ или КПГ) и построена на единых принципах.

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры кодового фонда по профилям медицинской помощи».

В целях обеспечения автоматизации расчетов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики развернут программный комплекс «БАРС. Здравоохранение - ТФОМС Чеченской Республики», в составе которого функционирует модуль для ведения персонализированного учета оказанной медицинской помощи, входящего в состав автоматизированных рабочих мест.

Для формирования данных о законченном случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара сотрудник медицинской организации вводит следующие основные данные: номер истории болезни,

вид госпитализации (плановая или экстренная), сведения о пациенте (в том числе о страховании по ОМС), диагнозы (первичный, основной, сопутствующий и осложнения), исход заболевания и результат госпитализации, код отделения, дата поступления и дата выписки.

Использование модуля для ведения персонализированного учета оказанной медицинской помощи в составе программного комплекса «БАРС. Здравоохранение - ТФОМС Чеченской Республики» позволило решить следующие задачи:

- 1) сбор данных о медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам;
- 2) автоматизированный контроль вводимых данных на наличие механических, машинных ошибок;
- 3) объединение данных с нескольких рабочих мест;
- 4) формирование счетов, реестров, протоколов, списков и других выходных документов, как на бумажных, так и на электронных носителях информации;
- 5) формирование файлов электронного обмена для обеспечения информационного взаимодействия между участниками системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.



#### О РЕЗУЛЬТАТАХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ, МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2015 ГОДУ.

В 2015 году было подвергнуто медико-экономическому контролю 8 430,00 тыс. предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, из которых 55 290 (или 0,7% от предъявленных счетов) содержали нарушения (при аналогичном показателе предыдущего года (далее - АППГ) 0,9%).

В плановом порядке в 2015 году проведена медико-экономическая экспертиза 142 501 случая оказания медицинской помощи. При этом 11 987 (или 8,4% от проверенных) случаев оказания медицинской помощи выполнено с нарушениями (АППГ - 17,9%).

При проведении целевой медико-экономической экспертизы в 2015 году в 19 157 случаях оказания медицинской

помощи выявлено 14 998 нарушений (или 78,3% от проверенных (АППГ - 106,5%).

В ходе проведения плановой экспертизы качества медицинской помощи в 2015 году проверено 78 971 случай оказания медицинской помощи. При этом 10 280 (или 13,0% от проверенных) случаев оказания медицинской помощи выполнено с нарушениями (АППГ - 18,2%).

Целевой экспертизой качества медицинской помощи в 2015 году охвачено 2 190 случаев оказания медицинской помощи. При этом выявлено 572 страховых случая, содержащих нарушения (или 26,1% от проверенных (АППГ - 63,8%).





## НАСРУДИ МАХМАТОВ: «НАША ГЛАВНАЯ ГОРДОСТЬ – ЭТО ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО!»



В столице Чеченской Республики функционирует современная стоматологическая клиника «Бенодент», в которой на высокотехнологичном уровне предоставляется весь спектр существующих в стоматологии услуг. Некоторые стоматологические услуги оказываются на бесплатной основе, по полису обязательного медицинского страхования. Об этом и многом другом мы побеседовали с основателем и генеральным директором ООО «Бенодент» Н.М. Махматовым.

Клиника «Бенодент» – это совершенно новое веяние в чеченской медицине. О ней я был слышан ещё до того, как я ступил на порог принадлежащего ей великолепного, оформленного в изящном английском стиле здания, фасад которого украшают огромные оригинальные часы.

Начиная с регистратуры и заканчивая кабинетами, приятно удивляют аккуратные и просторные помещения, безупречная чистота и оригинальный внутренний интерьер

*Руководитель одной из современной многофункциональной стоматологической клиники рассказывает о ее деятельности. Учреждение оснащено современным высокотехнологическим оборудованием мирового уровня, которое обеспечивает точность диагностики и безупречный метод лечения с использованием новейших препаратов. Все современные методы лечения и оказываемые процедуры находятся на уровне предоставляемых лучшими клиниками в стране.*

клиники, выполненный в лучших традициях ведущих европейских клиник. Необычная спокойная атмосфера, вежливое, заботливое отношение персонала к пациентам клиники. Пройдясь по всем кабинетам, повторяюсь, почувствовал оригинальный вкус, утонченность, желание создать для пациента максимально комфортную атмосферу.

Подтверждение этим мыслям я получил уже непосредственно в кабинете у генерального директора клиники Насруди Махматовича Махматова.

**- Насруди Махматович, нам было бы очень интересно услышать о Вашей личной истории успеха.**

- Знаете, на самом деле в детстве я мечтал стать ювелиром, мне нравилась работа по обработке золотых изделий. Помню, всегда что-то мастерил, делал различные фигурки. А когда учился в восьмом классе, часто посещал ювелирную мастерскую в Грозном, она находилась в Доме быта. Тогда я уже представлял, как буду поступать в

знаменитую на весь Советский Союз Костромскую ювелирную школу. Но Всевышний уготовил для меня другое предназначение.

После окончания школы я выбрал профессию зубного техника и, признаюсь честно, ни разу об этом не пожалел. Долгое время я работал заведующим производством в стоматологическом комплексе в Старопромисловском районе Грозного, в районе «Березки». Когда началась первая война, переехал жить и работать в Казакстан, в городе Алма –те устроился в городскую поликлинику зубным техником. В этот период я накопил огромный опыт, так как трудился в специализированной поликлинике, где работали специалисты профессиональной стоматологии. В последующем по обстоятельствам и по желанию родителей пришлось вернуться в Грозный.

После окончания учебы на зубного врача мы с младшим братом Лёмой Махматовым стали работать вместе. Уже во время второй военной кампании мы уехали в Ингушетию, а позже, вернувшись домой, мы



начали принимать больных в посёлке Алды. Именно тогда к нам потянулись многочисленные пациенты со всех концов республики, не считая жителей столицы. А уже в 2005 году мы с братом создали стоматологическую клинику ООО Бенодент.

**- А как произошло название клиники, наверняка «Бенодент» – не рядовое сочетание букв?**

- Наименование клиники мы с братом решили связать с нашим тейпом плюс деятельность в стоматологии, получилось: «бен» и «дент» (на латинском – «зуб»). Не последнюю роль сыграло и то обстоятельство, что и логотип клиники «Benodent» смотрелся оригинально.

**- Когда говорят о стоматологии в республике, то у всех на устах звучит «Бенодент». В чём же формула популярности вашей клиники?**

- За период нашей деятельности мы заслужили уважение и признание наших пациентов. Мы к каждому пациенту практикуем индивидуальный подход, рассматриваем каждый случай, стараясь качественно выполнить лечение. В клинике работает команда опытных врачей.

Самый главный фактор успеха нашей клиники, я считаю,

- это оснащённость современным высокотехнологичным оборудованием и использование биосовместимых инновационных материалов.

**- Давайте расскажем нашим читателям об этом подробнее. О каких именно услугах идёт речь?**

- В клинике оказывается спектр услуг по хирургической, терапевтической, ортопедической, эстетической и детской стоматологии, также предусмотрена имплантология, реставрация зуба (в том числе с применением микроскопа), ортодонтия. У нас имеются свои зуботехническая и 3D-лаборатория.

В клинике ООО «Бенодент» действует кабинет эстетической стоматологии, где проводят лазерное отбеливание зубов и установку люминиров.

Люминирь – это свертонкие фарфоровые накладки на зубы. Толщина их не более 0,2 мм. Во время первого посещения врача-стоматолога, снимаются слепки с зубов пациента и отправляются в американскую лабораторию. Стоит отметить, что настоящие люминирь делают именно в Америке и нигде больше, по запатентованной технологии из запатентованной керамики Serinate.

Только сертифицированные врачи имеют право устанавливать люминеры. Фамилии этих врачей вы можете увидеть на официальном сайте компании – производителя.

В кабинете эстетической стоматологии мы можем предложить для пациентов самый эффективный и безопасный способ отбеливания зубов – лазерное. При лазерном отбеливании зубы осветляются на 8-12 тонов, при этом белизна зубов сохраняется в течении 2-х лет.

В нашей клинике работает пока единственный в регионе стоматолог ортодонт прошедший сертификационный курс по работе на брекет-системе Incognito. Брекеты Incognito – это инновационные брекет-системы (производства Германия), которые изготавливают по индивидуальным слепкам и замерам, сделанные лечащим врачом-ортодонтом, с использованием самой современной технологии CAD/CAM (создание виртуальной конструкции на компьютере).

А в 3D лаборатории можно изготовить ультро-тонкие виниры –тончайшие керамические накладки (0,2-0,5 мм), которые покрывают переднюю часть зуба. С помощью виниров мы можем изменить форму и цвет зубов. Благодаря собственному оборудованию по 3D сканированию и моделированию, мы изготавливаем виниры для наших пациентов всего за 1-2 дня.

**- А какое оборудование вы используете в своей работе?**

- В зуботехнической лаборатории мы применяем оборудование немецкого производителя Heraeus Kulzer, а во врачебной сфере – стоматологические кресла Chirana

(Словакия). Также у нас есть не имеющие аналогов на Северном Кавказе анестезиологическое оборудование той же фирмы Chirana – Venat. Это аппарат для седации (расслабления) определённой группы пациентов, то есть для беспокойных, психически неуравновешенных детей или тех, кто просто боится. На этом оборудовании у нас работает специалист, прошедший соответствующее обучение в Москве. Помимо этого в пародонтологии (в лечении околозубных тканей) мы применяем новый аппарат Dueidental Vector (Германия).

**- Сколько человек занято в «Беноденте»? Какое образование и навыки имеют ваши сотрудники?**

- Всего в клинике работает 68 человек: административно-управленческий аппарат – 13, административно-хозяйственная часть – 3, высший и средний персонал – 48 и остальные – младший персонал.

Мы уже достаточно долгое время работаем с представителями европейских фирм, которые оказывают нам существенную поддержку. Наши врачи проходили обучение в знаменитом учебном центре при EMS (Швейцария, г. Цюрих), посещали семинары в Германии (г. Ханну), где расположен учебный центр при всемирно известном предприятии Heraeus Kulzer (оборот Heraeus Kulzer составляет 1 млрд евро, а в перечне выпускаемой продукции имеются детали для космических кораблей – прим, авт.). Также наши ребята проходили тренинги в специализированном центре «Экс» (г. Новороссийск).

Необходимо отметить, что на сегодняшний день многие



из врачей клиники «Бенодент» сами имеют право проводить и проводят обучающие семинары.

**- Кто по профессии Ваш потенциальный пациент?**

- Наш пациент – это, прежде всего, любой нуждающийся в стоматологической помощи больной. В основном, считая, что это пациенты, которые ценят высокое качество.

Самое интересное то, что наши постоянные клиенты – это те, кто выехал за пределы региона, оценил, сравнил и вернулся к нам обратно. Должен подчеркнуть, что преимущество нашей клиники – не только качество материалов и оборудования, но и профессиональные врачи. Мы делаем ставку на адресную помощь и внимание к каждому пациенту, который уже из регистратуры сразу попадает к своему личному стоматологу.

**- Клиника функционирует в системе обязательного медицинского страхования. В чём особенности такой деятельности? И главный вопрос: если речь идёт о застрахованных лицах, какие из предоставляемых вами услуг – платные, а какие – бесплатные?**

- Обладателям полиса обязательного медицинского страхования мы бесплатно оказываем следующие виды услуг: лечение зуба (реставрация коронки композитными материалами), удаление зуба, рентген-обследование зуба (кроме панорамного), гигиена полости рта (удаление зубного налёта, то есть чистка). Нужно отметить, что застрахованные лица очень часто пользуются нашими услугами. Это говорит о том, что система ОМС в республике работает во благо населения.

В чём особенности функционирования в системе ОМС? Точное определение этому механизму – государственно-частное партнёрство. То есть долевая помощь, оказываемая клинике государством, позволяет нам предоставлять населению высокий уровень услуг.

Особо хочу подчеркнуть, что самую действенную помощь нам всегда оказывает Министерство здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Шахида Ахмадова и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, который возглавляет Денилбек Абдулазизов. Совершенно очевидно, что именно



высокий профессионализм, чувство ответственности, участия и, самое главное, патриотизм этих людей во многом обуславливают успех подобных нашему предприятий.

**- Чем именно из вашего богатого профессионального опыта Вы хотели бы поделиться с коллегами?**

- Не открою тайну, если скажу, что главный фактор любого успеха – это кропотливый труд. Соответственно, история успеха – это история каждодневного труда, плюс желание делать оказываемые услуги качественными. Другого просто не дано. Чтобы человек был успешным в бизнесе и, вообще, в жизни, он, в первую очередь, должен любить свою работу и, как следствие, быть образованным. Он должен стремиться постоянно получать знания, развиваться, обладать решительностью, быть одновременно чуждым зависти и не бояться здорового риска.

Если меня спросить, кто из людей самый лучший, я бы не задумываясь ответил – профессионал. Ведь если каждый на своём участке будет выполнять работу профессионально, общее развитие народа, республики, страны будет поступательным, форсированным и эффективным.

**- Какими Вы видите перспективы дальнейшего развития клиники?**

- Ближайшие и долгосрочные перспективы «Бенодента» нам видятся очень радужными, и мы делаем всё, чтобы претворить в жизнь наши самые амбициозные проекты. На сегодняшний день нами заключено соглашение с Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом имени М.Ф. Владимирского, которое включает сотрудничество по организации и совершенствованию диагностики и лечения, подготовки и усовершенствования врачебных кадров, направленных на улучшение качества медицинской помощи населению.

При клинике «Бенодент» функционирует учебный центр «Эверест» (для которого уже строится отдельное здание). На его базе мы совместно с Ассоциацией стоматологов Чеченской Республики проводим обучающие курсы, организуем различные мастер-классы. Здесь проходят специализацию аспиранты, обучающиеся в Москве. Они присутствуют и на операциях, проходящих в клинике.

Недавно под эгидой Министерства здравоохранения Чеченской Республики и Ассоциации стоматологов ЧР была организована и стоматологическая выставка. И мы стремимся проводить подобные мероприятия на постоянной основе.

Также год назад в Грозном открылся филиал «Бенодента» – клиника «Асхадект». Наряду с этим наши сотрудники выпускают журнал «Стоматология Кавказа», география распространения которого охватывает все субъекты Юга России. То есть, планов и задумок у нас, как видите, очень много.



**- Ваше жизненное кредо?**

- В работе, в повседневной жизни я всегда руководствуюсь главным принципом: всё, что во благо чеченскому народу, – это ханал (позволительно), а всё, что не во благо, – харам (запрещено). Хвала Всевышнему, пока мне удавалось следовать этому правилу и очень надеюсь, что не сверну с этого пути и в будущем.

**- Насруди Махмутович, благодарю Вас за интересную беседу и желаю новых успехов на трудовом поприще!**

З. Яхьяханов

## СПРАВКА

### МАХМАТОВ НАСРУДИ МАХМУТОВИЧ.

Родился 4 июля 1966 года в Тальды-Курганской области Казахской ССР. Окончил Грозненский медицинский колледж по специальности «Зубной техник». Является выпускником экономического и юридического факультетов Чеченского государственного университета. Проходил срочную службу в рядах Советской Армии в Польше. С 26 апреля 2005 года, с момента основания стоматологической клиники «Бенодент», – её генеральный директор. ООО «Бенодент» под руководством Н.М. Махматова многократно становилось лауреатом всероссийских конкурсов зуботехнического мастерства, призером конкурса «100 лучших товаров России».

Н.М. Махматов проходил стажировку в ведущих стоматологических клиниках России и Германии. Награждён Почётными грамотами и Благодарственными письмами Министерства здравоохранения Чеченской Республики, Женат, воспитывает семерых сыновей.



## ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 17.11.2015 № 1246

«О ПОРЯДКЕ НАПРАВЛЕНИЯ В 2015 ГОДУ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ИНЫХ МЕЖДЮБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, И НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (В СВЯЗИ С ИЗМЕНЕНИЕМ КУРСОВ ВАЛЮТ ПРИ ПРИОБРЕТЕНИИ ИМПОРТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ, МЕДИЦИНСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ, РЕАКТИВОВ И ХИМИКАТОВ)»

#### Суть документа.

Установлен порядок направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов).

Также установлен порядок направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных 1 материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов).

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 31.10.2015 № 1173

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УСТАВ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

#### Суть документа.

Уточнен порядок работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования со сведениями, составляющими государственную тайну.

В частности, указано, что фонд в пределах своей компетенции обеспечивает защиту сведений, составляющих государственную тайну, соблюдение режима секретности. Председатель фонда несет персональную ответственность за организацию в фонде защиты сведений, составляющих государственную тайну.

Указано, кроме того, что в случае изменения функций Федерального фонда, формы собственности, ликвидации или прекращения работ с использованием сведений, составляющих государственную тайну, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования обязан принять меры по обеспечению защиты этих сведений и их носителей в соответствии с законодательством РФ о государственной тайне.

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 28.10.2015 № 1154

«О ПОРЯДКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЗАИМОЗАМЕЯМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ»

#### Суть документа.

Установлена процедура определения экспертной комиссией ФГБУ при Минздраве России взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения.

Взаимозаменяемость лекарственного препарата определяется в процессе его государственной регистрации на основании сравнения с референтным лекарственным препаратом по параметрам, определенным Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», при проведении комиссией экспертов федерального государственного бюджетного учреждения по проведению

экспертизы лекарственных средств, находящегося в ведении Минздрава России, экспертизы лекарственного препарата в части экспертизы качества лекарственного средства или экспертизы отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата.

Определение взаимозаменяемости биоаналогового (биоидентного) лекарственного препарата (биоаналога) осуществляется с учетом полученных по результатам проведения клинических исследований данных об отсутствии у него клинически значимых различий безопасности, эффективности и иммуногенности по сравнению с референтным лекарственным препаратом. Вывод о взаимозаменяемости (невзаимозаменяемости) лекарственного препарата оформляется в виде приложения к заключению комиссии экспертов по форме, утверждаемой Минздравом России.

Определен круг лекарственных препаратов, на которые действие Правил не распространяется (в том числе референтные лекарственные препараты, лекарственные растительные препараты, гомеопатические лекарственные препараты).

Предусмотрено, что Минздрав России размещает на своем официальном сайте в сети Интернет сведения о зарегистрированных лекарственных препаратах для медицинского применения, в отношении которых выдано задание на определение взаимозаменяемости этих лекарственных препаратов.

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 22.10.2015 № 1128

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИЛОЖЕНИЕ К ПОСТАНОВЛЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 22 ИЮНЯ 2009 Г. № 508»

#### Суть документа.

Внесены уточнения в размеры государственных квот, в пределах которых ежегодно осуществляются производство, хранение и ввоз (вывоз) наркотических средств.

Согласно изменениям, внесенным в раздел I приложения к постановлению Правительства РФ от 22 июня 2009 г. № 508 «Об установлении государственных квот на наркотические средства и психотропные вещества», в позиции, касающейся:

- диidroкодеина, цифра «15» заменена цифрой «140 000»;
- карфентанила, цифра «0,05» заменена цифрой «1,55»;
- оксикодона (текодина), цифра «70» заменена цифрой «50 000».

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 12.10.2015 № 1097

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕКОТОРЫЕ АКТЫ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СВЯЗИ С СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕМ КОНТРОЛЯ ЗА ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ»

#### Суть документа.

Расширен перечень запрещенных в России наркотических средств.

В раздел «Наркотические средства» списка наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых в России запрещен (список I), Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 № 681, включены следующие позиции:

«№-Бензил-1 -бутил-1 Ниндолол-3-карбоксамид и его производные»;

«№-Бензил-1 -бутил-1 Ниндолол-3-карбоксамид и его производные»;

«2-(1-Бутил-1 Ниндолол-3-карбоксамидо) уксусная кислота и ее производные».

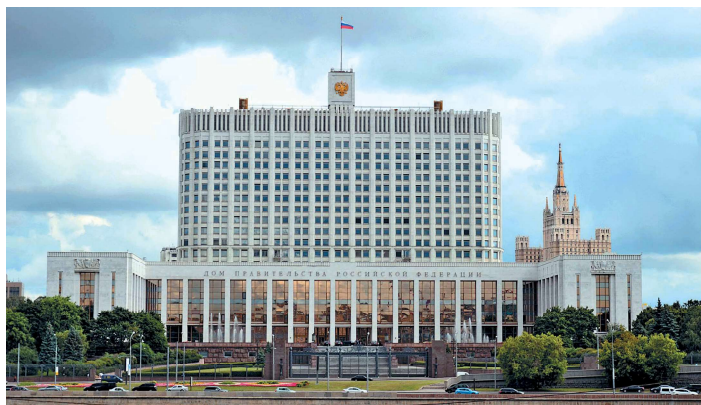
Одновременно указанные позиции включены в значительный крупный/особо крупный/размер наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1, 229 и 229.1 Уголовного кодекса РФ, утвержденный постановлением Правительства РФ от 01.10.2012 № 1002.

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 09.10.2015 № 1081

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 ДЕКАБРЯ 2004 Г. №911»

#### Суть документа.

Скорректирован порядок возмещения расходов организаций здравоохранения на оказание медицинской помощи военнослужащим и сотрудникам, а также гражданам, уволенным с военной службы. Установлено, в частности, что расходы организаций здравоохранения на оказание медицинской помощи военнослужащим и сотрудникам, а также гражданам, уволенным с военной службы, возмещаются военным округом (флотом), региональным командованием, соединением, воинской частью внутренних войск МВД России, непосредственно подчиненным главнокомандующему внутренними войсками, военно-медицинской организацией, территориальным органом соответствующего федерального органа исполнительной власти в субъекте РФ, где проходит военную службу (службу) военнослужащие и сотрудники,



на территории которого проживают граждане, уволенные с военной службы.

Возмещение расходов осуществляется в соответствии с договором, заключенным между территориальным органом федерального органа исполнительной власти (по представлению командиров (начальников) соединений, воинских частей (за исключением соединений, воинских частей, непосредственно подчиненных главнокомандующему внутренними войсками МВД России), учреждений и организаций (за исключением военно-медицинских организаций), органов безопасности и др.) и организацией здравоохранения.

**РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 14.10.2015 № 2052-Р**

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ НА 2016 ГОД»

**Суть документа.**

Утвержден перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2016 год. В перечень включены 54 наименования сухих смесей и порошков

для лечебного питания.

В соответствии с Законом о государственной социальной помощи обеспечение специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов входит в набор социальных услуг, предоставляемых отдельным категориям граждан.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.09.2015 № 683Н**

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»

**Суть документа.**

Утвержден Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях. Организация профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются медицинскими организациями

и их структурными подразделениями в соответствии с установленными: правилами организации деятельности отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых; рекомендуемыми штатными нормативами отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых; стандартом оснащения отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых; правилами организации деятельности центра здоровья; рекомендуемыми штатными нормативами центра здоровья; стандартом оснащения центра здоровья; правилами организации деятельности центра здоровья; рекомендуемыми штатными нормативами центра здоровья; правилами организации деятельности центра медицинской профилактики; рекомендуемыми штатными нормативами центра медицинской профилактики и стандартом оснащения центра медицинской профилактики.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 29.12.2015 № 389-ФЗ**  
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

**Суть документа.**

Законом внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон № 323-ФЗ).

Статьей 2 внесены изменения в ст. 100 Закона № 323-ФЗ, в соответствии с которыми сертификаты специалиста будут выдаваться медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 г., а соответственно право на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности на территории РФ на основании сертификата специалиста пролонгировано до 1 января 2026 года. Статья 100 Закона № 323-ФЗ дополнена новой частью 1.1, регламентирующей зталность перехода к процедуре аккредитации специалистов с 1 января 2016 г. к 31 декабря 2025 г. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определены Минздравом России в проекте приказа «Об утверждении этапов перехода к процедуре аккредитации специалистов».

В 2016 г. к медицинской деятельности через процедуру аккредитации будут допущены лица, завершающие в 2016 году освоение основных образовательных программ высшего медицинского и фармацевтического образования по специальностям «Стоматология» и «Фармация».

С учетом изменений, внесенных в Закон № 323-ФЗ, остальные категории лиц допускаются к медицинской деятельности через процедуру сертификации в соответствии с приказом Минздрава России от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата

специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста». Также уточнены нормы ст. 69 Закона № 323-ФЗ в части полномочий Минздрава России по формированию аккредитационных комиссий, утверждению положения об аккредитации специалистов, а также формы свидетельства об аккредитации специалиста.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 14.12.2015 № 365-ФЗ**  
«О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД»

**Суть документа.**

Определены параметры бюджета ФФОМС на 2016 год. Бюджет Фонда по доходам прогнозируется в объеме 1661,7 млрд. руб., по расходам - 1688,5 млрд. руб. Дефицит бюджета - 26,8 млрд. руб. Доходы бюджета на 98,5 процентов сформированы за счет поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Большая часть поступлений в виде субвенций подлежит направлению в бюджеты ФФОМС на организацию оказания медицинской помощи в субъектах РФ. Общий объем субвенций бюджетам территориальных фондов определен на основе численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС и других показателей.

Также предусматриваются межбюджетные трансферты, в том числе, федеральному бюджету и бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение (софинансирование расходов) оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС.

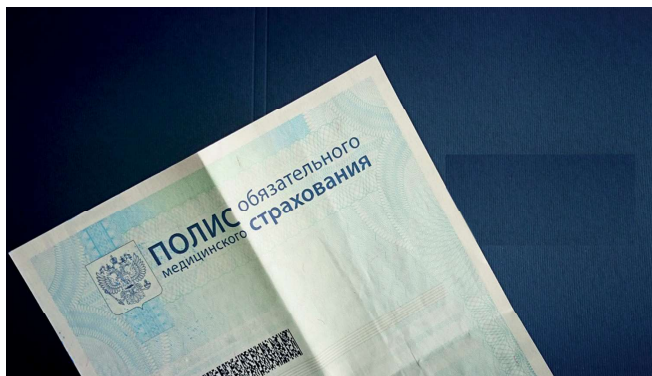
В целях привлечения медицинских кадров в сельскую местность в бюджете Фонда предусматриваются бюджетные ассигнования на осуществление в 2016 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 14.12.2015 № 374-ФЗ**

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» И ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

**Суть документа.**

Внесены изменения в Федеральные законы от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».



В частности, увеличен возрастной критерий с 35 до 50 лет в отношении медицинских работников, привлекаемых к работе в сельской местности.

С 2016 г. единовременная компенсационная выплата в размере одного миллиона руб. предусматривается медицинским работникам в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) в 2016 г. на работу в сельской населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа.

Законом продлевается на 2016 год действующий механизм финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, посредством предоставления межбюджетных трансфертов федеральному бюджету из бюджета ФФОМС.

Кроме того, в 2016 г. предусматривается предоставление межбюджетных трансфертов бюджетам ФФОМС на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС.

Определяются подходы к формированию объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения для Республики Крым и города Севастополя и определению размера субвенций в бюджеты соответствующих ТФОМС.

#### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ 29.12.2015 № 1478

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2016 Г. ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗА СЧЕТ ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ»

##### Суть документа.

Утверждены Правила, определяющие порядок финансового обеспечения в 2016 г. оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ВМП, ОМС), по перечню видов ВМП, установленному в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в федеральных госучреждениях, включенных в

утвержденный Минздравом России перечень, в том числе порядок предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) в федеральный бюджет на эти цели.

Финансирование оказания ВМП в госучреждениях предусмотрено за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда в федеральный бюджет, главным распорядителем средств федерального бюджета для последующего предоставления подведомственным медицинским учреждениям субсидий на выполнение ими государственных заданий по оказанию ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

Также утверждена методика определения размера субсидии, предоставляемой государственным учреждениям здравоохранения. Размер субсидии рассчитывается на основании показателей объемов ВМП, средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, доли заработной платы в структуре среднего норматива затрат на единицу объема медицинской помощи, коэффициента уровня среднемесячной заработной платы в субъекте Федерации. На эти цели в бюджете Фонда на 2016 год предусмотрено 90,73 млрд руб.

#### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ 29.12.2015 № 1477

«О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ В 2016 ГОДУ СУБСИДИЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА БЮДЖЕТАМ СУБЪКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ЦЕЛЯХ СОФИНАНСИРОВАНИЯ РАСХОДОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

##### Суть документа.

Утвержден порядок предоставления в 2016 г. из федерального бюджета субсидий бюджетам субъектов Федерации в целях софинансирования расходов на оказание гражданам ВМП за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда в федеральный бюджет. Определены условия предоставления субсидий, в том числе наличие в бюджете субъекта Федерации ассигнований на исполнение расходов, связанных с оказанием ВМП в медицинских организациях. Размер субсидии определяется в зависимости от достижения показателя результативности использования субсидии в 2015 г., включая показатель количества больных, которым оказана ВМП в 2015 г., в том числе по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». В бюджете Фонда на 2016 год на эти цели предусмотрено 6 млрд руб.

Принятые решения направлены на обеспечение прав граждан на получение высокотехнологичной медицинской помощи.

#### ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 19.12.2015 № 1382

«О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2016 ГОД»

##### Суть документа.

Правительством РФ утверждена программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год.

Целью Программы является обеспечение конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет бюджетной системы РФ, в том числе бюджетов фондов обязательного медицинского страхования.

Программой установлены перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, медицинская помощь при которых оказывается бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи и средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий ее предоставления, критериев доступности и качества.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи в рамках территориальных программ установлены предельные сроки ожидания оказания первичной неотложной помощи, приема пациентов участковыми врачами и врачами общей практики, проведения диагностических исследований, время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи.

Кроме того, конкретизированы источники финансирования мер, реализуемых в рамках национального календаря профилактических прививок, медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации.

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления установлены раздельно по источникам финансирования: за счет ассигнований региональных бюджетов и за счет субвенций ФФОМС на финансирование базовой программы ОМС. Кроме того, разграничены и уточнены критерии доступности и качества медицинской помощи.

## МЕТОДЫ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНО ВКЛЮЧЕННЫЕ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2016 ГОД

№ п/п	Наименование метода ВМП	группа ВМП	норматив финансовых затрат (руб.)
<b>Абдоминальная хирургия</b>			
1	субтотальная резекция головки поджелудочной железы	1	145 517
2	продольная панкреатоэнтероанастомозия	1	145 517
3	резекция сегмента (сегментов) печени комбинированная с ангиопластикой	1	145 517
4	абляция при новообразованиях печени	1	145 517
5	колэктомия с резекцией прямой кишки, мукозэктомией прямой кишки, с формированием тонкокишечного резервуара, илеоректального анастомоза, илеостомия	1	145 517
6	субтотальная резекция ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и низведением правых отделов ободочной кишки в анальный канал	1	145 517
7	иссечение свища, пластика свищевого отверстия полнослойным лоскутом стенки прямой кишки – сегментарная проктопластика, пластика анальных сфинктеров	1	145 517
8	иссечение свища с пластикой внутреннего свищевого отверстия сегментом прямой или ободочной кишки	1	145 517
9	резекция ободочной кишки, в том числе с ликвидацией свища	1	145 517
10	резекция ободочной кишки с аппендэктомией, разворотом кишки на 180 градусов, формированием асцендо-ректального анастомоза при модели пациента: мегадоликолон, рецидивирующие завороты сигмовидной кишки	1	145 517
11	резекция ободочной кишки с аппендэктомией, разворотом кишки на 180 градусов, формированием асцендо-ректального анастомоза при модели пациента: хронический толстокишечный стаз в стадии декомпенсации	1	145 517
12	резекция ободочной кишки с формированием наданального конце-бокового колоректального анастомоза	1	145 517
13	реконструктивно-пластическая операция по восстановлению непрерывности кишечника с ликвидацией стомы, формированием анастомоза	1	145 517
14	резекция пораженных отделов ободочной и (или) прямой кишки	1	145 517
15	колпроктэктомия с формированием резервуарного анастомоза, илеостомия при модели пациента: язвенный колит, тотальное поражение, хроническое непрерывное течение, тяжелая гормонозависимая или гормонорезистентная форма	1	145 517
16	колпроктэктомия с формированием резервуарного анастомоза, илеостомия при модели пациента: болезнь Крона тонкой, толстой кишки и в форме илеоколита, осложненное течение, тяжелая гормонозависимая или гормонорезистентная форма	1	145 517
17	колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, илеостомия	1	145 517
18	резекция оставшихся отделов ободочной и прямой кишки, илеостомия	1	145 517
19	резекция пораженного участка тонкой и (или) толстой кишки, в том числе с формированием анастомоза, илеостомия (колостомия)	1	145 517
20	эндоскопическая адrenaлэктомия с опухолью	1	145 517
21	двусторонняя эндоскопическая адrenaлэктомия с опухолью	1	145 517
22	аортокавальная лимфаденэктомия эндоскопическая	1	145 517
23	удаление неорганичной забрюшинной опухоли	1	145 517

№ п/п	Наименование метода ВМП	группа ВМП	норматив финансовых затрат (руб.)
<b>Детская хирургия в период новорожденности</b>			
24	удаление кисты или секвестра легкого, в том числе с применением эндоскопической техники	7	213 609
25	прямой эзофаго-эзофаго анастомоз, в том числе этапные операции на пищеводе и желудке	7	213 609
26	ликвидация трахеопищеводного свища	7	213 609
<b>Офтальмология</b>			
27	имплантация антиглаукоматозного дренажа	20	61 048
28	модифицированная синустрабекулэктомия с имплантацией антиглаукоматозного дренажа	20	61 048
29	антиглаукоматозная операция с ультразвуковой факоэмульсификацией осложненной катаракты с имплантацией эластичной интраокулярной линзы, в том числе с применением лазерной хирургии	20	61 048
30	подшивание танталовых скрепок при новообразованиях глаза	20	61 048
31	ограничительная и (или) разрушающая лазеркоагуляция при новообразованиях глаза	20	61 048
32	радиоэксцизия, в том числе с одномоментной реконструктивной пластикой, при новообразованиях придаточного аппарата глаза	20	61 048
33	лазерэксцизия с одномоментной реконструктивной пластикой при новообразованиях придаточного аппарата глаза	20	61 048
34	радиоэксцизия с лазериспарением при новообразованиях придаточного аппарата глаза	20	61 048
35	лазерэксцизия, в том числе с лазериспарением, при новообразованиях придаточного аппарата глаза	20	61 048
36	погружная диатермокоагуляция при новообразованиях придаточного аппарата глаза	20	61 048
<b>Урология</b>			
37	кишечная пластика мочеоточника	35	81 329
38	уретероцистаномоз (операция боари), в том числе у детей	35	81 329
39	уретероцистаномоз при рецидивных формах уретерогидронефроза	35	81 329
40	уретероилеостомия у детей	35	81 329
41	эндоскопическое бужирование и стентирование мочеоточника у детей	35	81 329
42	цистопластика и восстановление уретры при гипоспадии, эписпадии и экстрофии	35	81 329
43	пластическое ушивание свища с анатомической реконструкцией	35	81 329
44	апендицистостомия по Митрофанову у детей с нейрогенным мочевым пузырем	35	81 329
45	радикальная цистэктомия с кишечной пластикой мочевого пузыря	35	81 329
46	аугментационная цистопластика	35	81 329
47	восстановление уретры с использованием ревааскуляризованного свободного лоскута	35	81 329
48	уретропластика лоскутом из слизистой рта	35	81 329
49	иссечение и закрытие свища женских половых органов (фистулопластика)	35	81 329
<b>Эндокринология</b>			
50	хирургическое лечение с последующим иммуногистохимическим исследованием ткани удаленной опухоли	38	87 310
51	хирургическое лечение гиперкортицизма с проведением двусторонней адrenaлэктомии, применением аналогов соматостатина пролонгированного действия, блокаторов стероидогенеза	38	87 310

## ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОМС: ПЛАНИРОВАНИЕ ОБЪЕМА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### Разъяснения экспертов.

#### КАКИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПЛАНОВЫХ НОРМАТИВОВ ОБЪЕМОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОДНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ОМС?

Значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо определяются в территориальной программе ОМС с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ (ч. 2 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Кроме того, территориальная программа ОМС является составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Для определения объема медицинской помощи на одного жителя по условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в рамках территориальной программы ОМС, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой государственных гарантий (утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932), корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих, в том числе особенности возрастного состава населения субъекта РФ (Письмо Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8308).

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя, а также норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, корректируются по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в расчете на одного жителя) и норматив объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо.

Аналогично проводятся расчеты объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях

дневного стационара, в расчете на одного жителя и на одно застрахованное лицо.

Средние нормативы объема скорой медицинской помощи на одного жителя, установленные Программой, корректируются с учетом транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации, демографических особенностей населения региона и других факторов.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, в территориальных программах государственных гарантий могут устанавливаться индивидуальные объемы медицинской помощи для медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных на данных территориях.

При установлении объема медицинской помощи врачей-педиатров участковых, врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) учитывается дифференциация потребления медицинской помощи прикрепленного населения в зависимости от пола, возраста, уровня общей заболеваемости, а также климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения в субъекте Российской Федерации.

Экспертная группа информационного центра «МЦФЭР-Медицина»

#### КАКИМ ОБРАЗОМ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И УЧИТЫВАЕТСЯ ЛИ ПРИ ЭТОМ ФАКТИЧЕСКАЯ УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ВРАЧАМИ?

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы определяются в расчете на 1 застрахованное лицо в год на основе средних нормативов,

установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382, и скорректированных с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта РФ.

Так, согласно п. 8 Разъяснений о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (см. Письмо Минздрава России от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7798) объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает в себя:

- посещения с профилактической целью, рекомендуемое число которых представлено в приложении № 5 к Разъяснениям;
- посещения с иными целями, в том числе, в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи, с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов); медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- разовые посещения в связи с заболеванием.

При этом средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств ОМС, на 2015 год составляет 0,56 посещения в неотложной форме на 1 застрахованное лицо.

Особо стоит отметить, что в целом по территориальной программе государственных гарантий кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещения. При расчете объемов медицинской помощи фактическая укомплектованность врачами медицинской организации не учитывается. В свою очередь, объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (п. 2 п. 4 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, приложение № 1 к Правилам ОМС, утв. приказом Минздрава/соцразвития России от 28.02.2011 № 158н).

Также стоит отметить, что согласно п. 8 Положения о деятельности комиссии, при распределении объемов медицинской помощи учитываются показатели (в том числе коенную мощность, объемы медицинской деятельности и другие), установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей

отделений (коек), врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление.

Эксперты электронного продукта

#### КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ РАСЧЕТ КОЛИЧЕСТВА ЗАКОНЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ?

Количество законченных случаев лечения больных разных видов заболеваний и профилей по федеральным стандартам в рамках госаудита по стационару (стационарной помощи) может быть рассчитано по формуле:

$$P_{CS} = P_{условно-постоянные} / (\text{Тариф ФС} \cdot P_{условно-переменные}) / \text{КФС план}$$

где:  $P_{CS}$  – количество законченных случаев для формирования государственного задания стационарной помощи при сложившейся региональной финансовой ситуации;

$P_{условно-постоянные}$  – условно-постоянные расходы стационара, связанные с содержанием имущества и амортизацией основных средств и иные косвенные расходы, не реагирующие на изменение объемов пролеченных больных (оказанных услуг);

$P_{условно-переменные}$  – условно-переменные расходы, связанные с оплатой труда и начислениями для медицинских работников за конечные результаты и качественные показатели лечения; расходными материалами и медикаментами; расходами на питание; расходами на мягкий инвентарь и обмундирование медицинских работников и больных, которые прямо пропорционально реагируют на изменение объемов деятельности;

Тариф ФС – нормативная себестоимость федерального стандарта по тарифу, принятому к расчетам (статья расходов тарифа ОМС + статьи расходов из бюджетной сметы, представляющей структуру возмещения затрат на содержание медицинских учреждений их учредителем и собственником);

КФС план – плановое количество федеральных стандартов, которые могут быть выполнены.

Экспертная группа информационного центра «МЦФЭР-Медицина»

#### КАКИМ ОБРАЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УСТАНОВЛИВАТЬ ЗАДАНИЕ ДЛЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ПОДУШЕВОМ ФИНАНСИРОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ?

Потребуется населения в первичной медико-санитарной помощи, гарантируемой государством (социальный спрос), определяется по данным реестров оказанной медицинской помощи, содержащих необходимую информацию (пол и возраст пациентов, место жительства, диагноз, вид медицинской помощи, условия ее оказания, примененные медицинские технологии).



Величина и структура спроса определяется с учетом частоты тех или иных заболеваний, при этом отдельно анализируются первичная и вторичная медицинская помощь, стационарозамещающие технологии. В первую очередь рассматриваются те заболевания, частота которых максимальна и которые были причиной не менее 90% всей оказанной медицинской помощи.

Для проведения стоимостной оценки используются клинко-статистические группы однородных заболеваний, расчет стоимости которых осуществляется с учетом стандартов медицинской помощи и нормативной (рыночной) стоимости ресурсов, необходимых для выполнения данных стандартов.

Спрос на медицинскую помощь в денежном выражении по «основным» диагнозам определяется по половозрастным группам пациентов.

С учетом демографической структуры это позволяет определить объективные, не зависящие от деятельности медицинской организации, нормативы подушевого финансирования для *i*-ой группы населения по *j*-ой клинко-затратной группы.

Эти нормативы (P<sub>ij</sub>) отражают спрос населения на различные медицинские технологии первичной помощи при различных группах заболеваний и могут использоваться как подушевые нормативы финансирования без фондодержания.

Данный подход по формированию и применению подушевых нормативов финансирования позволяет, используя единые группы нормативов, формировать задание для конкретной медицинской организации, применяя следующую формулу:

$$Fn = \sum (P^{1ij} \cdot Nnij),$$

где:

F<sup>n</sup> – финансовый план *n*-ой медицинской организации;

P<sup>ij</sup> – подушевой норматив;

N<sub>nij</sub> – численность «прикрепленного» (обслуживаемого) населения.

Таким образом, подушевой норматив имеет две составляющие: по первичной и вторичной медицинской помощи.

Так как оба показателя имеют одинаковую структуру, но отличаются по величине для *i*-х половозрастных групп и *j*-х групп заболеваний, то появляется возможность «настройки» подушевого норматива по комплексной медицинской услуге с учетом ресурсного потенциала медицинской организацией с разной «глубиной» фондодержания. Это, в свою очередь, позволяет адекватно оценивать финансовые риски конкретной медицинской организации (в том числе при изменении структуры прикрепленного населения или при освоении новых

медицинских технологий).

Экспертная группа информационного центра «МЦФЭР-Медицина»

#### КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ (КОЭФФИЦИЕНТ) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ПРИ ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОГО СОСТАВА НАСЕЛЕНИЯ НА ОБЪЕМ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ?

Согласно авторской методике В.М. Шиповой и А.Н. Плутинского, основой для оценки влияния возрастного-полового состава населения на объем медицинской помощи является перевод показателей обращаемости за тем или иным видом медицинской помощи в коэффициенты, относительные единицы.

Такой прием применяется, когда относительные величины меняются, а тенденции соотношения данных остаются.

Г.А. Попов применил этот подход для определения сложившихся диспропорций между отдельными формами лечебно-профилактического обслуживания, а также для установления единых и сопоставимых измерителей его объема с учетом особенностей возрастного-половой структуры населения отдельных административных территорий.

Основываясь на публикациях Корчагина В.П., методических рекомендациях НИИ им. Семашко, при разработке коэффициентов рекомендуется принимать за единицу не средний показатель, который складывается из структуры потребления медицинской помощи и возрастного-половой структуры населения, а данные в определенной возрастного-половой группе.

Экспертная группа информационного центра «МЦФЭР-Медицина»

#### ВОЗМОЖНА ЛИ КОРРЕКЦИЯ НОРМАТИВОВ ОБЪЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ОМС В РАМКАХ УСТАНОВЛЕННОГО ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ?

Да, возможна.

Согласно разъяснениям, данным Минздравом России в Письме от 01.08.2014 № 11-9/102-5783, при формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, учитываются особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики, а также климатические и географические особенности региона, транспортная

доступность медицинских организаций, плотность населения на территории субъекта Российской Федерации. В рамках установленного подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации вправе корректировать нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, с учетом указанных региональных особенностей.

При этом территориальная программа обязательного медицинского страхования должна быть сбалансирована в части нормативов объема предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденные территориальной программой обязательного медицинского страхования, не должны быть ниже соответствующих нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

Эксперты электронного продукта

#### УЧИТЫВАЕТСЯ ЛИ В НОРМАТИВАХ ОБЪЕМА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТОЛЬКО ТА ПОМОЩЬ, КОТОРАЯ ОКАЗЫВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВУЮЩИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ?

Частью 7 ст. 33 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ установлено, что в целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме. В то же время, закон не ограничивает место оказания неотложной помощи только такими подразделениями.

В гл. V Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932) утверждены средние нормативы объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме. Программой не установлено такого условия, как оказание неотложной помощи в конкретных отделениях медицинской организации.

Экспертная группа информационного центра «МЦФЭР-Медицина»

#### В КАКОМ ПОРЯДКЕ МОГУТ ВНОСИТЬСЯ ИЗМЕНЕНИЯ В РАСПРЕДЕЛЕННЫЕ ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Субъектом инициативы по внесению изменений в распределенные объемы медицинской помощи могут быть орган государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации, медицинские организации, территориальный фонд ОМС. Данные предложения по внесению изменений в распределенные объемы медицинской помощи представляются секретарем Комиссии по разработке территориальной программы ОМС на заседание данной Комиссии.

Сами предложения от субъекта инициативы по внесению изменений должны отвечать критериям необходимости и обоснованности, установленным в п. 5 информационного письма Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/102-9388 и должны базироваться на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц. Эти требования установлены п. 8 Приложения № 1 к Правилам ОМС, утвержденным Приказом Минздрасоцразвития России от 28.02.2011 № 158.

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

#### ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО ТФОМС ВНОСИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В РАСПРЕДЕЛЕННЫЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ОБЪЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СУЩЕСТВЕННО ИХ УМЕНЬШАЯ?

ТФОМС не имеет права вносить изменения в распределенные медицинской организацией объемы предоставления медицинской помощи.

Оплате за счет средств ОМС подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой (п. 123 Правил обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздрасоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158). Таким образом, корректировка установленного объема медицинской помощи является допустимой.

Однако, объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи на основании решения соответствующей комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (ч. 10 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Законодательство не наделяет ТФОМС полномочиями самостоятельно вносить какие-либо изменения в распределенные объемы медицинской помощи. Это может сделать только комиссия по разработке территориальной программы ОМС. Таким образом, ТФОМС не имеет право вносить изменения в распределенные медицинской организацией объемы предоставления медицинской помощи.

**Эксперты электронного продукта**

#### УЧИТЫВАЮТСЯ ЛИ В НОРМАТИВАХ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫЕЗДЫ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Выезды, не связанные с оказанием экстренной медицинской помощи, включены в нормативы объема скорой медицинской помощи.

Средние нормативы объема медицинской помощи для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, составляют 0,3 вызова на 1 застрахованное лицо (гл. VI Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382).

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи и структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением скорой специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), по базовой программе ОМС определяется, исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой (0,3 вызова на 1 застрахованное лицо) и численности застрахованных лиц (Письмо Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в

амбулаторных и стационарных условиях в отделениях скорой медицинской помощи поликлиник, больниц, больниц скорой медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, выезды бригады скорой медицинской помощи не связаны с оказанием экстренной медицинской помощи, учитываются в нормативах объемов скорой медицинской помощи.

**Эксперты электронного продукта**

#### ПРОВОДЯТСЯ ЛИ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОМС?

Ч. 6 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ определяет, что в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

1. инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
2. новообразования;
3. болезни эндокринной системы;
4. расстройства питания и нарушения обмена веществ;
5. болезни нервной системы;
6. болезни крови, кроветворных органов;
7. отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
8. болезни глаза и его придаточного аппарата;
9. болезни уха и сосцевидного отростка;
10. болезни системы кровообращения;
11. болезни органов дыхания;
12. болезни органов пищеварения;
13. болезни мочеполовой системы;
14. болезни кожи и подкожной клетчатки;
15. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
16. травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
17. врожденные аномалии (пороки развития);

18. деформации и хромосомные нарушения;
19. беременность, роды, послеродовой период и аборт;
20. отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Частью 1 ст. 40 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ под медицинской реабилитацией понимается комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развивающегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

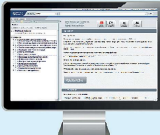
Конкретные виды мероприятий по медицинской

реабилитации в программах ОМС не указаны. В настоящее время действует Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р, которым установлен перечень мероприятий медицинской реабилитации, предоставляемых инвалиду в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, и их составной частью являются базовые и территориальные программы ОМС.


Исходя из вышеназванного распоряжения, в мероприятиях по медицинской реабилитации в программах ОМС включаются: восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование предоставляемые в рамках первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическую помощь, скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированной медицинской помощи по перечню, указанному в территориальных программах ОМС.

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

## Электронная система «Экономика ЛПУ»



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



Закажите тестовый доступ на [www.elpu.ru](http://www.elpu.ru)



**Федеральный фонд  
обязательного  
медицинского страхования**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (499) 973-4455, факс: (495) 987-0380 (доб. \*7516)

17.02.2016 № 1181/26/и

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Директорам  
территориальных фондов  
обязательного медицинского  
страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования по вопросу использования средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, связанных с проведением специальной оценки условий труда, сообщает.

В соответствии с частью 2 статьи 8 Федерального закона от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» (далее – Федеральный закон № 426-ФЗ) указанная оценка условий труда проводится совместно работодателем и организацией или организациями, соответствующими требованиям статьи 19 Федерального закона № 426-ФЗ.

Среди требований к организации, проводящей оценку условий труда, пунктом 3 части 1 статьи 19 Федерального закона № 426-ФЗ установлено наличие в качестве структурного подразделения указанной организации испытательной лаборатории (центра), которая аккредитована в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Таким образом, оборудование и техника, необходимые для проведения специальной оценки условий труда, приобретаются организацией, проводящей указанную оценку.

При этом в соответствии с частью 3 статьи 22 Федерального закона № 426-ФЗ порядок и размер оплаты выполнения работ, оказания услуг организациями, проводящими специальную оценку условий труда, определяются гражданско-правовыми договорами.

Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н, расходы на выполнение работ, оказание услуг в соответствии с гражданско-правовыми договорами, отнесены на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» Классификации операций сектора государственного управления (далее – КОСГУ).

Расходы медицинской организации, связанные оплатой договоров на приобретение (изготовление) объектов, относящихся к материальным запасам, в том числе имущества, функционально ориентированного на охрану труда и технику безопасности, отнесены на статью 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» КОСГУ.

Расходы медицинской организации, связанные с оплатой труда работников учреждения, занятых на тяжелых работах, работах с вредными, опасными и иными особыми условиями труда, в повышенном размере производимые по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда или специальной оценки условий труда, отнесены на подстатью 211 «Заработная плата» КОСГУ.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» расходы медицинских организаций, относимые на подстатью 226 «Прочие работы, услуги», статью 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» и подстатью 211 «Заработная плата» КОСГУ включены в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Председатель



Н.Н. Стадченко

Верховцова О.В.  
(495)987 03 80 (1103)



**Федеральный фонд  
обязательного  
медицинского страхования**

Панкратовский ул., 37, Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (499) 973-4455, факс: (495) 987-0380 (доб. \*7510)

17.02.2016 № 1195/26/и

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Директорам  
территориальных фондов  
обязательного медицинского  
страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в целях недопущения нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования на оплату проезда пациентов к месту получения сеансов гемодиализа сообщает.

В соответствии с пунктом 16 письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», направленного в субъекты Российской Федерации во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках первичной специализированной и специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования.

При этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включается в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, как направляющей, так и принимающей в целях получения застрахованным лицом сеанса гемодиализа медицинской организации.

Вместе с тем, в соответствии с частями 3 и 4 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать норматив финансового обеспечения базовой программы

обязательного медицинского страхования в случае установления условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» установлены случаи медицинской эвакуации пациентов выездными бригадами скорой медицинской помощи в медицинские организации для дальнейшего оказания им медицинской помощи, а также повод для вызова скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, распространяющиеся в том числе на медицинскую помощь пациентам с хронической почечной недостаточностью.

Расходы, связанные с медицинской эвакуацией застрахованных лиц бригадами скорой медицинской помощи, включаются в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.



Председатель

Н.Н. Сталченко

Верховодова О.В.  
(495) 987 03 80 (1103)



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**П Р И К А З**

24 декабря 2015 г. Москва № 271

О создании Контакт-центров в сфере  
обязательного медицинского страхования

В целях формирования системы персонализированного учета и контроля за рассмотрением обращений застрахованных лиц и результатам их рассмотрения, а также повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования

п р и к а з в а ю:

1. Утвердить Регламент работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования (далее – Регламент).
2. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:
  - 2.1. организовать деятельность Контакт-центров в субъекте Российской Федерации согласно прилагаемому Регламенту (срок – 01.06.2016);
  - 2.2. представить в Управление организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования информацию о ходе выполнения настоящего Приказа (срок - 01.04.2016).
3. Контроль за исполнением Приказа оставляю за собой.

Председатель

Н.Н. Стадченко

Приложение  
УТВЕРЖДЕН  
приказом Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от 24 декабря 2015 г. № 271

**РЕГЛАМЕНТ  
работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 1.1. Настоящий Регламент устанавливает порядок работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования (далее – Регламент, Контакт-центр).
- 1.2. Администратор Контакт-центра – работник территориального фонда обязательного медицинского страхования, назначенный приказом директора территориального фонда обязательного медицинского страхования ответственным за осуществление контроля работы с обращениями граждан, проведение аналитических работ и разработку предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи.
- 1.3. Участниками реализации Регламента являются территориальный фонд обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.
- 1.4. Информация о функционировании и режиме работы Контакт-центра размещается на официальных сайтах участников реализации Регламента, а также на информационных стендах медицинских организаций.
- 1.5. Регистрация и учет поступивших обращений, а также результатов их рассмотрения осуществляется в едином электронном журнале обращений граждан (далее – электронный журнал).
- 1.6. Электронный журнал – это совокупность записей в базе данных информационной системы.
- 1.7. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными в электронном журнале, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- 1.8. Организационно-техническое обеспечение Контакт-центра осуществляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд).

2

1.9. Финансовое обеспечение производится за счет средств Фонда, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации и иных источников, не запрещенных действующим законодательством.

## 2. ЗАДАЧИ

1. Основными задачами Контакт-центра являются:

- 2.1. организация защиты прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;
- 2.2. информирование граждан об их правах на получение качественной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования;
- 2.3. организация «обратной связи» с населением субъекта Российской Федерации для получения информации, касающейся вопросов обязательного медицинского страхования;
- 2.4. обеспечение объективного, всестороннего и своевременного рассмотрения обращений по вопросам медицинского страхования, а также пресечения нарушений законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

## 3. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ

3. Основными функциями Контакт-центра являются:

- 3.1. прием и рассмотрение обращений граждан;
- 3.2. оказание справочно-консультативной помощи гражданам;
- 3.3. принятие мер в случае неудовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях
- 3.4. обобщение и анализ обращений граждан с целью выявления системных проблем в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации с информированием органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- 3.5. проведение телефонных опросов граждан по итогам рассмотрения их обращений;
- 3.6. разработка предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, на основании аналитических материалов по обращениям граждан.

3

## 4. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИМИ ПО ТЕЛЕФОНУ «ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ»

4.1. «Горячая линия» представляет собой комплекс организационных мероприятий и технических средств, обеспечивающих возможность устного обращения граждан по телефону по вопросам в сфере обязательного медицинского страхования.

4.2. Для реализации работы «Горячей линии» Фонд выделяет линию с прямым городским и федеральным телефонным номером, привлекает организацию по обработке звонков на условиях аутсорсинга (далее – Call-центр) или организует интеграцию имеющихся служб информирования населения с многоканальными телефонами.

4.3. Обращения граждан поступают на бесплатный телефонный номер – 8-800-000-00-00 (далее – телефонный номер), работающий круглосуточно в режиме Call-центра (оператор 1-го уровня) с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков:

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

4.4. Оператор 1-го уровня – специалист Call-центра, непосредственно осуществляющий работу (сканирование входящих звонков, переадресация, фиксирование) с обращениями граждан, поступившими по телефону «Горячей линии», в соответствии со стандартами обслуживания.

4.5. Оператор 1-го уровня самостоятельно отвечает на вопросы граждан, носящие справочный и/или консультационный характер (типовые вопросы) в соответствии с утвержденными Фондом сценариями.

4.6. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, оператор 1-го уровня производит переадресацию обращения гражданина на соответствующего Оператора 2-го уровня по классификации вопроса.

4.7. Оператор 2-го уровня – назначенный приказом работник организации, участвующей в реализации Регламента, осуществляющий консультирование, принятие мер, подготовку отчетов о проведенной работе по поступившим обращениям граждан.

4.8. Обращения граждан, поступившие по телефону «Горячей линии», фиксируются Оператором 1-го уровня в едином электронном журнале и направляются Оператору 2-го уровня для дальнейшей работы с обращением или, в случае самостоятельного ответа на поставленные гражданином вопросы, – Администратору Контакт-центра.

4.9. Операторы 1-го и 2-го уровня после проведенной по обращению гражданина, поступившему по телефону «Горячей линии», работы заполняет соответствующие поля электронного журнала.

4.10. Администратор Контакт-центра осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефону «Горячей линии», осуществляемой Операторами 1-го и 2-го уровней, оценивает уровень их работы.

4.11. В случае если при рассмотрении обращения гражданина, поступившего по телефону «Горячей линии», требуется дополнительная информация, Оператор 2-го уровня вправе оформить поступившее обращение гражданина для отсроченного ответа, зафиксировав необходимую контактную информацию о гражданине.

4.12. Оператор 2-го уровня должен принять все необходимые меры для полного и оперативного ответа на поставленные вопросы, в том числе, с привлечением других лиц. В случае если для ответа на поставленные вопросы необходимо проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, либо дополнительных запросов в сторонних организациях Оператор 2-го уровня должен предложить гражданину обратиться за необходимой информацией в письменном виде.

4.13. По результатам работы с обращением гражданина, поступившим по телефону «Горячей линии», Оператор доводит до сведения гражданина информацию о принятых мерах по данному обращению.

4.14. В случае если в обращении гражданина, поступившем по телефону «Горячей линии», содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию участников Регламента, участвующих в работе «Горячей линии», гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться для разрешения интересующего вопроса.

4.15. Стороны осуществляют обмен информацией при организации работы Горячей линии с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации, регламентирующего отношения, связанные с обработкой персональных данных.

#### 5. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИМИ В ПИСЬМЕННОЙ ИЛИ УСТНОЙ ФОРМЕ НА ЛИЧНОМ ПРИЕМЕ, ПО ПОЧТЕ, ТЕЛЕГРАФУ, ФАКСИМИЛЬНОЙ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫМ СИСТЕМАМ ОБЩЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

5.1. Регистрация обращений, поступивших в письменной форме или форме электронного документа, осуществляется должностным лицом, назначенным

приказом руководителя организации, участвующей в реализации Регламента, путем создания регистрационно-контрольной карты в электронном журнале.

5.2. Регистрационно-контрольная карта (далее – РКК) – это совокупность записей базы данных информационной системы, содержащих поля для ввода информации в соответствии с поступившим устным (письменным) обращением.

5.3. С целью обеспечения организации и персонализированного учета работы с письменными обращениями в электронном журнале разграничение доступа к обращениям осуществляется следующим образом:

- Администратор Контакт-центра имеет доступ ко всем обращениям, находящимся на рассмотрении в Фонде и страховых медицинских организациях;
- страховые медицинские организации имеют доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в данной страховой организации;
- Фонд имеет доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в территориальном фонде.

#### 6. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ЕДИНОГО ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН

6.1. Участники реализации Регламента ведут электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе Фонда.

6.2. Необходимым условием ведения электронного журнала является возможность электронной базы вести автоматический учет и регистрацию технологических операций по введению данных с автоматическим присвоением порядкового номера каждому обращению граждан, а также формированием электронных записей, соответствующих форме электронного журнала, и формированием требуемых отчетных форм.

6.3. Круг ответственных лиц, имеющих право доступа и внесения информации в электронный журнал, определяется руководством организации.

6.4. В электронном журнале подлежат регистрации обращения граждан, поступающие в Фонд и страховые медицинские организации в письменной форме (по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования) или устной форме (на личном приеме, по «Горячей линии»).

6.5. На каждое обращение создается индивидуальная РКК.

6.6. При регистрации обращения, ответственный работник заполняет все поля электронной карточки, проверяет соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении, и нажимает кнопку «Сохранить».

6.7. После сохранения обращение приобретает статус «В работе» и подвешивается желтым цветом.

6

Работа с обращением осуществляется в режиме «Редактирование» внесения новых записей (заполнения полей). Если по обращению проведены все необходимые мероприятия, и заполнено поле «Принятые меры» - работа по обращению считается законченной, при этом цвет записи обращения в электронном журнале изменяется на «белый».

Информация, внесенная в поля, должна излагаться лаконичным и точным языком, позволяющим сделать однозначные выводы о проведенных мероприятиях.

6.8. Администратор Контакт-центра осуществляет контроль работы с обращениями граждан, осуществляет «закрытие» обращения, после чего редактирование внесенных в электронный журнал записей становится недоступным.

#### 7. ПОРЯДОК АНАЛИТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН И КОНТРОЛЯ

7.1. Фонд ежемесячно осуществляет проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан.

7.2. Администратор Контакт-центра ежеквартально подготавливает аналитические материалы о работе с обращениями граждан (письменными и устными), том числе по результатам контроля работы Операторов 1-го и 2-го уровней за отчетный период.

7.3. Аналитические материалы доводятся Администратором Контакт-центра до организаций, участвующих в работе телефона Горячей линии, в целях подготовки и направления медицинским организациям, органам местного самоуправления, иным организациям рекомендаций по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных лиц.



## ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

#### Редакционный совет:

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

Главный редактор:  
М.А. Сагулаев, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

#### Члены редакционного совета:

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

Э.Х. Дадаев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

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

А.А. Таймасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ТФОМС 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»

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Иститут-Медикал».  
Журнал издается ООО «Иститут-Медикал» №5000.

Номер подписан в печать 30.03.2016 г. Тираж 5000 экз.

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

© «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», 2016.

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

Регистрационный номер: ПИ М ТУ 20-00095.





ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
**СТРАХОВАНИЕ**  
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики