



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №4 (10)



**Коллегия Минздрава России  
«Об итогах работы Министерства в  
2014 году и задачах на 2015 год»**

**Эдгар Алиев: «Успешная работа  
системы ОМС – слагаемое усилий  
всех её участников»**

**Федеральный закон «О внесении  
изменений в Федеральный закон  
«О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского  
страхования на 2015 год и на  
плановый период 2016 и 2017  
годов»**

**ГЕРОЙ В БЕЛОМ ХАЛАТЕ**



«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. КАДИРОВ**



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

Министр здравоохранения Российской Федерации

**В.И. СКВОРЦОВА**



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

Председатель ФОМС

**Н.Н. СТАДЧЕНКО**



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
**СТРАХОВАНИЕ**  
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# СОДЕРЖАНИЕ:

Коллегия Минздрава России: «Об итогах работы Министерства в 2014 году и задачах на 2015 год»

**6**

От диспансеризации до ЭКО. Какие возможности даёт полис ОМС?

**16**

М.А. Сагдиев, М.В. Пирогов. Ресурсный калькулятор для экономической визуализации клинико-статистических групп заболеваний в 2015 году

**19**

Герой в белом халате

**25**

Эдгар АЛМЕР: «Успешная работа системы ОМС – слаженное усилие всех её участников»

**27**

Электронная система «Экономика ЛПУ». Ответы на вопросы от экспертов

**30**

«Поликлиника будет соответствовать всем необходимым стандартам»

**31**

О реализации программы «Земский доктор»

**33**

Диспансеризация (инфографика)

**35**

Врач, ученый, Человек!

**38**

Финансовое обеспечение деятельности в сфере ОМС

**42**

Обзор новостей в системе здравоохранения

**47**

# ДОКУМЕНТЫ:

Федеральный закон от 15 апреля 2015 г. «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»»

**51**

АКТУАЛЬНО



## КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ «ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ МИНИСТЕРСТВА В 2014 ГОДУ И ЗАДАЧАХ НА 2015 ГОД»

*На заседании итоговой Коллегии Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова выступила с докладом, в котором рассказала об основных направлениях развития здравоохранения.*

На заседании итоговой Коллегии Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова выступила с докладом, в котором рассказала об основных направлениях развития здравоохранения:

«Глубокоуважаемые члены Президиума, наши почтенные гости, глубокоуважаемые коллеги!

Сегодня мы подводим итоги прошедшего года. 2014-й год стал еще одним шагом в направлении улуч-

шения здоровья россиян, увеличения продолжительности их жизни, совершенствования российского здравоохранения.

Основные ориентиры, в соответствии с которыми мы двигались, были заданы Указами Президента РФ В.В. Путина, а также стратегическими документами Правительства Российской Федерации.

Прошедший год стал важным для построения в России нескольких принципиальных составляющих эффективной си-

стемы здравоохранения.

Прежде всего, мы укрепили профилактическое направление российской медицины. Напомним, что два года назад была возрождена ширококомасованная программа диспансеризации, представляющая собой программу направленных диагностических скринингов, которые к текущему моменту уже прошла почти половина населения страны – более 75 млн. человек.

Программа диспансеризации проводится в соответствии со специально разработанными регламентами, с учетом потребности разных возрастных групп населения. Она включает все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов и является основой для проведения индивидуализированной профилактики заболеваний по стратегии «высокого риска» и раннего выявления наиболее опасных заболеваний.

В 2014 году диспансеризацию прошли 40,1 млн. человек, в том числе 22,4 млн. взрослых и 17,7 млн. детей.

По итогам диспансеризации взрослых, к 1-ой группе здоровья (практически здоровых) отнесены около 33% населения, ко 2-ой группе (лиц с высоким риском смерти при скрытом течении болезни) – 21%, к 3-й группе (лиц с хроническими заболеваниями) – 46%.

В ходе обследования у каждого 12-го взрослого россиянина (1,6 млн. человек) выявлены сердечно-сосудистые заболевания, у каждого сотого (почти 200 тыс. человек) – хронические бронхо-легочные заболевания, у каждого двухсотого (более 100 тыс. человек) – сахарный диабет.

Значительно (на 40 – 69%) повысилась, по сравнению с 2013 годом, активная выявляемость онкологических заболеваний.

При этом важно отметить, что ранняя активная выявляемость (на 1–2-й стадиях рака) также значительно выросла и достигла 72% от всех случаев. Только при раках репродуктивной сферы у женщин это позволило сохранить 15 тыс. жизней.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен, в том числе, за счет активного использования выездных форм работы. В 2014 году в субъектах Российской Федерации использовались более 2 900 передвижных медицинских комплексов – центров здоровья, врачебных амбулаторий и ФАПов, флюорографов, маммографов и лабораторий. С использованием передвижных медицинских комплексов диспансеризацию прошли более 583 тыс. человек.

В целях сохранения и укрепления здоровья граждан, формирования здорового образа жизни, раннего выявления факторов риска и их индивидуальной коррекции в 2014 году работало уже 760 центров здоровья (их число увеличилось за 2 года в 2,4 раза). В них обратились более 4,7 млн. человек, что на 600 тыс. человек больше, чем в 2013 году. Все обратившиеся получили индивидуальные планы по оздоровлению и коррекции факторов риска.

Работа по формированию здорового образа жизни была продолжена и путем совершенствования нормативных правовых актов, а также реализации мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потребления та-

бака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ.

С 1 июня вступил в силу второй пакет положений по ограничению курения табака, установленных Федеральным законом № 15–03.

**По данным опроса Фонда общественного мнения, проведенного в июне 2014 года, 8 из 10 россиян (в том числе, полагая курильщиков и 9 из 10 бывших курильщиков) положительно оценивают принятые государством меры. И эти меры дают результат. По данным Росстата, с 2008 года число курильщиков уменьшилось на 17%.**

Решительная антитабачная политика нашей страны высоко оценена международным сообществом: в октябре 2014 года в Москве состоялась Шестая сессия Конференции сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака – одно из самых значительных глобальных мероприятий в сфере здравоохранения, собравшая представителей высокого уровня из более, чем 170 государств. Россия была единогласно избрана председателем ведущей в Конвенции на очередной двухлетней сессии.

Положительные изменения наблюдаются и в плане отказа от алкогольной зависимости. За период с 2008 года по 2014 год отмечено снижение более чем на 27% среднегодового потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь с 16,2 литров до 11,5 л).

За этот же период вдвое увеличилось число россиян, регулярно занимающихся спортом, которое в 2014 году превысило 29,3 млн. человек.

Уважаемые коллеги!

Все профилактические мероприятия проводятся на базовом уровне здравоохранения – в первичном звене. Одной из важнейших задач, поставленных перед собой Министерством в 2014 году, стало совершенствование первичной медико-санитарной помощи и повышение ее доступности.

В 2014 году существенно укрепилась инфраструктура первичного звена здравоохранения, в том числе в сельской местности и на удаленных территориях. За год открыты 171 ФАП, 157 фельдшерских пунктов, 508 офисов врачей общей практики и 148 врачебных сельских амбулаторий.

Общее число медицинских подрайонов, оказывающих первичную медицинскую помощь сельскому населению, увеличилось, по сравнению с 2011 годом, на 3270 (или 7,5%). При этом почти вдвое выросла доля врачебных подрайонов – с 12,4% в 2011 году до 23,5% в 2014 году, что, безусловно, отражает повышение квалификации медицинской помощи.

Существенно окрепла и сеть сельских и поселковых больниц. По сравнению с 2011 годом, их число увеличилось более чем на треть, – превесив 3 тысячи.

Это стало возможным, благодаря увеличению на 7,6 тысячи числа врачей, работающих в региональных и муниципаль-

ных учреждений здравоохранения.

Только в рамках программы «Земский доктор» в 2014 году привлечено для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках 3,3 тыс. молодых специалистов. В результате, обеспеченность сельского населения врачами выросла на 17,5% с 2011 года.

В целом, в стране за 2014 год число амбулаторно-поликлинических посещений превысило 1 млрд. При этом треть от общего числа посещений.

Дорогие друзья!

Именно первичное звено определяет уровень удовлетворенности населения отечественной медициной.

Общая картина свидетельствует о том, что уровень первичной медицинской помощи становится более профессиональным, а сама помощь – более доступной, что подтверждают и результаты опроса населения. По данным ВЦИОМ, удовлетворенность повысилась за 2014 год с 35 до 44%.

Тем не менее, до настоящего времени в первичном звене у нас сохраняется много проблем – это и недостаток медицинских работников, и неэффективное распределение функциональных обязанностей врача и медицинской сестры, и другие организационные недоработки, а порой и бездушное и грубое отношение к людям.

Одной из ключевых мер по совершенствованию работы первичного звена в 2014 году явился перестроив профессорско-педагогический состав и медицинский персонал, направленный на дополнительное вовлечение среднего медицинского персонала в процесс профилактического и диспансерного наблюдения за прикрепленным населением, активный патронаж, а также в проведение медицинской реабилитации и оказания паллиативной медицинской помощи.

В 10 «пилотных» регионах отработаны эффективные модели организации работы первичного звена с созданием междисциплинарных патронажных групп, внедрением стринговых обходов и приемов населения с хроническими заболеваниями, что высвобождает врача для работы, требующей действительно врачебной квалификации.

**В прошедшем году мы завершили фотохронометражные исследования работы врачей и мед. сестёр первичного звена в 17 регионах страны, которые не проводились с 1981 года. В исследовании принимали участие участковые педиатры, терапевты, врачи общей практики, а также специалисты первичного звена – неврологи, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи и медицинские сестры.**

По результатам, Министерством был полностью пересмотрен и существенно сокращен документооборот врача.

Устранение сложившихся многолетних неэффективных трудозатрат, связанных с излишним документооборотом, позволило высвободить до 25% рабочего времени врача и за счет этого увеличить нормативы времени приёма пациента.

При этом следует подчеркнуть, что устанавливаемые средние нормативы на осмотр одного пациента адресованы только организаторам здравоохранения для планирования амбулаторного приема, но не должны ограничивать работу врачей. Практикующий врач должен принимать пациента столько, сколько необходимо, с учетом состояния его здоровья.

В 2015 год продолжает все начатые преобразования.

В наши планы включено существенное развитие дистанционного наблюдения за лицами из групп риска, повышение эффективности профилактических программ, внедрение позитивного опыта по расширению функций среднего медицинского персонала, продолжение процесса компьютеризации рабочих мест врачей.

В этом году мы впервые проведем независимый рейтинг амбулаторно-поликлинических организаций, основанный не только на показателях доступности и качества медицинской помощи, но и оценке доброжелательности и чуткости медицинских работников.

Важнейшим приоритетом деятельности российского здравоохранения остается развитие службы охраны материнства и детства.

В 2014 году в 3 раза, по сравнению с 2011 годом, был расширен бесплатный пренатальный скрининг на пороки развития плода, который охватил уже более 77% беременных женщин.

Неонатальный скрининг на 5 наследственных заболеваний был проведен более 95% новорожденных. Все выявленные 1 257 детей с врожденными наследственными заболеваниями взяты на диспансерный учет и получают необходимое лечение.

При аудиологическом скрининге были выявлены 1090 детей, требующих кохлеарной имплантации. Все они были успешно прооперированы.

Хотелось бы напомнить, что еще несколько лет назад в нашей стране проводились лишь единичные подобные операции, а сейчас мы вышли на устойчивое 3-е место в мире по числу кохлеарных имплантаций после США и Германии.

В прошедшем году Минздравом России впервые в реалитацию пациентов после кохлеарной имплантации была включена услуга по замене речевого процессора, закрепленная соответствующим стандартом.

Особым достижением отечественного здравоохранения явилось освоение всех самых современных методов выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. В созданных 23 перинатальных центрах глубоко недоношенные дети не только выживают, но и получают возможность нормального развития. Инвалидность среди новорожденных не выросла.

Нам удалось решить и еще одну сложную задачу – обеспечить здоровое материнство женщинам из групп риска, в том числе живущим с ВИЧ. Сегодня в России практически полностью остановлена вертикальная передача ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

Успешно вынашивают беременность женщины, страдаю-



щие тяжелым сахарным диабетом, а также перенесшие трансплантацию органов.

Проведенная комплексная работа позволила России достичь в 2014 году 4-й и 5-й Целей развития тысячелетия ООН – снизить показатели детской и материнской смертности на 1000 родившихся живыми в 3 и 4,5 раза, соответственно, по сравнению с 1990-м годом.

Смертность детей на дому за один 2014 год снизилась на 43% а среди детей до года – на 29%.

Младенческая смертность достигла наиболее низких значений за всю историю нашей страны, составив 7,5 на 1000 родившихся живыми на конец 2014 года, а, по результатам январь-февраля 2015 года, – уже 6,3, что на 23% ниже показателя 2013 года.

С прошлого года, по поручению Президента Российской Федерации, осуществляется строительство дополнительных 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации. Эта работа должна быть завершена в 2016 году. Но уже в текущем году, досрочно, будут открыты перинатальные центры в Нижегородской и Белгородской областях.

Уважаемые коллеги!

Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения

позволило уже сегодня не только городским, но и сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных центрах.

Благодаря внедрению правильной маршрутизации скорой помощи, число больных с острой сосудистой патологией, госпитализированных в учреждения 2–3-го уровня (сосудистые отделения и центры), увеличилось только за последние два года почти в 2 раза (на 92%).

Прямой результатом этого явилось снижение смертности от болезней системы кровообращения за тот же период на 11,3%.

Важнейшим направлением нашей работы является расширение возможности получения бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи каждым гражданином страны.

Включение в 2014 году 459 методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования обеспечило повышение доступности ВМП для всего населения страны. Число пролеченных больных за один год увеличилось на 41% – с 505,5 тыс. до 715,6 тыс. человек.

При этом почти 80% больных, получивших ВМП в рамках базовой программы ОМС, были пролечены в региональных



учреждения.

Это стало возможным, благодаря увеличению числа медицинских организаций, оказывающих бесплатно для населения высокотехнологичную помощь, – в 2,6 раза с 2011 года (с 252 до 675), в том числе в 3,4 раза – региональных (461).

Значимо сократилось среднее время ожидания ВМП: если в 2009 году оно составляло и для взрослых, и для детей 93 дня, в 2012 году – 41 и 35 дней соответственно, то в 2014 году оно составило 21 день для взрослых и 14 дней для детей.

Особо следует отметить, что расширились возможности для применения высоких хирургических технологий у людей старшего трудоспособного возраста (их доля увеличилась до 49%).

Среди получивших ВМП повысилась и доля пациентов, проживающих в сельской местности, которая впервые составила 26%, т.е. вышла на уровень представленности сельских жителей в структуре населения страны. Это показывает, что впервые ВМП стала действительно равнодоступной.

В 2014 году ВМП начала оказываться и в экстренной форме. Так, проведено более 61 тыс. экстренных стентирований сосудов, что, безусловно, внесло свой вклад в снижение суцидальной смертности.

С 2015 года все виды ВМП обеспечиваются по полному тарифу за счет средств ОМС.

Для реализации указанного механизма в 2014 году разработаны 94 клинико-статистические группы для оплаты ВМП, в том числе 64 группы – для оплаты методов, не включенных в

базовую программу ОМС. Определена стоимость по полному тарифу для каждой группы, что утверждено Программой Государственных гарантий на 2015–2017 годы.

По расчетам, в 2015 году мы сможем, как минимум, сохранить объемы ВМП на достигнутом уровне. Однако это возможно при условии удержания цен на импланты, лекарственные препараты и запасные части к медицинской технике, что входит в число важнейших антикризисных мер.

Несмотря на напряженные экономические условия, расходы на здравоохранение в 2015 году увеличились на 216,4 млрд рублей, по сравнению с прошлым годом, или на 8,4%.

При этом бюджет фонда ОМС вырос на 24%, или более чем на 295 млрд рублей, превысив 55% от общего объема средств на здравоохранение.

Подушевой финансовый норматив Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 2015 году увеличился на 12,7% до 11,6 тыс. рублей.

В 2014 году мы вернулись к единой тарифной политике на территории страны. Во всех регионах начали внедряться наиболее эффективные методы оплаты медицинской помощи.

Внедрение клинико-статистических групп привело к значительному снижению межрегиональной дифференциации тарифов – с более чем 50% в 2011 году до менее 20% в 2014 году, а также к сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре на 10% и повышению эффективности управления структурой госпитализаций.

**По Поручению Президента Российской Федерации, в 2014 году был реализован пилотный проект по информированию застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости. Начавшись в 5 регионах, за 3 месяца пилотный проект охватил 64 региона. Это позволило обеспечить пациентов объективной информацией о затратах государства за оказанную медицинскую помощь и, тем самым, повлиять на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья.**

Пилотный проект способствовал также улучшению учетной дисциплины и качества планирования в медицинских организациях, предупреждению коррупционных проявлений и обеспечению защиты интересов пациентов.

С 1 января 2015 года информирование застрахованных лиц осуществляется уже во всех субъектах Российской Федерации.

В 2014 году внесены изменения в законодательство об охране здоровья граждан и ОМС, предусматривающие заключение трехсторонних соглашений по реализации территориальных программ государственных гарантий между Минздравом России, ФФОМС и высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, что направлено на повышение ответственности всех сторон за обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению.

Заключенные трехсторонние соглашения в перспективе должны предупреждать принятие регионами заведомо дефицитных и дисбалансированных территориальных программ государственного финансирования при нарушении утвержденного Порядка предоставления подушевого финансового норматива и нормативов оказания медицинской помощи.

Коллеги!

Во исполнение Указов и поручения Президента и Правительства Российской Федерации, Министерством здравоохранения, совместно с субъектами Российской Федерации, разработаны и согласованы региональные целевые программы развития отрасли, включающие основные показатели эффективности, учитывающие региональные особенности структуры заболеваемости и смертности, а также другие демографические, социально-экономические и климато-географические особенности.

За 2014 год существенно расширилось применение ресурсосберегающих стационар-замещающих технологий диагностики и лечения. Число мест в дневных стационарах увеличилось на 19 тыс., или 8%, а число пролеченных в них больных – на 800 тыс. (или 11,4%). Объем амбулаторной хирургии возрос за один год почти на 23%.

Важно отметить, что это не привело к снижению оперативной активности и в круглосуточных стационарах. Напротив, она увеличилась более чем на 60 тыс. человек и, как мы уже видели, в ней значительно увеличилась доля высоких технологий. Однако это было достигнуто на меньшем количе-

стве коек при повышении эффективности их работы! Одновременно, более чем в два разаросло число коек для оказания паллиативной медицинской помощи.

Как результат, число умерших на дому в 2014 году снизилось на 11,2%, по сравнению с 2011 годом.

Повышение эффективности работы инфраструктуры здравоохранения привело к экономии более 4 млрд. рублей, которые были направлены на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и другие нужды.

Дорогие друзья!

Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что сокращение коечного фонда – не самоцель.

Все структурные преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе и за счет сокращения неэффективных затрат.

Общие объемы медицинской помощи населению не сокращаются, а доля наиболее эффективных современных медицинских технологий в них значительно нарастает.

Важно, чтобы шаги по инфраструктурной оптимизации отрасли были тщательно продуманными и профессиональными, разбалансированными и населению, и медицинскому сообществу.

Одним из ресурсосберегающих направлений развития отрасли является государственно-частное взаимодействие. По данным ФФОМС, к началу 2015 года количество частных организаций, работающих в системе ОМС, увеличилось в 2,6 раза, по сравнению с 2011 годом, и достигло 1948 (23,4% от всех организаций).

Сегодня нет законодательных или нормативных ограничений для участия частных лицензированных медицинских организаций в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Это серьезная поддержка государству. Мы приветствуем развитие частных гемодиализных и ПЭТ-центров, офисов врачей общей практики, клинико-диагностических подразделений, работающих по тарифам ОМС, которые стали уже не просто достаточноными, но экономически привлекательными.

Уважаемые коллеги!

Важнейшее условие эффективной работы отрасли – это обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами. По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях субъектов Российской Федерации работало 526,4 тыс. врачей и почти 1 млн. 221,7 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием.

В 2014 году Минздравом разработаны базовые профессиональные стандарты по 8 основным направлениям подготовки врачей, на основе которых с 2016 года будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов.

Для достижения практико-ориентированности проведения корректировки более 190 типовых образовательных программ по всем медицинским дисциплинам. Разработано 94 федеральных государственных образовательных стандар-



та для обучения в ординатуре и основные образовательные программы для них.

В подведомственных учреждениях создано более 70 симуляционных тренинговых центров.

За год по программам повышения квалификации подготовлено около 200 тыс. врачей.

Минздравом, совместно с Советом ректоров медицинских вузов и профессиональным сообществом, начата реализация Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

В 12 регионах страны стартовал «пилотный» проект по дистанционному образованию участников терапевтов, педиатров и врачей общей практики с использованием системы зачетных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций Минздрава, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций и более 500 медицинских специалистов.

В рамках реализации Послания Президента Российской Федерации, с 1 сентября 2015 года система непрерывного профессионального образования специалистов будет дополнена внедрением образовательного сертификата, позволяющего каждому врачу выстраивать индивидуальную образовательную траекторию и самостоятельно определять медицинские образовательные или научные учреждения для бесплатного прохождения образовательных программ, стажировок и тренингов. Финансирование будет осуществля-

ся из специально сформированного в системе ОМС резерва за счет перераспределения 50 % средств, полученных страховыми медицинскими организациями по результатам контрольных мероприятий.

Для унификации смыслового наполнения медицинской помощи, за 2013–2014 годы главными внештатными специалистами Минздрава, совместно с проффильными медицинскими сообществами, было разработано более 1050 клинических рекомендаций (или протоколов) по основным направлениям медицины, а за 2015 год мы планируем довести их число до 1300.

Именно клинические рекомендации являются профессиональными матрицами для обновления образовательных программ и критериев аккредитации специалистов к профильной медицинской деятельности.

Благодаря широкому внедрению целевой подготовки (более 50% всех бюджетных мест) и повышению ее эффективности свыше 85%, за последние годы в отрасли начал вытесняться кадровый дисбаланс. Важную роль в его устранении играет рост социального статуса и уровня материального обеспечения медицинских работников.

В целом по Российской Федерации, за 2014 год средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих иное высшее образование, увеличилась на 9,4 % и достигла 46,2 тыс. рублей (или 141,8 % к средней зарплате), а среднего медицинского (фармацевтического)

персонала – на 9,2% до 26,3 тыс. рублей (или 80,7 % к средней зарплате). Не вызывает особых опасений задача удержания достигнутые значения и в 2015 году.

Вместе с тем проведенные Минздравом и Росздравнадзором проверки по жалобам граждан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходными уровнем квалификации, стажем и должностью существенно образом различаются. В некоторых случаях – до 9 раз. И это, несмотря на высокую степень стандартизации в отрасли.

Причиной данного дисбаланса является низкая доля фиксированной части дохода (оклада) в структуре зарплат, которая составляет от 15 до 30 %, при несоблюдении высокой доле стимулирующих выплат – более 50%; распределение которых часто субъективно.

На основе положительного опыта «пилотных регионов», совместно с Минздравом труда и социальной защиты, представителями Федерации независимых профсоюзов и Центрального Комитета профсоюза работников здравоохранения, мы разработали рекомендации субъектам Российской Федерации по внедрению новых подходов к формированию заработной платы с увеличением доли оклада до 55–60%.

В настоящее время во всех субъектах Российской Федерации проводится работа по изменению структуры заработной платы медицинских работников.

Уже сейчас можно констатировать, что межрегиональная дифференциация в уровнях средней зарплат в врачей уменьшилась с 3,2 раза до 1,4 раза, а среднего медицинского персонала – с 2,5 раза до 1,7 раза.

Однако еще в 56 регионах доля оклада в структуре заработной платы врачей и медицинских сестер остается ниже 30%.

Уважаемые коллеги! Убедительная просьба со всей ответственностью подойти к решению данного вопроса! Прошедший год был знаменателен и в части совершенствования лекарственного обеспечения населения.

Пересмотрен Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Для этого был утвержден Порядок формирования Перечня, предусматривающий прозрачную процедуру включения (или исключения) лекарственных препаратов на основе оценок его эффективности, доказательности этих оценок и фармако-экономического анализа. Впервые решения принимались на заседаниях Комиссии, которые, в целях открытости, транслировались в сети «Интернет» на официальном сайте Минздрава России.

Важно отметить, что, в соответствии с утвержденным Порядком, пересмотр Перечня теперь осуществляется на основании заявления самих производителей, что делает всю процедуру более динамичной и отвечающей требованиям современности.

Перечень ЖНВЛП на 2015 год расширен до 608 международных непатентованных наименований, что составляет более 20 тыс. торговых наименований, цены на которые регулируются государством.

**В 2014 году был принят подготовленный Министерством здравоохранения Федеральный закон № 429-ФЗ «Об внесении изменений в закон «Об обращении лекарственных средств», которым рассмотрены системные изменения в части оптимизации процедуры регистрации лекарственных средств и регулирования цен на лекарственные препараты.**

Вступление в силу в 2015 году этих масштабных поправок создает необходимые условия для качественного лекарственного обеспечения населения страны и ускоренного введения в оборот современных лекарственных препаратов, особенно отечественного производства.

Прошедший год остро поставил еще одну проблему – проблему доступности обезболивания для тех, кто в нем нуждается. Эта проблема существовала многие годы, так как правовая база по наркотическим обезболивающим не менялась с 1998 года.

В настоящее время доступность наркотических анальгетиков для граждан существенно возросла:

расширены до 3-месячных доступные нормы запасов наркотических анальгетиков для аптек на селе и в труднодоступных районах;

разрешена выписка рецептов на наркотические анальгетики исключительно терапевтом без привлечения онколога, продлен срок действия выданного рецепта с 5 до 15 дней, увеличены нормы выдачи пациенту наркотических анальгетиков.

Кроме того, Министерством подготовлен проект приказа, которым предусматривается упрощенный отпуск лекарственных средств для пациентов не только законными представителями, но и другими родственниками и социальными работниками.

Важнейшим направлением нашей совместной работы является информатизация здравоохранения.

По данным на 1 января 2015 года, в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тыс. медицинских организаций Российской Федерации (более 30%), где фиксируются медицинские записи по 15,8 млн. пациентов. Это позволяет медицинским организациям вести учет разрозненных, отклоненных, отмененных и реализованных вызовов, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогнозирование количества посещений и выстраивать расписания врачей.

В рамках развития федеральной системы «Интергироваанная электронная медицинская карта» реализованы функциональные возможности передачи и централизованной обработки результатов лабораторных и других диагностических исследований, фиксации и хранения протоколов, а также двустороннего автоматического наполнения Нозологических регистров.



К федеральному сервису «Федеральная электронная регистрация» за прошедший год подключено более 2 тыс. медицинских организаций, передающих в систему расписания работы 51 тыс. врачей, ежегодно обслуживающих 31 млн. заявок на прием к врачу и вызовов врача на дом.

Получила развитие и Федеральная электронная медицинская библиотека, которая была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки (более 500 тыс. библиографических записей).

Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам (более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов).

Совместно с Фондом социального страхования, Астраханской и Белгородской областями, Минздрав начал реализацию «пилотного» проекта по переводу в электронный вид листа нетрудоспособности.

С Московской и Тюменской областями проработан «пилотный» проект по реализации электронных рецептов на лекарства.

В течение года, совместно с 22 регионами, осуществлялись мероприятия по оснащению станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

В интересах организации бесперебойной, своевременной и современной медицинской помощи на дорогах России, Минздравом, Минтрансом и Некоммерческими партнерством ГЛОНАСС реализовано и отработано в пилотных регионах

(Костромская и Пензенская области) автоматизированное взаимодействие Системы диспетчеризации санитарного автотранспорта и Системы единого вызова 112.

Уважаемые коллеги!

Эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, системы быстрого внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение.

И должна отметить, что в этом направлении удалось добиться определенных результатов.

В 2014 году Министерством был разработан принятый в настоящее время Федеральный закон по организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации новых методов диагностики и лечения. В соответствии с ним, впервые в нашей стране внедряются принципы трансляционной медицины – «мостика» между наукой и практикой, создаются механизмы обновления клинических рекомендаций, а, следовательно, тиражирования инновационных технологий.

За год суммарный импакт-фактор научных медицинских публикаций увеличился на треть, что свидетельствует о растущей востребованности полученных результатов как внутри страны, так и за рубежом. При этом в подведомственных Минздраву учреждениях более чем вдвое увеличилось число научных сотрудников, имеющих высокий индекс Хирша (более 10).

Нельзя не отметить существенного омоложения состава научных сотрудников: доля сотрудников в возрасте до 39 лет возросла на 7%.

**2015 год должен придать серьезный стимул инновационному развитию медицины. По Поручению Президента Российской Федерации, создаются вертикально-интегрированные профильные медицинские системы во главе с национальными научно-практическими медицинскими центрами, предназначенными для осуществления научно-методического и экспертного руководства профильными подразделениями здравоохранения страны.**

В Государственную Думу внесен долгосрочный законопроект «О биомедицинских клеточных продуктах», который готовился и обсуждался 5 лет и должен обеспечить безопасное для пациентов применение новых высокоэффективных лечебных технологий.

Говоря о прошедшем 2014 году, нельзя не сказать о двух выдающихся событиях, его ознаменовавших.

В 2014 году состоялся XII Олимпийские зимние игры и XI Паралимпийские зимние игры в Сочи.

Международный Олимпийский комитет и Паралимпийский комитет высоко оценили организацию оказания медицинской помощи участникам и гостям зимних игр по каждому ее сегменту, особо выделив организацию оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Созданная превентивная позатальная система оказания медицинской помощи позволила обеспечить время доезда бригады скорой помощи в 3,5 минуты с момента ее вызова, время эвакуации пациента – 15–17 минут. Пациенты с тяжелой травмой были прооперированы в течение всех необходимых высоких технологий в течение 2,5 часов с момента травмирования.

Особое историческое событие – возвращение Крыма и Севастополя в состав России. Оно потребовало огромной работы по улучшению здравоохранения этих двух регионов, находящихся в очень сложном состоянии.

В течение десятилетия врачи и медсестры самоотверженно работали на оборудовании 70-х годов, а пациенты вынуждены были платить деньги за все самое необходимое. Рос-

сийские гарантии по бесплатному оказанию медицинской помощи населению Крыма и Севастополя, созданы условия для запуска территориальной системы ОМС, сформировано подразделение Росздравнадзора, налажено лекарственное обеспечение населения и обеспечение медицинских работников лиями, увеличена заработная плата медицинских работников до среднероссийского уровня, начаты программы модернизации здравоохранения.

В текущем году все работы по интегрированию здравоохранения Крыма и Севастополя в российскую систему активно продолжаются.

Утверждена федеральная целевая программа «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастопо-

поля до 2020 года», в рамках которой предусмотрено строительство ФАПов и сельских врачебных амбулаторий, а также новых высокотехнологичных клиник (с подготовкой высококвалифицированных кадров для работы в них).

Уважаемые коллеги!

В 2014 году Министерством уделялось особое внимание развитию принципов и механизмов Открытого Правительства, информированию общественности о своей деятельности, развитию гражданского общества и формированию общественного контроля в сфере охраны здоровья.

Активно зареабатал Общественный Совет при Минздраве. Наше взаимодействие с общественными профессиональными организациями, с организациями по защите прав пациентов и благотворительными фондами позволило не только установить обратную связь, но и обеспечить общественный мониторинг деятельности Министерства.

«Горячая линия» Министерства позволила своевременно отреагировать на сигналы, оказать медицинскую помощь или разъяснить порядок ее получения более чем 16,5 тысяч обратившихся.

Несмотря на сложившиеся в 2014 году объективные сложности, проведенная всеми нами работа позволила добиться ощутимых результатов.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2014 году выросла до 71 года, достигнув своего исторического максимума и у мужчин (65,4 года), и у женщин (76,5 года).

Благодаря увеличению рождаемости и снижению смертности у детей и лиц трудоспособного населения, страна вышла на положительный естественный прирост населения в 33,7 тыс. человек.

Дорогие друзья!

Позвольте от лица сотрудников Министерства здравоохранения поблагодарить за тесное сотрудничество и постоянную помощь в работе членов Совета Федерации, депутатов Государственной Думы, представителей Администрации Президента, Аппарата Правительства, всех министерств и ведомств, руководителей субъектов Российской Федерации, профессиональные медицинские организации и профсоюзы медицинских работников, а также все медицинские сообщества!

Нами совместно сделано немало, но предстоит сделать много больше.

Для дальнейшего улучшения здоровья россиян, наращивания темпов снижения смертности и продления человеческих жизней необходимо комплексно решать организационные, технологические, кадровые задачи.

При этом вся система должна работать для каждого человека, ставя интересы пациента превыше всего.

Хотелось бы всем нам пожелать силы духа и крепости, трудолюбия, терпения и оптимизма! Всего необходимого – для того, чтобы наша работа принесла осязаемые плоды для населения страны.

Спасибо!

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



## АКТУАЛЬНО

## ОТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДО ЭКО. КАКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДАЁТ ПОЛИС ОМС?

*Какие преимущества и гарантии даёт россиянам полис ОМС единого образца. АйФ.ги рассказала председатель ФФОМС Наталья Стадченко.*



Полис ОМС есть далеко не у всех россиян. Получить его несложно, но банальная лень часто бывает сильнее заботы о собственном здоровье. Какие возможности даёт своему обладателю этот документ, АйФ.ги рассказала председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.

**Оксана Морозова, АйФ.ги:** Наталья Николаевна, какие преимущества даёт полис ОМС единого образца?

**Наталья Стадченко:** В первую очередь полис единого образца позволяет получить медицинскую помощь в другом регионе, в медицинских организациях, расположенных не по



месту постоянного проживания пациента. Это означает, что сегодня система ОМС впервые реально обеспечивает всем гражданам нашей страны гарантии на получение бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы на всей территории нашей страны.

Более того, работает единая база застрахованных граждан, которая позволяет установить факт страхования гражданина даже при отсутствии у него на руках полиса ОМС в момент обращения в медицинское учреждение. Понятно, что у человека, уехавшего в отпуск или в командировку, может не оказаться при себе полиса ОМС, и сегодня это уже не представляет проблемы. Если внезапно ухудшение здоровья требует обращения к врачу, человек, предъявив паспорт, может обратиться в ближайшую поликлинику, где ему будет оказана медицинская помощь. С 2012 года база застрахованных граждан позволяет оперативно идентифицировать личность пациента, установить факт страхования и в дальнейшем оплатить весь объём оказанной ему медицинской помощи.

— С 2013 года Минздравом России возобновлена программа широкомасштабной диспансеризации населения. Может ли гражданин с полисом ОМС обратиться в свою поликлинику и пройти обследование по этой программе?

— Конечно, предъявив полис ОМС, гражданин может обратиться в поликлинику, к которой он прикреплен, и пройти диспансеризацию.

Важно, что с 2013 года диспансеризация стала частью программы обязательного медицинского страхования, и теперь все граждане, начиная с новорожденных и заканчивая пожилыми людьми, полностью охвачены профилактическими мероприятиями. К текущему моменту в широкомасштабной программе диспансеризации приняла участие уже почти половина населения страны — более 92,4 млн. человек (за период с 2013 г. по первое полугодие 2015 г.). В 2014 году диспансеризацию и профилактические мероприятия прошли 40,3 млн. человек, в том числе 25,5 млн. взрослых и 14,8 млн. детей. При этом важно отметить, что ранняя активная выявляемость на 1–2-й стадиях рака достигла 72% от всех случаев. Только при раке репродуктивной сферы у женщин это позволило сохранить 1,5 тыс. жизней.

### Доступная медпомощь

— Предположим, человеку необходима сложная операция. Насколько доступна такого рода медицинская помощь?

— Например, в прошлом году 459 наиболее растражированных методов ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь) были погружены в систему ОМС. В итоге существующие

но увеличилась доступность этой медпомощи: если в 2013 году высокотехнологичная медицинская помощь была оказана 505 тыс. человек, то за 2014 год было пролечено 715 тыс. человек. Прирост составил 42% — это очень высокий показатель. Подчеркну, что за 3 последних года более чем в 2,5 раза повысился объём ВМП, полученных сельскими жителями. Возросла доля региональных учреждений, оказывающих подобную помощь.

Вместе с тем, в настоящее время прорабатывается вопрос увеличения в следующем году количества методов ВМП, включённых в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых будет осуществляться в рамках базовой программы ОМС. Это позволит значительно повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи для граждан.

— Сегодня много говорится о повышении рождаемости. Известно, что одним из эффективных, но достаточно дорогостоящих видов лечения тяжёлых форм бесплодия является ЭКО, это метод, который теперь также стал частью базовой программы ОМС. Насколько реально и насколько доступна этого вида медицинская помощь и как его можно получить по полису ОМС?

— Вы правы, применение вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе методов экстракорпоральной оплодотворения, или ЭКО, — достаточно дорогостоящий

вид лечения. И очевидно, что раньше он был недоступен большому числу женщин, страдающих бесплодием.

Однако с 2013 года ЭКО стало частью программы ОМС, и теперь воспользоваться этим методом можно бесплатно. Что для этого нужно? Обратиться в женскую консультацию или другую медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «Акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях и работающую по программам ОМС, предъявить полис ОМС и затем получить направление на ЭКО. Оговорюсь, что к процедуре ЭКО нужно прибегать только тогда, когда другие способы лечения бесплодия уже были испробованы и не дали положительного результата.

Важно, что количество случаев проведения и размер финансирования обслуживания ЭКО за счёт средств ОМС ежегодно увеличивается. Вспомогательные репродуктивные технологии становятся всё более доступными, и это факт. За последние 5 лет количество проводимых в России процедур экстракорпорального оплодотворения увеличилось более чем в 7 раз. В текущем же году запланировано проведение около 34 тыс. ЭКО, что на 108% больше, чем в 2013 году. Благодаря этому всё большее число женщин может почувствовать радость материнства.

## Право выбора

— До недавнего времени существовала проблема значительного различия в уровне тарифов на медицинскую помощь в различных регионах России, что привело к сложности при взаимосчетах между территориальными фондами ОМС. Что удалось сделать в этом направлении?

— Действительно, два года назад дифференциация тарифов в субъектах РФ была крайне высока: для 80% субъектов она составляла более 50%. При этом если до 2011 года межрегиональные различия тарифов в системе ОМС доходили до 25 раз, то с 2013 года в Российской Федерации реализуется единая тарифная политика. Первым её шагом было установление в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи единых способов оплаты: для амбулаторной медицинской помощи — по подучетному нормативу финансирования на прикрепленное население с учётом показателя здоровья населения, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара — за законный случай лечения заболевания, включённого в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистическую группу. В этом году 52 субъекта Российской Федерации уже перешли на единые стандарты оплаты медицинской помощи.

В результате за 2014 год существенно расширилось применение ресурсосберегающих стационар-замещающих технологий диагностики и лечения. Число мест в дневных стационарах увеличилось на 19 тыс., или 8%, а число пропелечных в них больных — на 1 200 тыс. (или 17,1%). Объём амбулатор-



ной хирургии возрос за один год почти на 23%.

— В последнее время появляется много частных клиник, работающих в системе ОМС. Действительно ли это обеспечивает доступность медицинской помощи и какие виды услуг можно получить в частных организациях по полису ОМС?

— Нужно понимать, что полис ОМС даёт гражданину право выбора и возможность лечиться не только в государственных, но и в частных медицинских учреждениях. И если ещё несколько лет назад частные медорганизации неохотно участвовали в системе ОМС, их доля в общем количестве составляла 7,8%, то теперь, когда существенно увеличилось финансовое наполнение тарифов на медицинские услуги, их доля возросла до 23%, и у нас появились хорошие примеры государственно-частного партнёрства

Это пошло на пользу всей системе здравоохранения. Ведь если раньше частные клиники участвовали в системе ОМС, оказывая дорогостоящие медицинские услуги, то теперь они заинтересованы оказывать и другие виды медицинской помощи, в том числе в первичном звене. В итоге в последние два — три года в Москве, Санкт-Петербурге и других крупных городах начали открываться частные офисы врачей общей практики, включая те микрорайоны, где поликлиники не могут обеспечить достаточный охват граждан. Безусловно, это делает первичную медицинскую помощь доступнее.

<http://www.aif.ru/society/healthcare/1362336>

## ЭКСПЕРТ

# РЕСУРСНЫЙ КАЛЬКУЛЯТОР ДЛЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2015 ГОДУ



**САГИЛАЕВ М.А.**,  
первый заместитель  
директора ЦФОМС  
Чеченской Республики



**ПИРОГОВ М.В.**,  
д.э.н., профессор

*Программа обязательного медицинского страхования в 2015 году имеет ряд особенностей, определенных некоторыми нормативными изменениями и новыми методическими подходами к планированию и оплате медицинской помощи.*

**Во первых**, в 2015 году сняты ограничения на формирование страховых взносов на работающее население. Размер финансовых обязательств органов исполнительной власти определяется численностью неработающих в субъекте РФ граждан, единым для всей страны тарифом страхового взноса в размере 18 864,6 рублей и индивидуальным территориальным коэффициентом, размер которого изменяется от 1 (Чукотский автономный округ) до 0,3333 (для большинства остальных субъектов Федерации, в том числе для Чеченской республики). Конкретный размер данного коэффициента для всех субъектов РФ (в том числе Крыма и Севастополя), а также для города Байконур (в котором реализуется закон об обязательном медицинском страховании в РФ) зафиксирован в приложении к федеральному закону<sup>1</sup>.

Значение коэффициента рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{терр}}(i) = \frac{K_{\text{рп}}(i)}{3}$$

где  $K_{\text{терр}}(i)$  — коэффициент для субъекта

Российской Федерации или города Байконура;

$K_{\text{рп}}(i)$  — сумма средневзвешенного районного коэффициента к

<sup>1</sup>Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения» с изменениями и дополнениями от 01.12.2014 года/ Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/12192464/#text:zz3ONXU8X4>

зарботной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории Нго субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР; 3 - максимальное значение суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР.

Так как в 2015 году прекратили действие положения 326-03 и 354-ФЗ в части поэтапного «приведения» страхового взноса на работающее население к его нормативному значению, то следует ожидать увеличение финансовых средств, перечисляемых в бюджет Федерального фонда ОМС из бюджетов субъектов РФ.

В 2015 году не произошло изменения страхового тарифа на обязательное медицинское страхование занятого населения, он составил — 5,1% от фонда оплаты труда. Однако для страховых взносов ОМС сняты ограничения по верхнему

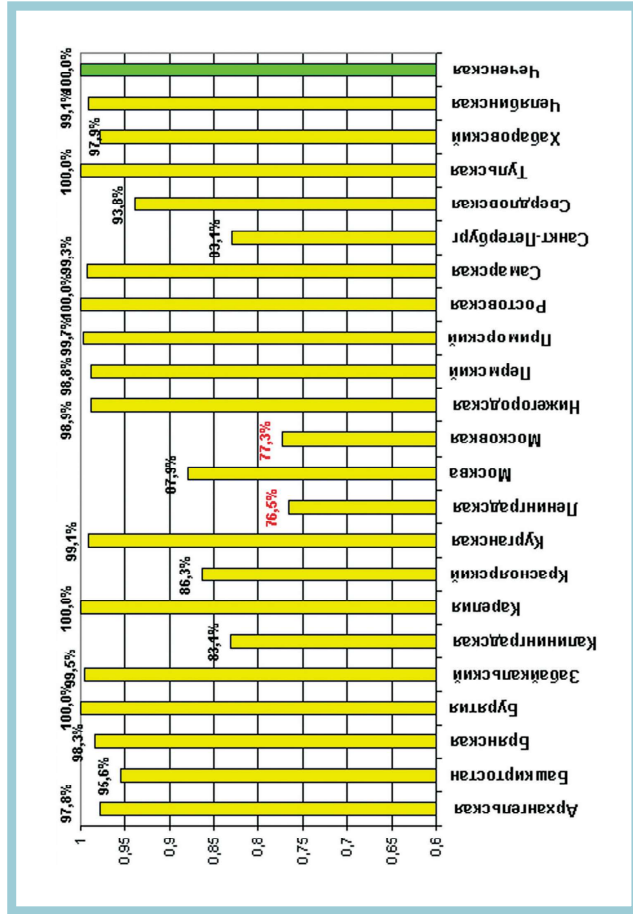


Рис. 1. Доля субъекта ФФОМС в 2015 году

пределу облагаемой базы<sup>2</sup>, которые действовали в 2014 году, что позволяет прогнозировать увеличение поступлений средств. В текущем году в систему ОМС будет поступать суммы пропорциональные 1/20 фонда оплаты труда (на 10 рубль ФОТ – 51 копейка на ОМС).

Доходы Федерального фонда ОМС в 2015 году составят 1 632 321 880,8 тыс. рублей<sup>3</sup>, и основная доля этих доходов будет перечислена в бюджеты территориальных фондов ОМС для обеспечения выполнения территориальных программ ОМС, в рамках базовой программы ОМС, определенной постановлением Правительства РФ<sup>4</sup>. Размер субвенции

<sup>2</sup>Постановления Правительства РФ от 04.12.2014 г. N 1316 "О предельной величине базы для начисления страховых взносов, уплачиваемых в Фонд социального страхования Российской Федерации и в Пенсционный фонд Российской Федерации, с 1 января 2015 года; Федеральный закон от 01.12.2014 г. N 406-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования" <sup>3</sup>387-ФЗ от 01.12.2014 г. "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов" <sup>4</sup>Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 года №1723 о ПП на 2015-2017 годы.

и сумма для каждого субъекта РФ (и города Байконура) представлены в приложении №6 к закону о бюджете Федерального фонда ОМС. Ее общий размер 1 414 165 933,2 тыс.руб., что составляет 86,6% всех доходов. Субвенция обеспечивает одинаковый уровень (с учетом региональных особенностей) реализации базовой программы ОМС, в том числе на скорую медицинскую помощь (за исключением санитарной авиации) и высокотехнологичную медицинскую помощь «погруженную» в базовую программу ОМС (перечень 1 того же Постановления Правительства РФ).

В 2015 году трансферт из регионального бюджета в территориальный фонд ОМС формируется только в случае превышения базовой программы ОМС в субъекте РФ (расширение программы, увеличение объемов, удорожание тарифа или изменение в структуре тарифа и т.п.).

На диаграмме (см.рис.1) дана относительная доля субвенции ФФОМС к территориальной программе ОМС на 2015 год.

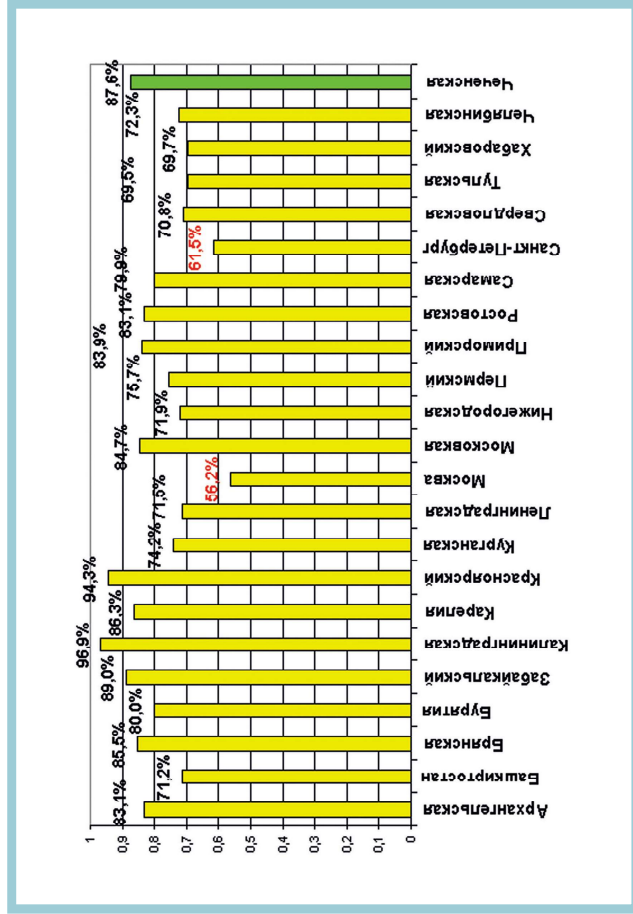


Рис. 2. Доли плановых финансовых расходов за счет средств региональных бюджетов и средств ОМС

Рассмотрены территориальные программы 23, приведенных в диаграмме субъектов РФ, с населением порядка 67 миллионов человек. В большей части субъектов стоимость территориальной программы ОМС на более чем

на 90% обеспечивается за счет субвенции ФФОМС, а в ряде субъектов целиком обеспечивается данной субвенцией (Чеченская республика, Карелия, Бурятия, Ростовская и Тульская области).

Особенности формирования территориальных программ ОМС в Ленинградской, Московской и Калининградской областях и в г. Санкт-Петербурге снижают долю субвенции ФФОМС от 83,1% до 76,5%.

**Второй**, важной особенностью 2015 года является дальнейшее увеличение относительной доли средств ОМС во всей программе государственных гарантий. Нормативное значение подушевой стоимости базовой программы ОМС составляет 8 260,7 руб., на застрахованное лицо или 71,2% всей нормативной стоимости ПП.

На диаграмме (см.Рис.2) представлены пропорции

подушевых значений «бюджетной» и «ОМС» составляющих программы государственных гарантий в 2015 году в тех же субъектах РФ.

Анализируя данные приведенные на диаграмме можно выделить три группы регионов:

- с большой долей бюджетного финансирования эквивалентного средствам ОМС (г. Москва и г. Санкт-Петербург);

- соответствующие нормативной пропорции между бюджетом и ОМС или близкие к ней (в диапазоне от 69% до 80%) – десять субъектов РФ;

- с малой долей бюджетного финансирования (менее 20 % до 3%) – остальные одиннадцать субъектов РФ.

Причин относительного роста средств ОМС в регионах в основном две:

- 1) Расширение территориальной программы сверх базовой за счет передачи средств регионального бюджета в систему ОМС (позитивная тенденция);
- 2) Уменьшение бюджетных финансовых

областей в регионе по сравнению с нормативными, без расширения территориальной программы ОМС (негативная тенденция).

**Третьей** особенностью территориальных программ ОМС 2015 году является устойчивое увеличение числа регионов применяющих для оплаты (и планирования) медицинской помощи в стационаре и дневном стационаре клинико-статистические группы болезней (т.н. КСГ) и появление третьей версии КСГ-РФ, являющейся доступательным развитием данного метода в России.

По мнению министра здравоохранения России, В.И. Скворцовой: «В отличие от **«стандартов»** образца 2011 года, применение КСГ предоставляет возможность рационального **распределения ресурсов** между всеми группами заболеваний на основе расчетных пропорций, **независимо** от суммы имеющихся финансовых ресурсов. **То есть никогда ничто не будет финансироваться по остаточному принципу...**».

Преимущества третьей версии, с позиций более точного формирования относительной стоимости для группы заболеваний и (или) услуг очевидно, по сравнению с предыдущими версиями (2013-14 годов). Кроме того в 2015 году определены полномочия субъектов РФ по адаптации КСГ-РФ, посредством исполнения регулирующих коэффициентов (уровня, курации, управления и дифференцирования) и формирования подгрупп КСГ в рамках предложенных групп для учета стоимостного различия по различным клиническим факторам.

**Такая взвешенная позиция, изложенная в методических рекомендациях МЗ РФ и ФОМС, по применению КСГ в 2015 году, позволяет упорядочить (стандартизировать) тарифную политику в субъектах РФ, подчиня её общей логике ценообразования в системе здравоохранения, и одновременно учесть особенности заболеваемости и организации лечебного процесса в регионах России, поэтапно и планомерно совершенствуя обязательное здравоохранение.**

В методических рекомендациях по использованию КСГ в 2015 году имеются данные (Приложение №2) о долях по видам расходов, включаемых в каждую клинико-статистическую группу. В сочетании с рекомендациями по использованию КСГ для планирования медицинской помощи, в рамках медицинских организаций, с выделением видов расходов появляется возможность определить основные финансовые компоненты плана финансово-хозяйственной деятельности организации при реализации территориальной программы ОМС.

КСГ имеет четыре групповых видов расходов: заработная плата с начислениями, лекарственные препараты и предметы медицинского назначения, питание и все остальные виды расходов, определенные базовой программой ОМС.

<sup>1</sup>Интервью в «Российской газете» 5 сентября 2014 года.

<sup>2</sup>Член экспертного комитета по медицинским вопросам в 2011 году и член экспертного комитета по медицинским вопросам в 2012-13 гг., в соответствии с 322-ФЗ «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» (прим.автора)

Используя базовую ставку по КСГ (определяется в регионе), коэффициент затратоемкости (определяется на федеральном уровне) и остальные регулируемые субъектом РФ, коэффициенты можно не только определить тариф ОМС для каждой КСГ (и финансовый план для каждой МО), но и **«нормировать»** расходы на оплату труда, питание и лекарственные препараты. Единственный недостаток такого нормирования то, что оно носит рекомендательный характер, ввиду отсутствия нормативного расчета коэффициентов затратоемкости на федеральном уровне (отсутствие калькуляций расчетов относительной стоимости групп заболеваний с использованием нормативного метода) и большая доля фактически сложившихся расходов в разных регионах РФ и экспертных усредняющих решений при определении данного коэффициента.

В условиях финансовой стабильности, при отсутствии большого дефицита, связанного с ростом цен на ресурсы здравоохранения вполне допустимо использовать структурный и экспертный методы расчета относительной стоимости КСГ, что и реализуется в большинстве экономических развитых стран мира, применяющих подобные КСГ методы финансирования в здравоохранении.

Что касается самых больших по объему расходов на фонд оплаты труда (с начислениями), то это ресурс «защитен» от дефицита средств, своим особым социальным статусом и соответствующими Указами Президента Российской Федерации.

Затраты, связанные с организацией питания в большой степени «защищены» приказом Министерства здравоохранения России<sup>3</sup>, определяющим натуральные нормы для лечебного питания пациентов, проходящих стационарное лечение. На ряду с возможностью учета стоимости данного набора продуктов (в средних ценах региона или России) расходы по питанию могут рассматриваться (и контролироваться) по нормативному методу расчета.

Остальные статьи затрат, зафиксированных как доля КСГ, включают в себя расходы связанные с хозяйственным обеспечением лечебного процесса и являются (как правило) постоянными, не зависящими от объема деятельности медицинской организации. Это энергоносители, уборка территории, обслуживание лифтов и многие другие хозяйственные затраты, расходы по которым регулируются договорами с поставщиками этих услуг, часто являющихся естественными монополиями. Таким образом, эти расходы тоже «защищены» от дефицита средств договорами и своей «жизненной» обязательностью для существования медицинской организации.

Лекарственные препараты, как существенная составляющая лечебного процесса (для стационара, в среднем 20-30%, а для лечения отдельных заболеваний до 90% расходов в структуре затрат) тоже может быть **добавлена «амширизация»** при росте реального дефицита

<sup>3</sup>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 июня 2013 г. № 395-н «Об утверждении норм лечебного питания», зарегистрирован в Минюсте РФ 5 июля 2013 г., регистрационный № 28995

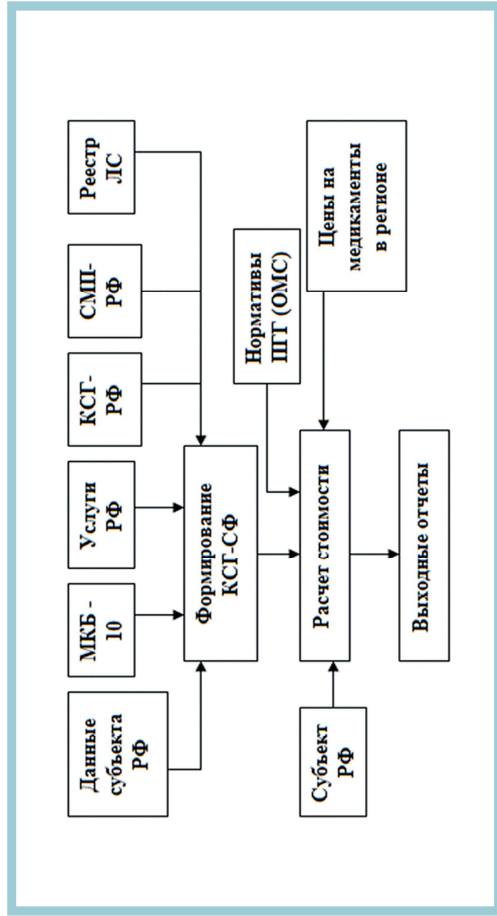


Рис.4. Блок схема ресурсного калькулятора

территориальной программы ОМС в субъекте РФ.

Кроме того, лекарственные препараты, используемые в нашей стране в 2014 году, на 75% являлись импортными или не имеющими полного производственного цикла в России. В условиях ослабления рубля, это серьезно влияет на возможность адекватных закупок необходимых перечней и объемов лекарственных препаратов. И реальное изменение ситуации возможно только в отдаленной перспективе (через 5-10 лет). По разработанной Минпромторгом федеральной целевой программе развития фармацевтической и медицинской промышленности к 2020 г. на долю лекарств отечественного производства должно приходиться не менее 50%, а доля лекарств из списка жизненно необходимых и важнейших (цены на них регулирует государство) к этому времени должна достичь 90%.

Рассматривая «защищенность» лекарственных препаратов от дефицита финансовых ресурсов необходимо учитывать что в настоящее время «нормативность» назначений препаратов как по перечню, так и по дозировкам для того или иного заболевания, можно обнаружить только в клинических протоколах (рекомендациях) и в стандартах медицинской помощи.

**При этом параметры протоколов и стандартов могут выступать как «натуральные» нормы потребности в лекарственных препаратах, если будут отражены в финансовых показателях стоимости и включены в тариф**

**КСГ как компонента расходов.**

Кроме того, на региональном уровне возможно нормирование курсовых доз лекарственных препаратов в рамках «среднего» пациента, для заболеваний, сгруппированных в КСГ 2015 года. Это нормирование может осуществляться клиницисты и клинические фармакологи, совместными усилиями определяющие эти адекватные «наборы» лекарственных препаратов.

Наличие такой связи, между «нормативными» наборами лекарственных препаратов и тарифом КСГ, конкретизация лекарственного блока и его финансовая интерпретация позволит защитить это «слабое» звено лечебного процесса, порой жизненно важное для пациента.

Для корректного осуществления предложения «нормирования» лекарственных препаратов на региональном уровне рассмотрим блок схему «Ресурсного калькулятора» в части лекарственных препаратов (см. Рис.4).

Экономической основой расчета стоимости лекарственных препаратов являются перечни и дозировки, определяемые в регионе по среднему пациенту для группы заболеваний, включенных в КСГ-РФ (2015 года). Эти параметры должны формироваться экспертами регионального здравоохранения на основе стандартов и клинических протоколов и утверждаться органом исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения. По форме представления набор лекарственных препаратов аналогичен стандартам



медицинской помощи, т.е. содержит АТХ, международное непатентованное наименование, единицу измерения, частоту применения («единица» или меньше), однократную дневную дозу и курсовую дозу. Данный набор позволяет осуществить нормативный расчет реальной стоимости лекарственных средств с учетом ценовой региональной политике по перечню ЖНВЛП, обязательное использование которого определено на законодательном уровне. При этом цены по конкретным торговым наименованиям лекарственных препаратов, необходимо осуществлять с учетом реального процесса закупок, в соответствии с действующим законодательством. Результаты данного расчета являются, по сути «финансовым» нормативом по лекарственному обеспечению для конкретного КСГ, обеспечивающему прозрачность ценообразования, мониторинг использования и в конечном счете защиты пациентов, в части лекарств, от реальной дефицитности системы здравоохранения.

В рассматриваемой блок-схеме «Ресурсного калькулятора» реализуется возможность прогноза общих расходов на лекарственные препараты на основе данных

официальной медицинской статистики по заболеваемости, определению «цены» вопроса лекарственного обеспечения, с учетом региональных демографических особенностей. Что в свою очередь позволяет объективно распределить ресурсы по выбранные медико-социальные приоритеты и сформировать связь между «вложенными» в лекарственные препараты финансовыми ресурсами и индикативными показателями регионального здравоохранения.

Выделение лекарственного блока и его нормативный расчет стоимости позволяет сформировать региональные подгруппы КСГ (или регулирующие коэффициенты к Федеральным КСГ) на доказательной основе, без потери стратегического значения Федеральных КСГ, но с учетом региональных особенностей.

## ГЕРОЙ В БЕЛОМ ХАЛАТЕ



*Хажибекир Бахарчиев в медицине с 1966 года. После окончания в родном селе Автурры средней школы он подал документы в институт народного хозяйства имени Плеханова. Но продолжить там учебу была не судьба. В то время широкую известность имел врач Ш.Элендиев. Родители юноши хотели чтобы он тоже стал врачом, как и их прославленный земляк.*

Молодому Хажибекиру пришлось в 1960 году перевестись с факультета экономики в Северо-Осетинский государственный медицинский институт. После окончания вуза молодого врача отправили работать хирургом в Наур. Выбрать этот населенный пункт ему подсказала бабушка, она обосновала это тем, что в Науре много жителей - у врача будет много работы. Вдобавок - в то время дорога, ведущая в станицу была ровной и обустроенной. Таким образом Хажибекир стал первым чеченцем врачом-хирургом. До него в Науре работали супружеская пара врачей из Осетии.

Молодому врачу вначале было непросто. Он боялся ошибиться, поставить не правильный диагноз, нанести вред

пациенту. Все приходит с опытом, говорит сегодня хирург. Доктор в станице был просто нарасхват. Он так часто выезжал к пациентам на дом, что ночью, когда на улице раздавался шум машины, врач знал что едут за ним. Сейчас, говорит он, функционирует масса медицинских направлений. Это существенно облегчило труд врачей. Раньше лечением разных недугов занимался один доктор. За год работы в станице доктор прошел большую практику, которая очень хорошо помогла становлению настоящего профессионала.

Самым запомнившимся случаем во время работы в Науре врач считает то - когда у него была семилетняя пациентка из Ведено. Он удалил ей опухоль. После операции хирург уехал

на время. Когда вернулась, к нему пришла мать маленькой пациентки. Она обратилась к нему со словами, что ее кое-что беспокоит. Хирург испугался, что это связано с девочкой, но с ней все было хорошо. Мама протянула ему 12 рублей, по советским меркам это были хорошие деньги. Она извинилась за то, что не успела как следует отблагодарить врача за отличную операцию, спасение своей дочки. Рассказывая этот случай, доктор не смог сдержать слез. Это был единственный раз, когда врач взял деньги у пациента.

– Я считаю, что втяжка в медицине – это в первую очередь вредно для пациента – говорит хирург.

Затем в 1974 году ему предложили пройти ординатуру в Москве. После ее окончания в 1979 году хирург был назначен на пост главного хирурга Министерства здравоохранения республики. По словам врача, он согласился, потому что занимаясь подобными должностями, ведомство выделяло квартиру.

В мае 1992 года коллеги предложили его кандидатуру на пост главного врача Республиканской клинической больницы. Хажиевбир был против. Ссылаясь на то, что он постой хирург, и управлять таким учреждением не сможет. Но ему ответили, что ему будут помогать специалисты. С того времени до 2011 года Хажиевбир был руководителем в РКБ. Сегодня Бахарчиев заведует в этой больнице отделением экстренной плановой консультативной помощи. Как вспоминает врач, ни на одну работу он не просился сам, его замечали и приглашали на ту или иную должность.

Отглядываясь на прошедшие годы, Хажиевбир говорит, что раннее того спокойствия, которым он владеет сейчас – у него не было. Это долгая работа над собой, сопровождаемая сотрудничеством с разными людьми в непредвиденных ситуациях. Если раньше по молодости он мог не нести ответственность за других, то сейчас такого отношения к коллективу он допустить не может, так как осознает, что при ошибке или халатности одного пострадают и остальные.

– В молодости я каждый день хотел делать операции, – говорит врач. – Мне хотелось проверить себя в самых критических ситуациях. Был азарт. Сейчас же я все больше думаю о том, как это замечательно когда люди здоровы. Когда они ни чем не страдают. Самое большое благо, когда пациент выздоравливает и покидает стены больницы. Вот тогда твой труд можно считать завершенным. Это дорогого стоит, – делится врач.

Сегодня медицинский вуз республики выпускает много специалистов. Но из-за их молодости им доверяют мало людей, палки в колеса вставляет общее мнение, что среди нового поколения врачей нет нормальных специалистов. По такому поводу хирург сказал так:

– Это не целиком вина молодежи, виновата и программа образования. В мои студенческие годы мы проходили разные практики, наблюдали за операциями, посещали совещания врачей, выезжали в другие города для обмена опытом. Сегодня врач боится, что молодой специалист своим трудом отберет у него хлеб. Это ошибочное мнение. Потому что ни один доктор не остается без пациента. Надо давать дорогу



молодым, не держать их в тени, ведь среди выпускников вузов есть масса талантливых врачей, чей потенциал не успел раскрыться во всей своей красе. Самое главное – врач всегда должен заниматься саморазвитием. Нельзя считать, что ты знаешь все. Все знать невозможно. А получать новые знания – необходимо!

Марьям Магомедова,  
специально для журнала «ОМС в Чеченской Республике»

## МНЕНИЕ

## ЭДГАР АЛИЕВ: «УСПЕШНАЯ РАБОТА СИСТЕМЫ ОМС – СЛАГАЕМОЕ УСИЛИЙ ВСЕХ ЕЁ УЧАСТНИКОВ»

*Как известно, финансирование сферы здравоохранения в Чеченской Республике, как и во всей стране в целом, согласно действующему законодательству, в основном осуществляется через Фонды обязательного медицинского страхования. Это сложная и многоуровневая система, предполагающая соответствующий алгоритм работы и больницы, и работодателей.*



О некоторых особенностях организации системы обязательного медицинского страхования в нашем регионе, места, которое в ней занимают учреждения, врачи и пациенты, а также нововведениях в ОМС мы попросили рассказать начальника Управления по обязательному медицинскому страхованию и мониторингу медицинской профилактики Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Э.А. Алиева.

– **Эдгар Алиевич, система обязательного медицинского страхования постоянно совершенствуется. Расскажите о последних нововведениях, которые могут быть интересны нашим читателям.**

– Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации начала функционировать в 1993 году. Изначально предполагалось, что к 1994 году будет сформирована инфраструктура системы и вся Россия перейдет к полноценной модели обязательного медицинского страхования. Предполагалось, что медицинские организации вошедшие в систему, будут полностью финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования, то есть перейдут от временной бюджетно-страховой модели финансирования к постоянной страховой модели, которую иногда называют одноканальной. Но этот переход произошел только к 2013 году. Данное обстоятельство показывает, насколько сложным по своей природе является обязательное медицинское страхование, что в свою очередь, как Вы выразились, требует постоянного совершенства.

Из последних новостей, вступивших в силу в 2015 году, я бы хотел выделить следующие.

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» введены единые требования к такому важному документу как тарифное соглашение. Именно в тарифном соглашении определяется стоимость лечения пациентов, которая отражается в счетах выставленных медицинскими организациями и оплачиваемых за счет средств обязательного медицинского страхования.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.02.2015 № 113 утверждены Правила заключения соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Согласно статье 41 Конституции Российской Федерации каждому гарантировано право на охрану здоровья и медицинскую



помощь. В территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принимаемых в субъектах Российской Федерации на очередной финансовый год и на плановый период, закрепляется практическая реализация указанных гарантий. Но при этом не было четко определения ответственности основных участников процесса обеспечения прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, которые нашли свое отражение в соглашении о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.03.2015 №204 «Об установлении требований к кредитным организациям, в которых страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования», установлены два основных требования к указанным кредитным организациям:

- наличие генеральной лицензии Центрального банка Российской Федерации на осуществление банковских операций;

- наличие собственных средств (капитала) в размере не менее 10 млрд. рублей по имеющейся в Центральном банке Российской Федерации отчетности на день проверки.

Нужно отметить, что реализация данного постановления Правительства Российской Федерации позволит защитить средства обязательного медицинского страхования, поступающие на счета страховых медицинских организаций,

**- Организация ОМС на местах состоит, прежде всего, из поведения участников данной системы. Как – согласно законодательству, другим нормативно-правовым документам – должна быть правильно выстроена эта работа, в том числе деятельность медузведений, персонала, пациентов?**

- Безусловно, успешная работа системы ОМС – слабое усилие всех ее участников. В первую очередь, руководство медицинских учреждений, медицинских персонал, и самое главное пациенты, ради которых и была создана система обязательного медицинского страхования, должны знать и выполнять возложенные на них законом обязанности.

Граждане должны бережно относиться к своему здоровью. Государство создает все условия не только для лечения заболеваний, но и для их профилактики. Один раз в три года гражданам старше 18 лет может пройти комплексное обследование в рамках диспансеризации. Ежегодно граждане, независимо от их возраста могут проходить медицинские осмотры. И все это абсолютно бесплатно.

Многие заболевания на начальной стадии развития проходят бессимптомно и лечатся безболезненно. Запущенные на начальной стадии заболевания могут перейти в хронические формы и с этим придется всю жизнь бороться.

Руководство медицинских учреждений и медицинский персонал должны понимать, что в системе обязательного медицинского страхования деньги идут за пациентом. Значит, пациент кормит медицинское учреждение вместе с персоналом и от его визита зависит, сколько денег получит



поликлиника или больницы.

Важно здесь напомнить, что система обязательного медицинского страхования держится в первую очередь на ответственном отношении ее участников к своим правам и обязанностям.

**- Какие основные права гарантирует ОМС пациентам?**

- Как мною было сказано ранее, ОМС создано для обеспечения гарантированного статьи 41 Конституции России права на охрану здоровья и медицинскую помощь, оказываемую гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Кроме того, Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» гарантированы следующие основные права на:

- выбор и замену страховой медицинской организации;

- выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

- защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

**- Нередки случаи, когда пациенты сталкиваются с ситуацией, когда им, к примеру, приходится, покупать те или иные лекарства на свои деньги, а в медузведениях это объясняют тем, что этих медикаментов нет в списке**

**тех, что должны быть отпущены бесплатно. Что делать в таком случае? Как желающий может ознакомиться с этим пресловутым списком?**

- Как такового единого списка лекарственных препаратов нет. Каждая медицинская организация самостоятельно приобретает медикаменты в зависимости от специфики лечебной деятельности. При этом необходимо ориентироваться на стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и собственную медицинскую практику. Когда мы приходим в магазин и продавец говорит, что нужного нам товара нет в продаже, мы просто разворачиваемся и уходим. В медицинской организации такая ситуация недопустима. Об ассортименте медикаментов нужно думать заранее и очень тщательно. Ведь от этого зависит жизнь и здоровье пациента. Относительно финансирования закупок медикаментов, могу сказать сразу, что со стороны медицинских организаций жалоб на нехватку финансовых средств, необходимых для приобретения лекарств, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики не поступало.

И в конце хотелось бы напомнить, что пациенты, проходящие лечение в поликлиниках, лекарствами не обеспечиваются, за исключением лиц, получающих социальное обеспечение.

**- Благодарю Вас за интервью.**

**Беседовал Зелимхан ЯХИХАНОВ**

## ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА «ЭКОНОМИКА ЛПУ»

Ответы на вопросы от экспертов *Электронной системы «Экономика ЛПУ»*



**Может ли оплачиваться за счет средств ОМС лечение после несчастных случаев на производстве?**

В соответствии с п. 3, п. 1 ст. 8 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ обеспечение по обязательному социальному страхованию осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в т.ч. на лечение застрахованного, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

Условия, размеры и порядок оплаты расходов на лечение застрахованных лиц определены Положением об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, Утв. Постановлением Правительства РФ от 15.05.2006 № 286.

Согласно п. 4, п. 2, п. 1 и п. 11 Положения дополнительные расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица включают в себя расходы на лечение застрахованного лица, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Согласно п. 4, п. 1 Положения оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица производится страховщиком за счет средств, предусмотренных на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (Письмо ФФОМС от 3.03.2010 № 427/304-4).

**Электронная система «Экономика ЛПУ»**

- Проведения полетам
- Разъяснения экспертов
- Вордс-офсет
- Шаблоны и образцы
- Нормативная база

- Видеосеминары
- Фокус-группы экспертов
- Электронные календары журналов
- Календарь-планировщик



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



**Как учитываются при расчете тарифов ОМС изменение стоимости коммунальных услуг в течение года?**

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

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

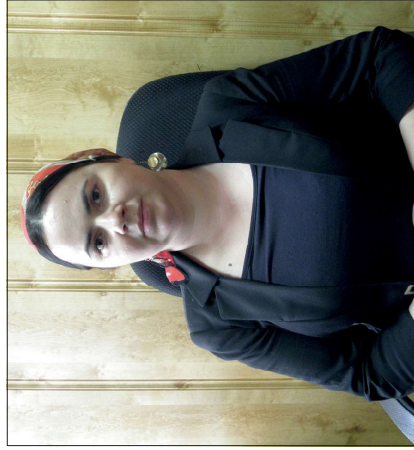
## ПОЛИКЛИНИКА БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ВСЕМ НЕОБХОДИМЫМ СТАНДАРТАМ

Она родилась и выросла в столице. Училась в СОШ № 5, а когда ее семья переехала в поселок Гикало, школу окончила уже на новом месте с отличием. Петимат Ансаровна Амаева, ныне главный врач 4-ой поликлиники г. Грозного, вспоминает путь, который был ею до этого пройден. Мечта стать врачом была у нее с детства, ей хотелось помогать людям, поэтому после школы сразу же поступила в ЧГУ на медицинский факультет, откуда, позднее перевелась в Москву, в Академию имени Сеченова (сейчас это 1-ый государственный Медицинский университет). Здесь же окончила ординатуру по акушерству и гинекологии. В 2007-ом вернулась домой, чтобы подготовиться к кандидатской диссертации, а затем вернуться в Москву и продолжить учебу.

Однако судьба распорядилась иначе. Ее вызвали в Министерство здравоохранения Чеченской Республики и предложили работу ведущего специалиста в отделе материнства. Она согласилась. Параллельно дежурила в роддоме №2. Год Амаева проработала в отделе, затем с 2008 по 2009 гг. помощником министра, а с 2009 по 2014 гг. главным специалистом в отделе материнства по оказанию высокотехнологичной помощи населению. В министерстве она застряла на целых семь лет. Потом ей захотелось заниматься каким-то новым делом, и она поставила в известность начальство. Как раз в этот момент шла смена руководства в поликлинике №4, и 17 января 2014 года ее перевели на должность главного врача этой поликлиники.

В то время поликлиника находилась в микрорайоне «Ипподромный» в очень стесненных условиях, где и до сих пор находится ее основной корпус. Там не было ни рентген кабинета, ни флюорографа, не своей лаборатории. Амаева обратилась к министру здравоохранения М.С. Ахмадову с просьбой о предоставлении поликлинике нового помещения. В результате, на территории бывшей городской больницы №10 им было выделено здание, а также оборудование для организации лаборатории и рентген кабинета. Она считает себя патологически ответственным человеком и поэтому активно взялась за организацию работы поликлиники на новом месте.

Мы открыли здесь дневной стационар на 50 коек, в том числе 20 – терапевтических, 10 – гинекологических, и по 10 неврологических и кардиологических коек. Здание нуждалось в хорошем ремонте, и мы начали его проведения косметического ремонта в дневном стационаре, где развернули койки. Министерство здравоохранения ЧР помогает нам в проведении капитального ремонта поликлиники. Хочу отметить и



помощь со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики. Руководство фонда уделяет большое внимание вопросам повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению Чеченской Республики в рамках программы ОМС.

Кроме организации дневного стационара, акцент будет сделан на диагностику. Также мы разрабатываем условия перехода на платные услуги, также работаем над улучшением качества оказания медицинской помощи. Проводится работа по подбору кадров, которые можно привлечь только хорошей зарплатой. А это возможно, если ввести платные услуги, например, открыть VIP-палату для людей, которые нуждаются в повышенном внимании и индивидуальном походе. Можно принимать больных, которые не прикреплены к нашей поликлинике, и которые за дополнительную плату могут получить нужные им услуги. Сейчас юристы работают над этим, чтобы все было в рамках закона.

Моя цель, чтобы поликлиника соответствовала образцовым региональным и московским поликлиникам. Я считаю, что наши доктора ни в чем не уступают столичным. Наши специалисты, выезжая на повышение квалификации в другие





регионы, перенимают там новые технологии, процесс проведения малых операций, которые можно делать в условиях дневного стационара. В настоящее время по всей стране сокращаются круглосуточные стационары, и акцент делается на дневные. Если пациенту требуется сложная операция, то по показаниям он должен находиться в круглосуточном стационаре, но если большой нуждается в несложной малой операции, она с успехом может быть проведена в условиях дневного стационара, где работают такие же специалисты. Здесь очень удобно для многодетных матерей, беременных женщин, у которых нет возможности ночью находиться вне дома.

По словам главного врача сегодня, основной проблемой является острая нехватка терапевтических кадров. В 2013 году в поликлинике работало всего 23 врача, а с ее приходом их стало 43. Средний медперсонал увеличился с 30 до 57. Младшего персонала было 7 человек, а стало 12. Но работа по 100%-ной укомплектованности кадрами продолжается. Дневной стационар нуждается еще в одном специалисте. Заведует им к.м.н. акушер-гинеколог врач высшей категории Зура Гайтуева. Многие врачи после ликвидации 10 городских поликлиник взяли к себе на работу. Поликлиника №4 охватывает 15 терапевтических участков, которые должны обслуживать 5 врачами терапевтами. На данный момент на приеме сидят 5 терапевтов, и конечно, качество оказания медицинской помощи будет страдать. Однако эти проблемы быстро не решаются. Амаева считает, что система здравоохранения строится годами, да и у врачей должно быть желание работать. Естественно, для этого нужно создать соответствующие условия. Между врачом и пациентом должна быть взаимосвязь и доверие. Пациенты по территориальной прикритленности обслуживаются бесплатно. У участковых терапевтов свой стандарт



лечения и своя схема назначения. Они не имеют права на дому ставить большим капельницы. Поэтому врачи при посещениях объясняют людям, что это делается только в условиях стационара.

За короткий промежуток времени Амаева открыла на новом месте свое лабораторию и рентген кабинет, активно работает над улучшением материально-технической базы и созданием комфортных условий для врачей и больных. В поликлинике сейчас два аппарата УЗИ, мобильным флюорограф, который очень помогает врачам в проведении дистансеризации населения. В прошлом году по дистансеризации поликлиника №4 заняла первое место среди поликлиник республики. В этом году сотрудники планируют также занять ведущее место. Дистансеризацию проводит специально созданная для этого бригада врачей. Сейчас она проводит дистансеризацию в Центральном роддоме. Поликлиника охватывает 25 тысяч человек, весь микрорайон «Ипподромный», а также сотрудники Правительства Чеченской республики. В настоящее время на территории Правительства чр функционирует медпункт от данной поликлиники.

Петимат Ансарова считает себя счастливым человеком, хотя ей в жизни ничего легко не давалось. Ее работа не раз была отмечена грамотами МЗ чр Парламента Чр Амаева – врач высшей категории. Но это не предел, награды за труды еще впереди.

3.С.Стаева

НОВОСТИ



## О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

**В целях привлечения медицинских кадров в сельскую местность в 2012 году законодательством Российской Федерации были введены единовременные компенсационные выплаты, предоставляемые медицинским работникам в размере 1 млн. рублей.**

В соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» единовременные компенсационные выплаты осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011–2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта.

На 2012 год распределение средств на указанные цели по субъектам Российской Федерации утверждено распоряжением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 г. № 2247-р на общую сумму 8 034,0 млн. рублей. При этом вся потребность в указанных средствах обеспечивалась за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС.

Фактически из бюджета Федерального фонда ОМС на осуществление единовременных компенсационных выплат в соответствии с представленными заявками субъектов Рос-

сийской Федерации было направлено 7 716,6 млн. рублей, что составило 96% от утвержденного объема, для 7,7 тысяч медицинских работников.

В 2012 году контрольные проверки Федерального фонда ОМС выявили злоупотребления и массовые нарушения на муниципальном уровне, когда в заявки на получение единовременной компенсационной выплаты включались медицинские работники после непродолжительного увольнения и последующего возвращения на работу через две недели в то же медицинское учреждение, что не решало вопрос привлечения кадров в сельскую местность. Также имели место выплаты медицинским работникам без соответствующего сертификата специалиста; принятым на неполную ставку по основной должности; на время отсутствия основного работника и другие.

Такие факты не способствовали решению кадрового вопроса и сокращению дефицита врачей в сельских населенных пунктах.

В связи с этим главы субъектов Российской Федерации обратились в Минздрав России с целью решения вопроса о повышении ответственности и усилению контроля за использованием средств, направляемых на единовременные компенсационные выплаты, муниципальными властями. По их инициативе финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам осуществляется с 2013 года и по настоящее время в равных долях – за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

После поручения Президента Российской Федерации от 14 сентября 2012 года условия предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам были существенно изменены. С 2013 года перечень населенных пунктов расширился за счет рабочих поселков.

Следует отметить, что обязательное участие субъектов Российской Федерации в финансировании единовременных компенсационных выплат, сразу потребовало соответствующие обязательства региональных бюджетов. В этой связи возросла ответственность субъектов Российской Федерации сразу сказалась на повышении качества заявок на предоставление единовременных компенсационных выплат и реальном привлечении медицинских работников в сельские населенные пункты и рабочие поселки.

Несмотря на изменение с 2013 года механизма финансового обеспечения, в бюджете Федерального фонда ОМС бюджетные ассигнования на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам предусматриваются с ежегодным ростом: в 2013 году – 2 861,5 млн. рублей, в 2014 году – 2 932,5 млн. рублей; в 2015 году – 3 200,0 млн. рублей.

Общий размер средств фактически направленных на единовременные компенсационные выплаты (с учетом средств бюджетов субъектов РФ) составил:

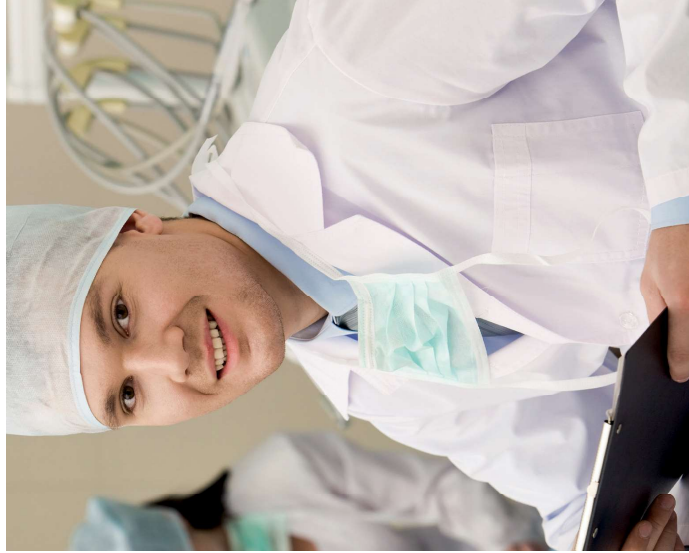
в 2013 году – 4 257,8 млн. рублей, в том числе из бюджета Федерального фонда ОМС – 2 128,9 млн. рублей, выплату получили более 4,2 тысяч медицинских работников;

в 2014 году – 3 329,0 млн. рублей, в том числе из бюджета Федерального фонда ОМС – 1 664,5 млн. рублей, выплату получили более 3,3 тысяч медицинских работников.

В 2015 году для предоставления единовременных компенсационных выплат увеличен возраст медицинских работников до 45 лет в целях привлечения на работу более опытных и квалифицированных специалистов для укрепления кадров в сельской местности и рабочих поселках.

Следует признать, что принятое в 2012 году решение о предоставлении единовременных компенсационных выплат безусловно дало положительный эффект и за истекший период в сельские населенные пункты и рабочие поселки в целом переехало более 15 тыс. молодых специалистов. Учитывая социальную значимость вопроса, однозначно единовременные компенсационные выплаты должны быть продолжены в следующем 2016 году.

Однако в условиях напряженных бюджетов субъектов Российской Федерации, представляется целесообразным



рассмотреть возможность уточнения действующего механизма финансового обеспечения единовременных компенсационных выплат. В настоящее время Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом ОМС и субъектами Российской Федерации проводят расчеты по изменению пропорций долевого участия в финансировании указанных выплат – за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.



ИНФОРМАТИКА

Территориальный фонд  
обязательного медицинского страхования  
Чеченской Республики

**Здоровье**  
- самая большая ценность!

Застрахованные граждане по полису  
обязательного медицинского страхования  
триггашаются для прохождения  
диспансеризации и медицинских осмотров

Все на

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!**

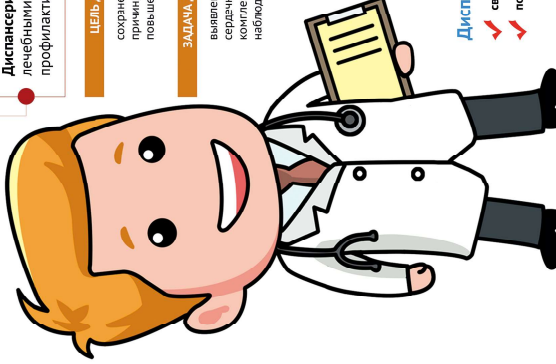
**Диспансеризация** - система медицинских мероприятий, осуществляемая  
лечебными учреждениями в целях своевременной диагностики, лечения и  
профилактики заболеваний

**ЦЕЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

сохранение здоровья граждан, снижение преждевременной смертности от управляемых  
причин, раннего выхода на инвалидность, временной нетрудоспособности, за счет  
повышения доступности качественной профилактической помощи

**ЗАДАЧА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

выявление основных хронических заболеваний на ранних стадиях, в первую очередь,  
сердечнососудистых и онкологических с последующим проведением своевременных  
комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий на основе динамического  
наблюдения за состоянием здоровья граждан



**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ МОЖНО ПРОЙТИ БЕСПЛАТНО  
ПО ПОЛИСУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ. ДЛЯ ЭТОГО СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬСЯ В  
РЕГИСТРАТУРУ ПОЛИКЛИНИКИ ПО МЕСТУ  
ПРИКРЕПЛЕНИЯ ИЛИ НЕПОСРЕДСТВЕННО В КАБИНЕТ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИКЛИНИКИ.**

**Диспансеризация поможет:**

- ✓ своевременно выявить опасные болезни и предрасположенность к ним
- ✓ получить необходимые рекомендации врачей

Прохождение диспансеризации позволит Вам в значительной степени уменьшить вероятность  
развития наиболее опасных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и  
смертности населения нашей страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их  
лечение наиболее эффективно.

**ПРОЙДИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!  
СОХРАНИ ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ!**

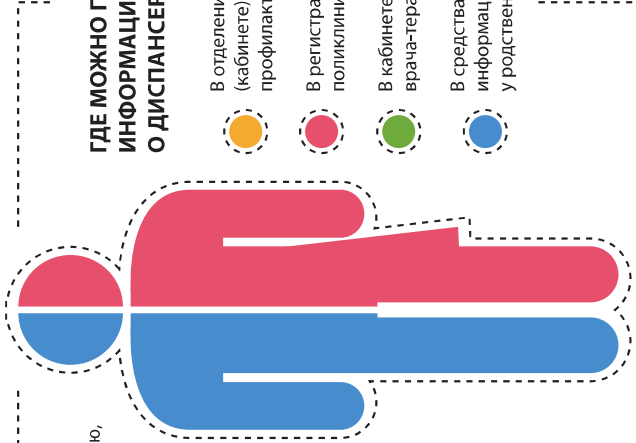
# ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Вам предстоит пройти диспансеризацию?



**С ЧЕГО НАЧАТЬ?**

Обратитесь в поликлинику, к которой вы прикреплены (иметь при себе паспорт, полис медицинского страхования)



Вы можете пройти диспансеризацию, если ваш возраст делится на «3»

| ВОЗРАСТ | 21 | 24 | 27 | 30 | 33 | 36 | 39 | 42 | 45 | 48 | 51 | 54 | 57 | 60 | 63 | 66 | 69 | 72 | 75 | 78 | 90 | 93 | 96 | 99 |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

Граждане, которым не проводится диспансеризация в текущем году могут пройти профилактический медицинский осмотр



**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ В ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, К КОТОРОЙ ВЫ ПРИКРЕПЛЕНЫ**



**В ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВАМ ПРОВЕДУТ**

Ежедневно с 8:00 до 20:00 (кроме воскресенья)

1. Анкетирование, измерение артериального давления, антропометрия, измерение глазного давления, определение уровня холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом.
2. Инструктаж о порядке прохождения обследований
3. Выдадут направление на обследование

## 1 ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ



Первый этап диспансеризации проводится с целью выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения группы здоровья

## 2 ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ



это углубленный медицинский осмотр

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и проведения углубленного профилактического консультирования

## I ГРУППА ЗДОРОВЬЯ

Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют или имеются факторы риска развития таких заболеваний при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске. Эти граждане не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). **В следующий раз диспансеризацию нужно будет пройти через 3 года**

## II ГРУППА

Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске. Эти граждане не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам проводится коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях коррекции указанных факторов риска

## III ГРУППА

Граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании. Такие граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам, имеющим факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья

## ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

**В завершении диспансеризации выдается паспорт здоровья и рекомендации врача-терапевта**

# ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК!

*Что ни говори, но профессия врача самая нужная и самая необходимая людям. Это, наверное, реально осознаешь, когда попадаешь на больницуную койку и благодарна точно поставленному доктором диагнозу и при непосредственном его влиянии на результаты лечения, возвращаешься к нормальному образу жизни.*



случилось не только с нашим народом, но с кем-либо, когда ни на секунду не задыхает в душе боль и тоска по родным местам, когда за один глоток воздуха, что дует с вершин Кавказских гор, можешь отдать все, что имеешь... Это поймет только тот, кто однажды не по своей воле был разлучен с родиной.

Хамула с детства рос любознательным мальчиком, в школьные годы больше тяготел к точным наукам. Учился хорошо. Но знал, что их семья, как и все чеченцы проживает на чужбине, думал, спрашивал и представлял в своем воображении как выглядят высокие горы, быстрые реки. Так хотелось испить глоток воды холодного горного ручья и почувствовать его вкус, о чем часто говорили старики.

И так хотелось ему это увидеть воочию, что окончив 7 классов, Хамула один без родителей отправился на Кавказ. Шел 1957 год. После Указа о восстановлении ЧИАССР многие чеченцы, бросив все, стали возвращаться на свою родину. Потом через год вернулась и семья Хамулы. Но он приехал первыми даже не взад с собой школьных документов.

Он был отличником учебы, любимцем одноклассников и учителей и ему просто так их не отдали бы. И потому он все решил тайно.

Уже в Грозном устроившись учиться в среднюю школу №16, Хамула написал в школу письмо, о документах, а одноклассники ответили и просили его вернуться. И так продолжилось погоне.

С отличием окончив курс средней школы, Хамула решил поступить в МГУ на физмат, но одному без материальной поддержки это было не под силу, и просто испытать себя подал документы в Северо-Осетинский медицинский институт. Без всяких затруднений сдал вступительные экзамены и был зачислен студентом.

Нужно сказать, что данный институт по тем временам было одним из престижных высших учебных заведений Северного Кавказа. С хорошей материально-технической базой, оснащенными лабораториями, с широкими возможностями на практике закреплять теорию – здесь готовились прекрасные кадры будущих врачей. Среди хороших медицинских специалистов старшего поколения, ныне продолжающих свою врачебную деятельность в учрежденных здравоохранении республик, много из числа тех, что окончили в те годы Северо-Осетинский медицинский институт.

Успешно завершив учебу, Хамула в 1966 году направляется на работу в Алтайский край и работает сельским врачом в одной из участковых больниц Каменского района. Буквально через короткое время его призывают на действительную военную службу. Его служба проходила в Сибирском военном округе. И,



как говорит Хамула, здесь он осознал, что профессия врача ему по душе, он нужней, с ним считаются, уважают.

Под влиянием и руководством начальника травматологического отделения Окружного военного госпиталя у Хамулы проявляется интерес к травматологии. Появилась возможность не только работать в отделении, а и заняться научной деятельностью. При лечении больных, он стал глубже выникать в специальность, интересоваться литературой и на практике пополнять свои знания. В итоге появилась первая научная работа «Повреждения крестообразных связок у военнослужащих».

После окончания службы Х. Умханов возвращается в Грозный и назначается ординатором хирургического отделения городской детской больницы №2, где и прошел первичную специализацию и усовершенствование по детской хирургии.

Видимо, свыше, помимо дум и желаний самого Хамулы было начертано, что он должен стать признанным доктором и лечить и взрослых и детей. В те годы, случайно судьба свела Хамулу с замечательным врачом, грамотным специалистом и просто человеком прекрасной души, впоследствии доктором медицинских наук, профессором, бывшим директором Ленинградского научно-исследовательского детского ортопедического института имени ГИ. Турнведа, а в последние

годы жизни – главный детский травматолог-ортопед, Московской

области, научный руководитель клиники детской ортопедии МОНКИ им.Владимира Петром Яковлевичем Фищенко.

Знакомство с ним у Хамулы состоялось еще в 1969 году, когда он был направлен в Москву, в Центральный институт усовершенствования врачей, как вспоминает Хамула: «Большая им. Русакова. Здесь, в клинике детской хирургии, собрался на цикл специализации свыше двух десятков курсантов со всего Советского Союза. На кафедре С.Я. Далецкого сконцентрировались лучшие специалисты по различным разделам детской хирургии: Климович, Маневич, Исаков, Ленишин и...П.Я. Фищенко. Из всех преподавателей самый простой и доступным был Петр Яковлевич...».

Впоследствии П.Я. Фищенко станет научным руководителем Х. Умханова и до последнего дня дружбы свяжут эти двух замечательных и специалистов и людей...

П.Я. Фищенко поддержал Хамулу в его стремлении заниматься наукой и согласился стать научным руководителем, просто сказал: «Будем думать вместе». Эта поддержка окрылила будущего ученого, он усердно стал изучать и набирать материал для будущей диссертации по теме «Особенности повреждения колennого сустава у детей и его последствий». Так Х. Умханов окупился в мир научных поисков.

Встреча с П.Я. Фищенко способствовала тому, что в 1970 году он оказался в клинической ординатуре Ленинградского

Научно исследовательского института детской ортопедии им П.И. Турнева. В 1972 году как перспективный специалист был оставлен в аспирантуре, где Хамула за один год завершил научную работу, начавшую в ординатуре. Длительная защита кандидатской диссертации «Оперативное лечение врожденного вывиха бедра у детей» состоялась в Винницком медицинском институте в 1974 году. Его научным руководителем был директор института доктор медицинских наук, профессор П.Я. Фищенко.

Вспомогая годы, проведенные рядом с этим человеком, Хамула не перестает удивляться его человечности, профессионализму, тактичности в отношении к себе и окружающим. Будущий ученый много пережил, многому научился у Петра Яковлевича.

Хамула делится своими воспоминаниями:

«... в Ленинград я прилетел самолетом через Москву. Так спланировал рейс, что к началу работы в институте прямо к 9 часам я успел из аэропорта. Петр Яковлевич оказался собой... Встретил меня тепло, радушно, пожал руку и... сразу на обход отделений взял меня. Знакомит меня с сотрудниками, постоянно удерживая за локоть рядом с собой. Можете представить себе мое смущение, когда ничего подобного в жизни не ведавший, я оказался центром внимания «настоящих ученых». Чутьем понимаю, что из этой ситуации мне не выбирать, я полностью доверился Петру Яковлевичу и шел рядом с ним из палаты в палату, из отделения в отделение. Приглядываясь к сотрудникам – «уже коллеги», прислушиваясь к их докладам, замечая особенности их речи, аргументации, поведения, изучая их лица...».

После успешной защиты диссертации, как перспективный научный работник Х. Умханов решением Министерства РСФСР был оставлен при институте им Г.И. Турнева. И он продолжил проблемные исследования, работал над докторской диссертацией, защита которой состоялась в 1986 году в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Объемная работа, представленная Х. Умхановым на соискание ученой степени доктора медицинских наук, в основном, была построена на защитных и авторских свидетельствах на изобретения. Его авторские разработки неоднократно представлялись на ВДНХ СССР и были отмечены дипломом (1979), Бронзовой (1983) и серебряной (1986) медалями. К этому времени Х. Умханов имел звание «Заслуженный изобретатель СССР».

Раскашавшись, как он набирался профессионального опыта, как перенимал у своего «учителя» методы его работы, проведения операций, а самое главное, анализировал его поведение, нравственные качества, выбрал в себя и подражал своему наставнику, Хамула вспомнил один случай из практики проведения операции частного индивидуального поведения Петра Яковлевича.

«Однажды в очередной раз я подготовил для Петра Яковлевича больницу с вывихом бедра. Оперировали мы



не только в соседних республиках, как Ингушетия, Дагестан, но далеко за её пределами.

В 1987 году доктор медицинских наук Х. Умханов возглавил кафедру травматологии, ортопедии ВПХ в Дагестанском государственном медицинском институте, здесь ему было присвоено почетное звание профессора. Эти пять лет, проведенные им в стенах данного высшего учебного заведения, как говорит он, стали для него насыщенными и очень интересными. Опыт своей работы он подтолкнул в монографии «Атлас некоторых ортопедо-хирургических вмешательств», которая была издана в 1991 году в Махачкале.

В этот же год Х. Умханов вернулся в Грозный и возглавил ту же кафедру в Чечено-Ингушском университете. Полностью окупился в работу по созданию материально-технической базы кафедры. Но грядущие годы военного лихолетья все стерли с лица земли. Учебный процесс был прерван.

Ученый создает частную клинику и оказывает помощь раненым и больным.

За военные годы он побывал по вызову во многих селах и районах республики, лечил детей и взрослых. С 1993 по 2006 год Х. Умханов – бессменный консультант Ингушской республиканской больницы и лечебно-диагностического центра «Здоровье». Имеет звание «Заслуженный врач Республики Ингушетия».

Вот как сказано о достижениях доктора Х. Умханова в журнале «Травматология и ортопедия России»: «Он – участник многих всесоюзных, всероссийских и международных научных форумов, автор 135 научных публикаций, трех монографий, 32 изобретений. В 2005 году вышла его монография «Ортопедохирургическое лечение детей с церебральными параличами». Талантливый педагог и доктор, виртуозный мастер хирургической техники, профессор Умханов бескорыстно передает свой опыт молодому поколению врачей».

Врачи, некогда бывшие его учениками, стали прекрасными специалистами, работают заведующими отделениями,

занимаются наукой, имеют ученые степени. Х. Умханов избран членом Гильдии протезистов-ортопедов России.

Спектр научно-тракческих интересов врача-ортопеда высшей квалификации категории д.м.н., профессора Х. Умханова широк: от аппаратной коррекции контруктур крупных суставов до микопластики ахиллоплатки, эндопротезирования суживаний, мышц и связок с использованием эластичного имплантационного материала. По итогам 2011 года он признан лучшим ученым-исследователем среди профессорско-преподавательского состава ЧГУ.

Через всю свою жизнь пронес Хамула уважение и любовь к своему первому научному учителю П.Я. Фищенко. И получив известие о его кончине, с присорбием, искренне, тепло и с большим сожалением написал: «Нет ничего тягостнее, чем писать о смерти близкого и дорогого тебе человека. Умер мой Учитель и Друг Петр Яковлевич Фищенко... Ушел из жизни большой человек...». Такое уважение между людьми разве больше в книге можно прочитать!

Таким же большим человеком является и доктор Х. Умханов. Добродушный, отзывчивый, милосердный, грамотный специалист – его имя с уважением произносится в ученой гледе республики, к нему идут люди за помощью, которым он никогда не откажется помочь, облегчить страдания.

У Х. Умханова прекрасная семья, где трою взрослых детей. Но только лишь один из них – сын Хамаза, избрав профессию врача, пошел по стопам отца. Зарема и Арби окончили экономический факультет. Подрастает шестеро внуков.

На мой вопрос – доволен ли он своей жизнью, профессией, Хамула ответил, что доволен:

«...и, наверное, если бы пришлось снова решать вопрос, кем стать, я избрал бы профессию только врача. На моем жизненном пути больше мне встречались добрые и отзывчивые люди, те, кто меня уважал и понимал, кто внушил мне, что быть врачом благородно. Но очень сожалею об одном. Во время военных действий в Грозном сторел мой дом, где умения была уникальная библиотека из двух разделов – художественная и профессиональная и бесчисленное множество фотографий больных до лечения и после. Все это сторело в пламени войны и восстановлению не подлежит. Это горько и обидно».

А то, что, не имея собственного жилья он уже 15 лет с семьей проживает на съемной квартире, его нисколько не волнует. Об этом он говорит с улыбкой, что не так-то услышишь от иных наших сограждан.

Несмотря на свой солидный возраст, Хамула прекрасно выглядит, полон сил и энергии. Прекрасный собеседник, начитанный, с ним очень интересно было встретиться и беседовать. Рядом с таким человеком как он ты невольно заражаешься его энергией и положительной аурой.

Хамула, желаю тебе долгих лет жизни, удачи во всем!  
Малика Абалаева

# ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОМС

## Разъяснения экспертов.



**КАРВСКАЯ С.А.**  
засл. экономист РФ,  
зам. Председателя  
Федерального фонда ОМС

**Не приведет ли одноканальное финансирование через ОМС к снижению ответственности органов власти субъектов РФ за состояние региональной системы здравоохранения? Что подразумевает формулировка Федерального закона № 323-ФЗ об обязанности органов местного самоуправления «создавать условия для оказания медицинской помощи»?**

Законодатель четко разграничил полномочия федеральных, региональных и местных органов власти в сфере здравоохранения.

С 01.01.2012 полномочия органов местного самоуправления в сфере здравоохранения передаются на региональный уровень - за исключением тех субъектов РФ, которые воспользовались законодательным правом переходного периода до 01.01.2013 г. или делегировали отдельные полномочия органам местного самоуправления на неограниченный срок. Таким образом, ответственность государственных органов власти субъекта РФ за состояние системы здравоохранения региона повышается.

Кроме того, региональные власти заинтересованы в эффективном использовании средств ОМС, от них зависит построение трекураторной системы оказания медицинской помощи и выбор таких способов оплаты медицинской помощи, которые мотивируют ЛПУ оказывать ее с высоким качеством.

Теперь о норме, устанавливающей полномочия органов местного самоуправления в части создания условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий (в пределах полномочий, установленных Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ»). Этот вопрос был наиболее дискуссионным при обсуждении проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Позволило остановиться подробнее.

Разграничение полномочий между региональной и муниципальной властью, существовавшее до 01.01.2012 г., привело к резкой дифференциации в уровне доступности и качества медицинской помощи не только между регионами, но и между муниципалитетами в одном регионе. Это понятно, поскольку, имея одинаковые полномочия, 1,8 тыс. муниципальных районов и более 500 городских округов имели разную бюджетную обеспеченность, следовательно, и разные ресурсы для реализации этих полномочий (в части организации медицинской помощи, технической и кадровой обеспеченности и т.д.). Были случаи, когда бригада скорой помощи не выезжала на вызов в соседний муниципалитет, в котором нет своей станции скорой медицинской помощи, и с которым не было соответствующего договора. Эти факты не были единичными; в результате страдали пациенты.

Когда законодатель установил, что ответственными за оказание медицинской помощи будут субъекты РФ, он исходил из приоритета интересов граждан. Здравоохранение не должно быть «привязано» к границам муниципальных образований и регионов. Это решение было сложным: отдельные муниципалитеты с высокой бюджетной обеспеченностью его не поддерживали, поскольку теряли полную самостоятельность. Но считаем, что оно абсолютно правильное и оправданное.

Это решение направлено на формирование сбалансированной системы оказания медицинской помощи, основанной на единых принципах, включая применение единых порядков и стандартов, обеспечивающих преемственность помощи и наиболее эффективное использование мед. персонала. Сегодня в регионах идет построение трекураторной системы оказания мед. помощи, что было бы невозможным при сохранении полномочий на муниципальном уровне.

Вместе с тем, отмечу, что в установленном порядке регионы могут делегировать отдельные полномочия в сфере здравоохранения органам местного самоуправления. Так что в субъекте РФ самостоятельно определяют, на каком уровне власти будут исполняться полномочия, но такое решение должно быть принято в интересах населения региона.

Что касается формулировки вопроса местного значения как «создание условий», то в Федеральном законе от 06.10.2003 № 131-ФЗ она используется не только в отношении медицинской помощи, но и в отношении других полномочий, например, культуры, услуг связи, общественного питания, физической культуры, местного народного художественного творчества, развития сельскохозяйственного производства и т.д.

Кроме того по сути, такая формулировка является комплексной, т.е. осуществляется полномочие может в рамках осуществления других вопросов местного значения. В отношении медицинской помощи это, например, предоставление земельных участков под строительство медицинских учреждений, создание и развитие инженерной инфраструктуры, обеспечение транспортной доступности граждан к медицинским учреждениям и т.д. Конкретные мероприятия зависят от реальных потребностей и возможностей местных властей.

Часто говорят о том, что в «отраслевом» законодательстве нужно четко указать, что именно включает в себя данное полномочие. На мой взгляд, это нецелесообразно. С одной стороны, у некоторых муниципалитетов может возникнуть необходимость в мероприятии, которое не предусмотрено Федеральным законом - тогда его выполнение будет классифицироваться как целевое использование средств местного бюджета. С другой стороны, конкретный перечень мероприятий был бы обязательным для исполнения - а потребности в каком-то из них может и не быть. Полагаю, что принятая формулировка является «умной и гибкой», поскольку позволяет региональным и местным властям сделать все возможное для повышения доступности и качества медицинской помощи.

**Согласно Федеральному закону № 212-ФЗ, все страховые взносы на ОМС перечисляются в Федеральный фонд ОМС. Насколько порядок предоставления субвенции в территориальные фонды учитывает региональные особенности — например, различия половозрастного состава застрахованных, уровень заболеваемости и т.д.?**

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

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

Эта взаимосвязь отражена и в методике распределения между регионами субвенций на 2013 г. (по состоянию на 1 апреля года расчета субвенции) на норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС на год расчета субвенции (в 2013 г. — 5942,5 руб.) и коэффициента дифференциации региона.

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

Таким образом, размер субвенции увеличивается с учетом «угрожающих факторов», обеспечивая реализацию базовой программы во всех регионах. В соответствии с законодательными нормами, региональные особенности программы ОМС учитываются в территориальных программах, утверждаемых региональными органами государственной власти. Хочу напомнить, что, как и в предыдущие годы, в регионах направлено письмо Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/1072-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.»



**ЖЕЛЕЗНЯКОВА И.А.,**  
заместитель начальника  
финансово-экономического  
управления Федерального  
Фонда ОМС

### Как распределяются в течение года плановые объемы финансирования медицинской помощи, предусмотренные территориальной программой ОМС?

В соответствии с Письмом Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/1072-5718 объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

Распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями осуществляется на основе:

численности и половозрастной структуры застрахованных конкретной страховой медицинской организацией лица;

показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой ОМС, в разрезе видов медицинской помощи, условий ее предоставления, профилей отделений (коек), врачебных специальностей с учетом особенностей климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения субъекта РФ.

При этом учитывается фактическое (за предыдущий период) и расчетное потребление медицинской помощи застрахованными лицами по полу и возрасту.

Объемы медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии на год с поквартальной разбивкой в течение года, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

Распределение объемов медицинскими организациями производится с учетом косячной мощности в разрезе видов, профилей отделений, коек, врачебных специальностей; распределение в течение года с учетом климатогеографических условий региона, сезонной заболеваемости.

### Как определить, должна ли быть оказана медицинская услуга конкретному пациенту, если в стандарте медицинской помощи частота ее применения указана менее единицы?

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

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

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



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

### Может ли оплачиваться за счет средств ОМС лечение после несчастных случаев на производстве?

В соответствии с п.п. 3 п. 1 ст. 8 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ обеспечение по обязательному социальному страхованию осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в т.ч. на лечение застрахованного, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

Условия, размеры и порядок оплаты расходов на лечение застрахованных лиц определены Положением об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, Утв. Постановлением Правительства РФ от 15.05.2006 № 286.

Согласно п.п. «а» п. 2, I и р. II Положения дополнительные расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица включаются в себя расходы на лечение застрахованного лица, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Согласно п. 4 р. I Положения оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица производится страховщиком за счет средств, предусмотренных на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (Письмо ФФОМС от 3.03.2010 № 427/30-4).

### Как соотносятся критерии доступности и качества медицинской помощи, установленные в программах госгарантий, и критерии, применяемые при государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности?

Критерии доступности и качества медицинской помощи, установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, Утв. Постановлением от 18.10.2013 № 932, перечислены в разделе VIII Программы. При этом, в соответствии с Программой, целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики устанавливаются территориальной программой ОМС.

Критерии доступности и качества медицинской помощи неразрывно связаны с рядом таких факторов, как численность населения на определенной территории, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации и т.п., их целевые значения могут носить вариативный характер для разных субъектов РФ, поскольку должны устанавливаться с учетом вышеперечисленных особенностей в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, Утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н (см. п. 6 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС – Приложение №1 к Правилам).

Полномочия по осуществлению функций государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности возложены на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) согласно Положению об этой службе, Утв. Постановлением Правительства от 30.06.2004 г. № 323.

В соответствии с п. 3 Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, Утв. Постановлением Правительства от 12.11.2012 № 1152, государственный контроль осуществляется путем:

проведения проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицин-

скую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

осуществления лицензирования медицинской деятельности;

проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями безопасных условий труда, а также требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности;

проведения проверок организации и осуществления внутреннего и ведомственного контроля качества оказания медицинской помощи.

Представляется очевидным, что при исполнении функции государственного контроля, Росздравнадзор контролирует четко регламентированные законодательством порядки и требования к осуществлению того или иного вида деятельности, которые осуществляет медицинская организация при оказании медицинской помощи населению. При этом данные порядки и требования могут устанавливаться как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ, путем принятия соответствующих нормативно-правовых актов законодательными органами в установленном законом порядке.

**Подготовлено по информации Электронной системы «Экономика ЛПУ»**

## Электронная система «Экономика ЛПУ»





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

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

# НОВОСТИ

## МИНЗДРАВ РОССИИ ПРОКОММЕНТИРОВАЛ РЕЗУЛЬТАТЫ

### ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАРПЛАТ МЕДРАБОТНИКОВ, ПРОВЕДЕННОГО ФОНДОМ «ЗДОРОВЬЕ»

[www.pharmvestnik.ru](http://www.pharmvestnik.ru)

Согласно исследованию официальные данные о средней зарплате врача во многих регионах оказались серьезно завышенными по сравнению с реальным положением. Но такие проблемы, как кадровый дисбаланс, выраженная дифференциация зарплат у специалистов одного и того же профиля, работающих на близких должностях, не нова для отрасли: они накапливались в здравоохранении десятилетиями.

Связано это с тем, что по законодательству сами главврачи, администраторы медицинских организаций отвечают за форму оплаты труда. Проведенный скрининг свидетельствует о том, что базовый оклад внутри зарплаты медиков во многих регионах не превышает 20-30%, компенсационные выплаты – 10% и до 60-70% – это стимулирующие выплаты. В связи с этим Минздрав России направил в регионы предложения по изменению подходов к оплате труда медработников в части существенного увеличения доли оклада, то есть фиксированного заработка, в структуре зарплаты с 20-30% до 55-60%.

«Вместе с тем нельзя не отметить и позитивные сдвиги в плане уменьшения различий зарплатных планов, произошедшие за последние два года – считает пресс-секретарь Минздрава О.О. Салагай. – Если в 2012 г. дифференциация соотношений средних зарплат врачей к средним зарплатам по регионам отличалась до 3,2 раза (среднего меду персонала до 2,5 раза), то в этом году этот разброс уменьшился вдвое – до 1,5 раза (у медсестер – до 1,6 раза).

В целом можно разделить общестроенность Фонда относительно высокой степени совместительства среди медработников: в настоящее время коэффициент совместительства составляет около 1,6. Необходимо, однако, учитывать, что совместительство неравномерно среди различных специальностей, учреждений и регионов и его причины связаны прежде всего с несовершенством системы оплаты труда и учета рабочего времени медиков, которые в настоящее время совершенствуются», – сообщил О.О. Салагай.

## АККРЕДИТАЦИЮ ВРАЧЕЙ БУДУТ ПРОВОДИТЬ МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ

[www.medvestnik.ru](http://www.medvestnik.ru)

Право на проведение аккредитации врачей, которая станет обязательной с 2016 г., решено передать медицинским вузам. Об этом сообщил председатель совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова П.В. Глыбочко. По его информации, данное решение было принято Министром здравоохранения В.И. Скворцовой после совещания с ректорами корпусом. «Мы настаивали и продолжаем настаивать, что только вузы смогут эффективно справиться с этой задачей.

В итоге Министр согласился с тем, что во избежание сбояв и социальных взрывов аккредитовывать врачей будут все-таки вузы», – сообщил П.В. Глыбочко. Напомним, что данный шаг отменяет широко обсуждавшийся ранее вариант передачи права на проведение аккредитации врачам в руки профессиональных общественных организаций. Представители ведущих профессиональных объединений смогут войти в Национальный наблюдательный совет по аккредитации. Заявлено, что в его состав также войдут члены Национальной медицинской палаты.

«Мне очень импонирует, что аккредитация остается в руках государственных вузов и Министерства здравоохранения. Конечно же, профессиональные обще-

ственные организации должны участвовать в этом процессе. Однако проводить аккредитацию все-таки должны профессионалы, ведь осуществить весь объем работ, связанных с выдачей необходимых документов, общественным организациям было бы достаточно сложно», – заявила ректор Российской медицинской академии последипломного образования, академик Л.К. Мосетова. Не последнюю роль в принятии министерством такого решения сыграла финансовая составляющая: согласно озвученным им цифрам для запуска национальной системы аккредитации на базе акционерного общества или общественных организаций потребовалось бы не менее 12 млрд руб. В то время как организация системы аккредитации на базе медицинских вузов обойдется в 2 млрд руб.

## СОКРАЩЕННЫМ МЕДРАБОТНИКАМ ПРЕДЛОЖАТ БЕСПЛАТНОЕ ПЕРЕОБУЧЕНИЕ

[www.medvestnik.ru](http://www.medvestnik.ru)

Все сотрудники реорганизуемых учреждений, подпадающие под сокращения, получат разовые денежные компенсации, сообщил руководитель департамента здравоохранения Москвы А.И. Хрипун.

Глава ведомства уточнил, что данные компенсации медики получат сверх выплат, установленных Трудовым кодексом РФ. Как заявили в департаменте, размер компенсации составит 500 тыс. руб. для врачей, 300 тыс. для среднего медицинского персонала и 200 тыс. для младшего медицинского персонала.

«Тем самым правительство Москвы подчеркивает свое уважительное отношение к профессии медика и поддерживает сотрудников до тех пор, пока они не определятся с дальнейшим трудоустройством», – подчеркнул А.И. Хрипун.

Также в департаменте сообщили, что сотрудникам, чьи ставки в связи с новыми



штатным расписанием учреждений планируются сократить, будет предложено пройти переобучение и получить другую медицинскую специальность.

«Департамент здравоохранения даст этим специалистам возможность переобучения, переадресации, поиска себя в другой специальности, по которой у нас имеется дефицит. Для тех, кто захочет его, пройти предвузовскую стипендия в размере 30 тыс. руб. в течение трех - шести месяцев, если речь идет о кратковременных курсах. Само переобучение или переадресация тоже будет бесплатными, - уточнил А.И. Хрипун. - Прежде всего нам нужны участковые терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики, а также некоторые узкие специалисты – рентгенологи, неонатологи, кардиорентгенологи и нейрорентгенологи». Кроме того, как рассказали в департаменте здравоохранения, одной из мер социальной поддержки станет помощь в трудоустройстве тем медицинским работникам, чьи ставки будут сокращены.

## ЭКСПЕРТЫ НАСТАИВАЮТ НА БОЛЕЕ ЖЕСТКОМ КОНТРОЛЕ ЗА ТРУДОУСТРОЙСТВОМ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

[www.medvestnik.ru](http://www.medvestnik.ru)

К финансированию студентов, обучающихся за бюджетный счет на целевых местах, следует привлечь банки. С таким предложением выступил главный внештатный специалист-стоматолог Минздрава России ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова О.О. Янушевич. «Очень хотелось бы, чтобы региональные министры осознавали свою ответственность за возвращение специалистов. Конечно, к обязательному распределению мы не придём, потому что это противоречит конституционной норме. Но почему бы, зная, что с физическим лицом мы не сможем высказать бюджетные ассигнования, не ввести промежуточную прослойку

ние продолжительности жизни, снижение уровня смертности, рост рождаемости с целью долгосрочного устойчивого развития здравоохранения в РФ. Основными принципами стратегии являются соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этим правами государственных гарантий; приоритет охраны здоровья матери и ребенка; доступность и качество медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; инновационное развитие медицины. Для достижения максимально возможного уровня развития здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны предполагается сформировать Национальную систему здравоохранения, призванную объединить все медицинские организации, независимо от формы их собственности и ведомственной принадлежности, и работать в рамках единого нормативного и правового поля, а также единого государственного, экспертного и общественного контроля.

## МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПО ОПЛАТЕ ЖУКУ МЕДИКАМ НА СЕЛЕ СОХРАНЕНЫ

[www.przrf.ru](http://www.przrf.ru)

В связи с истечением в 2014 г. срока действия постановления Правительства Российской Федерации от 17.10.2012 № 839 «О мерах социальной поддержки в 2012-2014 годах медицинских и фармацевтических работников, проживающих в районах, занятых на должностях в федеральном государственном учреждении», ЦК профсоюза инициировал обращение в органы законодательной и исполнительной власти о необходимости продления действия указанного постановления без ограничения срока. Результатом обращения стало подписание 30 декабря 2014 г. постановления Правительства РФ № 1607

## ПРОЕКТ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ВНЕСЕН НА УТВЕРЖДЕНИЕ В ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ

[www.rfa-ami.ru](http://www.rfa-ami.ru)

На официальном сайте Минздрава России опубликован проект «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период». Проект внесен на утверждение в Правительство РФ.

Документ определяет приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения и ставит задачи, решение которых направлено на сохранение и укрепление здоровья граждан РФ. Предполагается, что основой для решения этих задач станут обеспечение повышения доступности и качества медицинской помощи, увеличе-

тающим в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятых на должностях в федеральных государственных учреждениях», вступающих в силу с 1 января 2015 г., и не ограниченного срока действия.

Согласно данному постановлению, медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и работающим по трудовому договору в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), состоящим в штате по основному месту работы в федеральных государственных учреждениях, предоставляется ежемесячные денежные выплаты по оплате жилого помещения и коммунальных услуг в размере 1200 руб.

Указанные ежемесячные денежные выплаты не предоставляются медицинским и фармацевтическим работникам в случае, если они пользуются правом на предоставление аналогичных денежных выплат, установленных федеральными законами, нормативными правовыми актами субъектов РФ и органов местного самоуправления.

## РАБОТОВЛЕН ЗАКОНОПРОЕКТ О САМОРЕГУЛИРУЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

[www.rfa-ami.ru](http://www.rfa-ami.ru)

Законопроект о саморегулируемых медицинских организациях планируется рассмотреть в Государственной думе РФ на весеннюю сессию 2015 г. Об этом рассказал Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья С. Калашников.

Появление в медицинской сфере саморегулируемых организаций позволит решить проблему качества оказываемой россиянами врачами медпомощи. Отраслевые саморегулируемые медицинские организации станут гарантом профессионализма своих членов. В противном случае за качеством оказания медицинских услуг член отраслевой ассоциации может лишиться права входить в организацию.

В свою очередь, саморегулируемая

медассоциация может стать «коллективным главным специалистом Минздрава России», который не будет подвергать влиянию фармкомпаний и производителей лекарственных препаратов, считает глава Ассоциации.

Напомним, что Минздрав России включил саморегулирование в долгосрочную стратегию развития российской здравоохранения. В целях развития профессионального медицинского сообщества и повышения ответственности за состояние системы здравоохранения, обеспечения качества и доступности медицинской помощи планируется поэтапное расширение участия общественных медицинских организаций в управлении здравоохранением. Ранее на внедрение саморегулирования в медицину наставляли сами медицинские работники. Представители отрасли по итогам проведенного III съезда крупнейшего в стране общественного объединения медицинских работников – Национальной медицинской палаты – направили в Госдуму обращение с просьбой ускорить работу по законодательному

обеспечению вопросов саморегулирования в здравоохранении.

## РАЗРАБОТАН ПОРЯДОК АТТЕСТАЦИИ ЭКСПЕРТОВ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО КОНТРОЛЮ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

[www.medportal.ru](http://www.medportal.ru)

Росздравнадзор выставил на общественное обсуждение проект ведомственного приказа «Об аттестации экспертов, привлекаемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения к проведению мероприятий по контролю в сфере здравоохранения». Проект приказа Росздравнадзора устанавливает:

- положение об аттестационной комиссии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по проведению квалификационного экзамена граждан, не являющихся индивидуальными предпринимателями, претендующих на получение аттестата эксперта;
- перечень видов экспертиз, для проведения которых Федеральная служ-

бе по надзору в сфере здравоохранения требуется привлечение экспертов;

- критерии аттестации экспертов; привлекаемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения к проведению мероприятий по контролю в сфере здравоохранения;

- порядок проведения квалификационных экзаменов граждан, не являющихся индивидуальными предпринимателями, претендующих на получение аттестата эксперта;

- правила формирования и ведения реестра аттестованных экспертов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

- форму заявления об аттестации. Основной целью издания данного проекта приказа Росздравнадзора является установление критериев и форм документов для аттестации экспертов, привлекаемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения к проведению мероприятий по контролю в сфере здравоохранения.

Как говорится в пояснительной записке, принятие документа влечет за собой изменения объема полномочий и компетенции федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

## МИНЗДРАВ РОССИИ СБАЛАНСИРОВАЛ БЮДЖЕТ ФОМС НА ТРИ ГОДА

[www.itar-tass.com](http://www.itar-tass.com)

Общий объем доходов бюджета фонда ОМС утвержден на 2015 г. в сумме 1632,3 млрд руб., на 2016 г. – 1706,5 млрд руб., на 2017 г. – 1804,1 млрд руб., – сообщил пресс-секретарь Минздрава России О. Салагай. Он также подчеркнул, что только за 2015 г. по сравнению с 2014 г. доходы возрастут на 392,2 млрд руб. или на 32%, а в плановый период еще на 172 млрд руб. (на 11%). «На предстоящие три года обеспечена сбалансированность бюджета фонда», – подчеркнул О. Салагай.

С 2013 г. за счет субвенций территориальные программы ОМС в рамках базовой программы ОМС впервые сбалансированы на всей территории Рос-

сийской Федерации. «Рост субвенции в 2015 г. по сравнению с 2014 г. составит 240 млрд руб., или 20,4%, а ее размер достигнет 1414,2 млрд руб. На 2016 г. субвенция утверждена в размере 1494,0 млрд руб. (на 6% больше предыдущего года), в 2017 г. – 1667,6 млрд руб. (на 12% больше)», – пояснил пресс-секретарь Минздрава. Также значительно увеличиваются и подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 г. 8260,7 руб., что на 18,7% выше предыдущего года, в 2016 г. – 8727,2 руб. (рост на 5,6%), в 2017 г. – 9741,2 руб. (рост на 12%).

За счет роста субвенции все субъекты РФ получают полноценную возможность обеспечить расходы базовой программы ОМС по тарифу на оплату медицинской помощи, структура которого установлена законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», оплатой всей специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями всех форм собственности, а также методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, отметил пресс-секретарь.

## ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2015 Г. УВЕЛИЧИЛСЯ

[www.interfax.ru](http://www.interfax.ru)

Объем программ госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2015 г. на 300 млрд руб. больше, чем в 2014 г. По словам пресс-секретаря Минздрава О. Салагай, общий объем доходов бюджета фонда ОМС также увеличивается на 392,2 млрд руб., или на 32%, по сравнению с прошлым годом.

По его словам, значительно увеличиваются подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 г. 8260,7 руб., что на 18,7%

## ДОКУМЕНТЫ



## РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

**О внесении изменений в Федеральный закон "О бюджете  
Федерального фонда обязательного медицинского страхования на  
2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов"**

Принят Государственной Думой 10 апреля 2015 года

Одобрен Советом Федерации 15 апреля 2015 года

### Статья 1

Внести в Федеральный закон от 1 декабря 2014 года № 387-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 49, ст. 6896)

следующие изменения:

1) в части 1 статьи 1:

а) в пункте 1 слова "в сумме 1 632 321 880,8 тыс. рублей" заменить словами "в сумме 1 619 774 009,1 тыс. рублей";



б) в пункте 2 слова "в сумме 1 675 334 079,0 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 140 000 000,0 тыс. рублей" заменить словами "в сумме 1 662 786 207,3 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 116 377 493,6 тыс. рублей";

2) в пункте 1 статьи 4 слова "приложению 4" заменить словами "приложениям 4 и 4<sup>1</sup>";

3) часть 5 статьи 5 изложить в следующей редакции:

"5. Установить, что в 2015 году дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Фонда, в соответствии с решением Фонда предоставляется в четвертом квартале текущего финансового года ежемесячно начиная с 1 октября в размере остатков средств на счете бюджета Фонда после исполнения текущих расходных обязательств Фонда, установленных частями 1 - 4 настоящей статьи и пунктом 2 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, но не более годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели в приложениях 4 и 4<sup>1</sup> к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов "Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления

государственных внебюджетных фондов Российской Федерации" подраздела "Другие вопросы в области здравоохранения" раздела "Здравоохранение" классификации расходов бюджетов.;"

4) в статье 6:

а) часть 1 дополнить пунктами 3 и 4 следующего содержания:

"3) в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, на увеличение иных межбюджетных трансфертов, указанных в пункте 2 настоящей части, 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) в сумме до 11 100 000,0 тыс. рублей;

4) на оплату расходов Фонда по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов "Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы "Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации" государственной программы Российской Федерации "Развитие

здравоохранения" подраздела "Другие вопросы в области здравоохранения" раздела "Здравоохранение" классификации расходов бюджетов, в случае недостаточности указанных бюджетных ассигнований, образовавшейся в ходе исполнения бюджета Фонда в 2015 году.;

б) часть 3 признать утратившей силу;

5) приложение 1 после строки

"394 1 17 06030 08 0000 180 Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования"

дополнить строкой следующего содержания:

"394 1 18 08000 08 0000 180 Поступления в бюджет Фонда обязательного медицинского страхования (перечисления из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам";

б) дополнить приложением 4<sup>1</sup> следующего содержания:

"Приложение 4<sup>1</sup>  
к Федеральному закону "О бюджете  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования на 2015  
год и на плановый период 2016 и  
2017 годов"

**Изменение**  
**распределения бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год по разделам, подразделам, целевым статьям и группам видов расходов классификации расходов бюджетов**

(тыс. рублей)

| Наименование   | Рз | ГР | ЦСР | ВР         | Сумма                |
|--|----|----|-----|------------|----------------------|
| <b>Федеральный фонд обязательного медицинского страхования</b>   |    |    |     |            | <b>-12 547 871,7</b> |
| Общегосударственные вопросы  | 01 | 00 |     |            | -73 114,9            |
| Международные отношения и международное сотрудничество   | 01 | 08 |     |            | +5 419,8             |
| Реализация направления расходов в рамках подпрограммы "Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья" государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд) | 01 | 08 | 01  | 8 9999 200 | -114,6               |
| Реализация направления расходов в рамках подпрограммы "Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья" государственной программы Российской Федерации  |    |    |     |            |                      |

| Наименование  | Рз | ПР | ЦСР       | ВР  | Сумма     |
|---|----|----|-----------|-----|-----------|
| "Развитие здравоохранения" (Иные бюджетные ассигнования)  | 01 | 08 | 01 8 9999 | 800 | +5 534,4  |
| Другие общегосударственные вопросы  | 01 | 13 |           |     | -78 534,7 |
| Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы "Управление развитием отрасли" государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами) | 01 | 13 | 01 Г 0059 | 100 | -4 088,2  |
| Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы "Управление развитием отрасли" государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)  | 01 | 13 | 01 Г 0059 | 200 | -73 358,5 |
| Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы "Управление развитием отрасли" государственной программы Российской Федерации   |    |    |           |     |           |

| Наименование   | Рз | ПР | ЦСР       | ВР  | Сумма         |
|--|----|----|-----------|-----|---------------|
| "Развитие здравоохранения" (Иные бюджетные ассигнования)   | 01 | 13 | 01 Г 0059 | 800 | -1 088,0      |
| Образование  | 07 | 00 |           |     | -1 078,7      |
| Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации   | 07 | 05 |           |     | -1 078,7      |
| Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы "Управление развитием отрасли" государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд) | 07 | 05 | 01 Г 0059 | 200 | -1 078,7      |
| Здравоохранение  | 09 | 00 |           |     | -12 473 678,1 |
| Другие вопросы в области здравоохранения   | 09 | 09 |           |     | -12 473 678,1 |
| Реализация направления расходов в рамках подпрограммы "Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации" программы государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (Иные бюджетные ассигнования)                    | 09 | 09 | 01 Д 9999 | 800 | +11 148 828,3 |
| Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского  |    |    |           |     |               |

| Наименование   | Рз | ПР | ЦСР       | ВР  | Сумма          |
|--|----|----|-----------|-----|----------------|
| страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственными внебюджетными фондами Российской Федерации (Межбюджетные трансферты) | 09 | 09 | 73 8 5400 | 500 | -23 622 506,4" |

## Статья 2

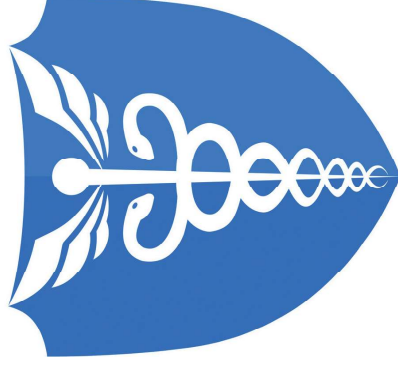
1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

2. Действие положений Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 387-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов" (в редакции настоящего Федерального закона) распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2015 года.



Президент  
Российской Федерации  
В.Путин

Москва, Кремль  
20 апреля 2015 года  
№ 94-ФЗ



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

## Редакционный совет:

**Председатель редакционного совета:**  
Д.Ш. Абуллизов, директор ТООМС Чеченской Республики

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

**Главный редактор:**  
М.А. Сагитаев, первый заместитель директора ТООМС Чеченской Республики

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

## Члены редакционного совета:

Э.А. Сулейманов, советник Главы Чеченской Республики по здравоохранению, главный врач ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТООМС Чеченской Республики

З.Ш. Баудинова, заместитель директора ТООМС Чеченской Республики

А.Ш. Тапаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный

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

Э.А. Алиев, начальник управления организации ОМС ТООМС Чеченской Республики

А.А. Таимасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ТООМС Чеченской Республики

С.А. Мстаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Этгендиева

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

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

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Колтури-Медиа».  
Журнал издается ООО «Рубикон-М».  
Номер подписки в печать: 26.08.2015 г. Тираж 10000 экз.

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

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

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.  
Региональный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
**СТРАХОВАНИЕ**  
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики